

# IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

Laura Sofía Solórzano Forero<sup>1</sup>

Autora

Ximena Palacios Espinosa

Directora

Junio de 2016

Programa de Psicología

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

---

<sup>1</sup> Nota de autor: Esta investigación se desarrolló en el marco del proyecto titulado: “Prevalencia de conductas suicidas y factores biopsicosociales asociados a ésta en pacientes oncológicos adultos” del programa de psicología, Universidad del Rosario

Envío de correspondencia a: [lauras.solorzano@urosario.edu.co](mailto:lauras.solorzano@urosario.edu.co)

# IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

## IDEACION SUICIDA Y DESESPERANZA

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  
Laura Sofia Solórzano Forero

Titulado: ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer

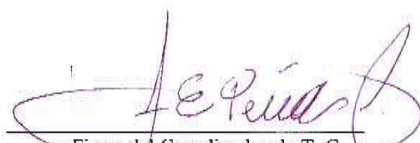
Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la  
aprobación del mismo

Esta acta se firma a los 15 días del mes de junio de 2016

Comité de trabajo de grado:

  
Firma del Director

15/06/2016  
Fecha

  
Firma del Coordinador de T. G.

15/06/2016  
Fecha

# IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

## Tabla de contenidos

Resumen .....	5
Abstract .....	6
Ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer .....	7
Objetivos .....	24
Objetivo General .....	24
Objetivos Específicos .....	25
Metodología .....	25
Tipo de Estudio .....	26
Población de Referencia y Muestra.....	26
Variables.....	30
Hipótesis.....	31
Instrumentos .....	31
Procedimiento.....	33
Aspectos Éticos .....	33
Resultados .....	35
Discusión.....	39
Conclusiones .....	44
Referencias .....	46

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Proporción de pacientes con dolor y fatiga en el último mes, la última semana y el día de la evaluación.....	29
<i>Figura 2.</i> Intensidad de dolor y fatiga en el último mes, la última semana y el día de la evaluación.....	30
<i>Figura 3.</i> Grado de desesperanza en los pacientes.....	36

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Relación entre esperanza, desesperanza e ideación suicida</i> .....	18
Tabla 2. <i>Información general de la muestra</i> .....	27
Tabla 3. <i>Tipos de cáncer, estadio y presencia de efectos secundarios</i> .....	28
Tabla 4. <i>Ideación suicida según entrevista e ítem 9 del BDI-IA</i> .....	35
Tabla 5. <i>Proporción de pacientes con riesgo de suicidio según la SSI y la BHS</i> .....	36

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### **Resumen**

El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre ideación suicida y desesperanza en 160 pacientes con cáncer. La ideación suicida se midió a través de dos ítems de una entrevista semiestructurada, la escala de ideación suicida (ISS), el ítem 9 del inventario de depresión de Beck (BDI-IA). La desesperanza se midió con la escala de desesperanza de Beck (BHS). Los resultados obtenidos indicaron una relación significativa ( $p=.000$ ) entre ideación suicida y desesperanza; una prevalencia de ideación suicida en los pacientes con cáncer entre 4.4% y 13.8% y de riesgo de suicidio entre 5.6% y 30.6%; y algún grado de desesperanza en 31.9 % de los participantes. De acuerdo con lo anterior, se confirma que existe relación entre la desesperanza y la ideación suicida en pacientes oncológicos adultos. Adicionalmente, que estas variables están presentes en los pacientes y que ameritan atención en la intervención interdisciplinaria.

*Palabras clave:* ideación suicida, desesperanza, paciente con cáncer, riesgo de suicidio.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### **Abstract**

The main objective of this study was to identify the relationship between suicidal ideation and hopelessness of 160 cancer patients. The suicidal ideation was measured by using two items of a semi structured interview, the suicidal ideation scale (ISS), and the item number 9 of Beck's depression inventory (BDI-IA). Hopelessness was measured using the Beck's hopelessness scale (BHS). The results showed a significant relationship ( $p = .000$ ) between suicidal ideation and hopelessness; a prevalence of suicidal ideation in cancer patients among 4.4% and 13.8%, a suicide risk degree of 5.6% and 30.6% plus some degree of hopelessness in 39.9% of the participants. According to the previous data the relationship between hopelessness and suicidal ideation in oncologic patients is confirmed. It is also understood that these variables are present in the patients and that they require an interdisciplinary intervention.

*Palabras clave:* suicidal ideation, hopelessness, cancer patient, suicide risk.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### **Ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer**

La desesperanza es un constructo psicológico que, entre otros, permite predecir el riesgo de suicidio y conducta suicida en general, principalmente en personas deprimidas (Abbey, Rosenfeld, Pessin, & Breitbart, 2006). En el caso de pacientes con cáncer, la desesperanza se encuentra asociada a la aparición de la enfermedad (Gidron, Magen & Ariad, 2001), al ajuste psicológico de la misma, a la progresión, al pronóstico y a la supervivencia (Nordin & Glimelius, 1998; Gidron, Magen & Ariad, 2001).

El cáncer es una patología de origen multicausal y tiene una estrecha relación con factores ambientales, socioeconómicos y de estilos de vida. E incluso puede afectarse por la dinámica del sistema de salud en el momento del diagnóstico y posterior tratamiento (INC, 2010). En general, el cáncer se ha asociado con consecuencias físicas y psicológicas (Garssen, 2004; Kondrichin & Lester, 2001; Madeira, Albuquerque, Santos, Mendes, & Roque, 2011). Entre estas últimas, la ansiedad (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda, Galanos & Vlahos, 2005; Van Esch, Roukema, Van der Steeg & De Vries, 2011), la depresión (Mystakidou et al., 2005; Schroevers, Sanderman, van Sonderen & Ranchor, 2000) y el suicidio (Akechi, Kugaya, Okamura, Nakano, Okuyama, Mikami, Shima, Yamawaki, & Uchotimi, 1999; Camidge, Stockton, Frame, Wood, Bain & Bateman, 2007) han sido estudiadas.

El índice de suicidio en los pacientes con cáncer es dos veces mayor que en la población general e incrementa cuando el cáncer se encuentra en un estadio avanzado o terminal (Chochinov, 1998), cuando los pacientes tienen depresión o desesperanza expectativas negativas y pérdida de motivación frente al proceso de enfermedad (Breitbart et al., 2000).

En general, la principal preocupación de los pacientes oncológicos es la supervivencia; sin embargo, algunas personas pueden experimentar ideas suicidas, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad a pesar de la presencia de un aceptable control sintomático (Maté et al, 2008). Adicionalmente, el aumento de la ideación suicida se ha asociado a algunos factores

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

de riesgo como estar en tratamiento paliativo, tener pronóstico pobre, inadecuado apoyo social, elevados sentimientos de desesperanza y alta inhibición emocional (Noor-Mahomed, Schlebusch & Bosch, 2003).

Este estudio hace parte del proyecto de investigación titulado *Prevalencia de conductas suicidas y factores biopsicosociales asociados a ésta en pacientes oncológicos adultos*, cuyo investigador principal es Ximena Palacios Espinosa. El objetivo de este estudio fue identificar la asociación entre la desesperanza y la ideación suicida en pacientes oncológicos adultos.

La investigación propuesta buscó explorar un fenómeno poco estudiado tanto en Colombia como en el mundo en pacientes oncológicos. Hay evidencia de que la desesperanza y el suicidio son dos condiciones que pueden estar presentes en estos pacientes (Abbey et al. 2006; Gheihman et al. 2015; Nissim et al., 2010). La desesperanza es un factor que se asocia a la conducta suicida (Shahar et al., 2006; Taylor, 2010; Weishaar & Beck, 1992) pero esta asociación no se ha estudiado con especial particularidad entre la población oncológica. No obstante, ambas variables pueden contribuir a aumentar la percepción de sufrimiento y no necesariamente son evaluadas por los equipos asistenciales. Este es un aspecto de alta relevancia si se considera que en el contexto colombiano, el suicidio es la cuarta forma de violencia en el país con una tasa de mortalidad de 3.84 por cada 100.000 habitantes en el año 2013 (INML, 2013). De acuerdo con el reporte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses, la segunda razón de suicidio se deriva de la enfermedad física o mental siendo el 22.74% del total de casos reportados (INML, 2013). Esto es coherente con una de las conclusiones de la revisión de la literatura realizada por Palacios-Espinosa & Ocampo-Palacio (2011), según la cual el suicidio es dos veces mayor en el paciente con cáncer que en la población general.

Sin embargo, en Colombia no existen antecedentes empíricos que relacionen la desesperanza y la ideación suicida en pacientes con cáncer. Si bien los resultados de este estudio

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

no son generalizables, sí constituyen un primer insumo para el estudio de este fenómeno. De hecho, esta investigación permitió describir las variables de estudio y realizar un análisis de las posibles relaciones entre ellas. A partir de los resultados obtenidos se plantearon nuevas hipótesis que permitirán continuar desarrollando investigación sobre conducta suicida y factores psicológicos y sociales asociados a ella en pacientes con cáncer.

Se espera que el desarrollo de este estudio contribuya a compartir el conocimiento generado con los equipos de salud que manejan a los pacientes con cáncer, a promover el desarrollo de estrategias que permitan abordar al paciente de manera integral e incluir la evaluación del suicidio y la desesperanza en los protocolos de atención. De hecho, a través de este estudio se probaron escalas previamente propuestas en la investigación de Leal et al. (2014) que podrían constituirse en herramientas básicas, útiles y de fácil aplicación para la evaluación de la conducta suicida en la población oncológica adulta. De esta manera, los resultados de este estudio pueden también contribuir a proponer cómo estudiar de una manera más confiable la ideación suicida en esta población.

### **El Concepto de Ideación Suicida**

La ideación suicida representa un pensamiento y comportamiento amplio y continuo, el cual puede ocurrir dentro de diferentes contextos, variar en su duración y en su espectro de letalidad (Druss & Pincus, 2000).

En 1996, O'Carroll y su grupo definieron la ideación suicida como cualquier pensamiento autoevaluativo de llevar a cabo alguna conducta suicida (Wagner, 2009). La ideación suicida se diferencia de la propia conceptualización del suicidio consumado que se refiere como el acto autolesivo que resulta en la muerte, así como del intento de suicidio que hace referencia a la tentativa de autolesión que no resulta en la muerte (de la Torre, 2013). Sin embargo, los fenómenos suicidas surgen en un continuo de gravedad creciente que va desde la ideación

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

suicida hasta la consumación del suicidio; generalmente los pensamientos preceden a los actos suicidas (Hanson & Davis, 2010).

Específicamente, la ideación suicida se define como “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (de Bedout, 2008; p. 56). Dichos “pensamientos, intenciones y planes para cometer un acto suicida, varían desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirla hasta imágenes autodestructivas recurrentes y persistentes” (Maté et al., 2008; p. 340).

De acuerdo con Laughren (2009), la ideación suicida puede ser pasiva o activa; se considera que es pasiva cuando está presente únicamente la idea o deseo de morir. En contraste, la ideación activa puede darse de cuatro maneras (Laughren, 2009): (a) cuando no existe un método, propósito o plan específico; (b) cuando hay un método, pero no un propósito o plan; (c) cuando hay un método y un propósito pero no un plan y (d) cuando existe un método, un propósito y un plan.

La ideación suicida puede ser un signo de alarma sobre la intención de alguien para causarse daño o para suicidarse, sin embargo no necesariamente es un precedente en todas las conductas suicidas (Pessin, Amakawa & Breitbart, 2010). De hecho no siempre es expresada directamente sino que suele manifestarse o expresarse de diferentes formas como es el caso de pensar a menudo en el suicidio, amenazar o contarlo a personas cercanas, llevar a cabo determinados preparativos asociados a su desaparición, reconocer sentirse solo, aislado e incapaz de solucionar o soportar la adversidad presente, perder interés por actividades de ocio y presentar un cambio repentino de la conducta habitual (de la Torre, 2013).

La etiología de la ideación suicida es multifactorial (NCI, 2015). De acuerdo con el protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida (de la Torre, 2013), las personas suicidas perciben de manera negativa su entorno, su futuro y la concepción de ellos

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

mismos. Lo anterior indica que estas personas pueden tener un estilo atribucional depresivo, que se refiere a procesos emocionales y comportamentales disfuncionales que reducen la percepción de soluciones eficaces y pueden conducir a un estado de desesperanza que a su vez aumenta la probabilidad de suicidio (de la Torre, 2013).

De hecho, la ideación suicida es un síntoma central en la depresión mayor (Druss & Pincus, 2000). Estos autores mencionan que incluso, es frecuente que las personas con ideación suicida tengan algún trastorno psiquiátrico, especialmente trastorno depresivo y trastorno por uso de sustancias. No obstante, también encontraron que la presencia de una enfermedad física como hipertensión, asma, artritis, cáncer, diabetes, entre otras, está relacionada tanto con la ideación como con los intentos de suicidio incluso si los factores como la depresión o el abuso de sustancias se encuentran bajo control.

### **El concepto de desesperanza**

La desesperanza es un constructo psicológico que permite predecir el riesgo de suicidio y la conducta suicida en general en personas deprimidas (Abbey et al., 2006). Es un concepto que fue operacionalizado por Aaron Beck y su grupo de colaboradores en 1974, quienes lo definieron como un sistema de expectativas negativas o como una actitud pesimista, de anticipación frente a una situación indeseable sobre el futuro, que se encuentra fuera del propio control (Abbey et al., 2006). De acuerdo con Han et al. (2013), la desesperanza se asocia con pérdida de control sobre el futuro; del coraje y la energía para alcanzar las metas personales. Estos mismos autores indican que la persona desesperanzada siente que ha disminuido su capacidad para resolver problemas, experimenta emociones negativas, pensamientos pesimistas y deficiencias en la habilidad para controlar situaciones del futuro.

Van Laarhouen (2012) propuso que la desesperanza se subdivide en tres dimensiones: (1) dimensión afectiva que se refiere a la pérdida de la esperanza; (2) dimensión motivacional, al

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

darse por vencido y (3) dimensión cognitiva, que hace referencia a la falta de expectativas de futuro.

De acuerdo con lo anterior es pertinente indicar que la desesperanza puede llevar a las personas a realizar mayor cantidad de evaluaciones negativas frente a situaciones nuevas y a que disminuya la efectividad de las estrategias de afrontamiento. Esto a su vez genera que las personas se perciban como incapaces de lograr algo importante o significativo para sí mismas (Pehlivan et al., 2012). De hecho, los sentimientos de desesperanza reflejan una visión negativa del futuro y la creencia de que las cosas no mejorarán; por ende, los efectos de dichos sentimientos generan tanto rumiación de los pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre el futuro como una persistente búsqueda de evidencia que justifique que aquellos pensamientos negativos son ciertos (Margreat & Rohini, 2014).

En consecuencia, la desesperanza puede ser vista de dos maneras: (1) referida a una situación específica y (2) como un pensamiento desesperanzado (Knaus, 2006). La primera se refiere a situaciones que la persona no tiene posibilidad de cambiar. Es el caso del envejecimiento que puede aceptarse como un proceso natural de la vida pero no puede detenerse (Knaus, 2006). Por su parte, el pensamiento desesperanzado se refiere a un estado de resignación que lleva a evaluar como miserables los aspectos desagradables de una situación desafortunada y esto a su vez conlleva a que se restrinja significativamente la posibilidad de afrontamiento (Knaus, 2006).

El pensamiento desesperanzado trae consigo una serie de creencias abstractas como por ejemplo pensar que nada tiene solución, que a pesar de intentarlo no se resolverá, que el futuro es oscuro, lúgubre, o que nunca se podrá estar mejor. Este pensamiento también puede estar asociado a una situación desafortunada como la pérdida del trabajo (el pensamiento que se tiene es que no se volverá a conseguir trabajo nunca más) y puede incluir ideas de ser incapaz de

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

cambiar el estado de ánimo propio, catastrofización de la situación, y bloqueo o eliminación de pensamientos de esperanza, cambio y oportunidad (Knaus, 2006).

### **Desesperanza en pacientes con cáncer**

Los pacientes con cáncer presentan mayor desesperanza frente al futuro en comparación con la población general y como resultado a ello, están en mayor riesgo de desarrollar y experimentar síntomas depresivos además de percibir al mundo y a ellos mismos de manera negativa (De Vellis & Blalock, 1992).

La desesperanza en el paciente con cáncer se ha asociado con la aparición de la enfermedad (Gidron, Magen & Ariad, 2001), el ajuste psicológico a esta, la progresión, el pronóstico, la supervivencia (Gidron, Magen & Ariad, 2001; Nordin & Glimelius, 1998), ser adulto mayor, tener baja autoestima, bienestar espiritual disminuido, bajas expectativas frente al futuro (Gheihman et al., 2015); estado de salud negativo, depresión, ideación suicida y suicidio (Pehlivan et al., 2012).

Aunque estudios como el de Gil y Gilbar (2001) y el de Sullivan (2003) indican que no hay relación entre el estadio de la enfermedad y la desesperanza, otros hallazgos que se presentan a continuación han generado controversia al respecto. De acuerdo con Gheihman et al. (2015), la desesperanza es común en pacientes con cáncer metastásico y no en estadios tempranos. Sin embargo, estos autores citan el estudio de Nissim et al. (2010) para indicar que en los pacientes en estadios avanzados de cáncer, las puntuaciones elevadas en la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), pueden indicar una evaluación realista frente al futuro y no un estado psicológico de desmoralización. Al respecto, Sullivan (2003) encontró que durante la fase terminal de la enfermedad, se presenta un cambio en el significado de la desesperanza en los pacientes oncológicos. De esta manera, pueden pasar de tener la esperanza de curarse a tener la esperanza de una prolongación de la vida o de un buen morir. De acuerdo con lo anterior, la desesperanza en el contexto oncológico puede ser considerada como una reacción

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

sensible a los cambios situacionales asociados a la enfermedad (Gustavsson-Lilius, Julkunen & Hietanen, 2007) o como encontró Garssen (2004), a la progresión de la misma.

Además de los estudios sobre la desesperanza según la fase de la enfermedad, otros que se enuncian a continuación, ponen en evidencia la presencia de la desesperanza en los pacientes oncológicos.

Gil & Gilbar (2001) desarrollaron un estudio que pretendía evaluar la relación entre factores como el apoyo social, la depresión, características personales (edad, género), tratamiento y desesperanza en 113 pacientes con cáncer que se encontraban en tres etapas diferentes de la enfermedad (diagnóstico, quimioterapia adyuvante y recurrencia). Encontraron que existe una fuerte correlación entre desesperanza y depresión como lo indica el modelo de desesperanza de Beck & Steer (citados por Gil & Gilbar, 2001). Así, aquellos pacientes que percibían el cáncer como una sentencia de muerte y no encontraban un sentido a sus vidas, presentaron más síntomas depresivos y sentimientos de desesperanza (Gil & Gilbar, 2001). Estos mismos autores también encontraron que los pacientes con bajos niveles de apoyo social, se sentían más desesperanzados. Y finalmente, reportaron relación entre edad, desesperanza y depresión; los adultos mayores presentaron menores sentimientos de desesperanza que los pacientes más jóvenes al momento del diagnóstico. Los autores explicaron este hallazgo indicando que los primeros habían enfrentado mayor cantidad de crisis vitales y la noticia de la presencia de la enfermedad no les generó tanto impacto como a los jóvenes. Además, concluyeron que la cercanía de la muerte para los adultos jóvenes no se visualiza tan próxima como para los adultos mayores (Gil & Gilbar, 2001).

Por su parte, Shinn et al. (2009) realizaron un estudio con pacientes con cáncer de ovario en tratamiento oncológico, dirigido a identificar la asociación entre variables demográficas, médicas, psicosociales y la preocupación frente a la muerte y la desesperanza. Encontraron que la desesperanza aumentó en un 15% con cada nueva línea de tratamiento, lo cual puso en

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

evidencia que las pacientes entendían que sus oportunidades de curarse disminuían con cada nuevo régimen de quimioterapia. Si bien no encontraron ninguna relación entre el estadio de la enfermedad y la desesperanza, sí hallaron asociación entre riesgo de desesperanza, niveles elevados de depresión y bajos niveles de apoyo social.

Sullivan (2003), encontró en su estudio que el afrontamiento es un predictor de ajuste al cáncer y en específico, que un estilo de afrontamiento pasivo estaba asociado con mayores niveles de desesperanza y depresión. No obstante, autores como Garssen (2004) han encontrado que la depresión no es un factor necesario para la presentación de desesperanza entre los pacientes oncológicos.

En consistencia con los hallazgos de Shinn et al. (2009), otros estudios (Brothers & Andersen, 2009; Gil & Gilbar 2001) han indicado que los sentimientos de desesperanza en pacientes con cáncer están asociados a factores interpersonales como el apoyo social y la ausencia del mismo puede afectar la relación entre desesperanza y depresión. En congruencia con esto, la compañía puede predecir un ajuste psicosocial adecuado y un mejor afrontamiento de procesos de enfermedad crónica como lo es el cáncer. Además del apoyo social, en el estudio realizado por Gustavsson-Lilius, Julkunen & Hietanen (2007), en 155 pacientes con cáncer y sus parejas, se encontró que la percepción de calidad de vida asociada a la enfermedad difiere entre hombres y mujeres. En ellas, esta mejora en presencia de optimismo, apoyo social y en pacientes de ambos sexos mejora con bajos niveles de desesperanza.

### **Ideación suicida y desesperanza**

Como puede concluirse de lo presentado hasta el momento, la depresión y la desesperanza son consideradas predictores de suicidio (R. O'Connor, Sheehy & D. O'Connor, 2000). Si bien la desesperanza suele ser considerada como una manifestación de la depresión (Shahar et al, 2006), representa un estado psicológico independiente y distinto de la depresión y cumple un papel crítico e importante en el desarrollo de la ideación suicida (Nissim et al, 2010). Así

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

mismo, otros autores (Weishaar & Beck, 1992; Beck, Kovacs & Weissman, 1975) han propuesto que la desesperanza es una variable mediadora entre la depresión y la conducta suicida.

En contraste con lo anterior, los resultados del estudio de Shahar et al. (2006) mostraron una estrecha relación entre desesperanza, síntomas depresivos y suicidio, especialmente en personas con vulnerabilidad por rasgos depresivos, lo cual sugiere que la desesperanza y los síntomas depresivos pertenecen a un mismo síndrome y no son factores aislados relacionados con el suicidio.

El papel de la desesperanza dentro del fenómeno suicida ha sido ampliamente sustentado por distintas teorías (Taylor, 2010). Específicamente, la Teoría de la Desesperanza propuesta por Abramson, Metalsky & Alloy (1989) indica que cuando las personas hacen interpretaciones negativas del futuro y de sí mismos frente a su capacidad de afrontar los eventos vitales estresantes, desarrollan vulnerabilidad a la depresión. Estas interpretaciones negativas pueden favorecer el desarrollo de la desesperanza y esta a su vez puede llevar a depresión con desesperanza.

Adicionalmente, en esta Teoría de la Desesperanza hay tres estilos atribucionales depresógenos, a saber: (1) tendencia a atribuir eventos negativos a causas globales; (2) tendencia a percibir eventos negativos como una gran cantidad de consecuencias desastrosas; (3) tendencia a verse como alguien débil e incapaz de enfrentarse a eventos negativos (Abela & Mc Girr, 2007). Todos ellos pueden desencadenar síntomas depresivos tras la presentación de un evento negativo (Abramson et al. 1989). Estudios posteriores han brindado mayor soporte a la Teoría de la Desesperanza (Abramson, Alloy, Hankin, Haefffel, MacCoon, & Gibb, 2002) y confirmado que las personas que se desesperanzan, pueden llegar a suicidarse o a desarrollar otros síntomas relacionados con la depresión (Abramson et al., 1989).

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Otras teorías han intentado explicar el papel de la desesperanza en la conducta suicida. Es el caso de la Teoría del Escape de Baumeister, según la cual la desesperanza es un rasgo característico del estado de deconstrucción cognitivo; y del Modelo COP (Cry of pain) de Williams, en el cual se identifica la desesperanza como un componente necesario dentro de la conducta suicida (Taylor, 2010).

Según investigaciones realizadas por Beck et al. (citados por Huen et al., 2015), la desesperanza no solo permite comprender el comportamiento suicida, sino predecir la ideación suicida y eventualmente el suicidio consumado. De hecho, empíricamente la desesperanza puede ser considerada como uno de los factores psicológicos que representan mayor riesgo de suicidio (Taylor, 2010). En estudios posteriores (Beck et al. citados por Huen et al., 2015; Abramson et al., 1989), se ha evidenciado que quienes pasan por una serie de eventos que los dejan desesperanzados intentarán suicidarse, debido a la construcción negativa que realizan frente a dichos eventos adversos donde la única salida posible a sus problemas sin solución, es el suicidio.

La esperanza<sup>2</sup> y la desesperanza son dos constructos diferentes que interactúan en la ideación suicida. Mientras la esperanza implica dirigir acciones hacia la meta a través de dos componentes cognitivos principales: la voluntad de acción y la manera de conseguir dicha meta; la desesperanza implica una expectativa negativa frente al futuro sin considerar ninguna meta o búsqueda de alguna en particular (Huen et al., 2015). A pesar de que esperanza y desesperanza sean constructos independientes, interactúan en la ideación suicida de cuatro maneras que pueden incrementar o decrementar la probabilidad de que se presente o no la ideación (Huen et al., 2015), como se muestra en la Tabla 1.

---

<sup>2</sup> Según Snyder “Conjunto de cogniciones referentes a la capacidad para definir metas, seleccionar la ruta adecuada para alcanzarlas y la motivación necesaria para llevarlas a cabo” (citado por Huen et al., 2015; p. 4).

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Adicionalmente, se ha encontrado que la desesperanza media estadísticamente la relación existente entre la falta de regulación emocional y la ideación suicida; es decir que la regulación emocional se encuentra asociada a pensamientos y conductas suicidas, además de que algunos aspectos específicos de la falta de regulación emocional pueden estar implicados en el riesgo suicida (Rajappa et al, 2012). La relación entre la falta de estrategias regulatorias efectivas utilizadas para responder al estrés y el riesgo suicida, surge del efecto que dichas estrategias tienen sobre el aumento en los sentimientos de imposibilidad de escapar y de desesperanza (Rajappa et al, 2012).

Tabla 1

*Relación entre esperanza, desesperanza e ideación suicida*

Nivel de desesperanza	Nivel de esperanza	Probabilidad de ocurrencia de ideación suicida
Bajo	Bajo	Baja
Bajo	Alto	Baja
Alto	Alto	Baja
Alto	Bajo	Alta

*Nota.* Elaborado a partir de Huen et al. (2015).

Por otra parte, estudios realizados en población adulta contradicen la literatura que reconoce a la desesperanza como constructo independiente de la depresión y mayormente relacionado con la ideación suicida (Beck et al. 1990, citados por Huen et al., 2015; Rajappa et al, 2012; Abramson et al., 1989) e indican que si bien la desesperanza se encuentra relacionada con la ideación suicida, no predice dicha conducta como lo hace la depresión.

Adicionalmente Uncapher, Gallagher, Osgood y Bongar (1998) indicaron que los efectos de la desesperanza son dependientes del grado de depresión en la población del estudio. De hecho, hallaron diferencias entre población adulta joven y adulta mayor en donde aquellos

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

factores que contribuían a la ideación suicida en personas jóvenes como el inadecuado apoyo social, enfermedad física y duelo, estaban en mayor medida presentes en los adultos mayores.

Chang et al. (2010) realizaron un estudio con 160 adultos hispano-americanos y encontraron que la soledad es un fuerte predictor tanto de la desesperanza como de la conducta suicida. Igualmente, reportaron relación entre eventos negativos de la vida y presencia de desesperanza. Concluyeron que el riesgo suicida es el resultado de la unión entre desesperanza, ideación suicida e intento de suicidio.

Por su parte, Woosley et al. (2014) encontraron que la desesperanza es una variable mediadora entre la presencia de insomnio y la aparición de la ideación suicida. Este hallazgo, respalda otros según los cuales la desesperanza y la depresión cumplen la función de variables mediadoras de la relación insomnio e ideación suicida, de manera independiente. De esta manera, se respalda la idea de que la desesperanza es un constructo distinto de la depresión y afecta de manera independiente la conducta suicida (Beck, Kovacs & Weissman, 1975; Nissim et al, 2010; Weishaar & Beck, 1992; Woosley et al., 2014).

### **Ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer**

En el estudio realizado por Nissim et al. (2010), se encontró relación entre desesperanza e ideación suicida en pacientes con enfermedad crónica avanzada, específicamente en pacientes con cáncer gástrico y de pulmón en estadios avanzados. Estos autores utilizaron la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), adaptándola al contexto de la enfermedad avanzada en donde los dos factores principales fueron: las expectativas negativas y la pérdida de motivación. Otros estudios como el de Abbey et al. (2006) sobre desesperanza en pacientes terminales de cáncer, mostraron que esta y la depresión predicen el deseo de precipitar la muerte.

En los pacientes con cáncer el índice de suicidio es dos veces mayor que en la población general e incrementa cuando el cáncer se encuentra en un estadio avanzado o terminal (Spiegel & Bloom, 1983; Chochinov, 1998). Al respecto, Anguiano et al. (2012) realizaron una revisión

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

de la literatura en la que encontraron de igual manera que la incidencia de suicidio en cáncer es el doble que la de la población general, y adicionalmente resaltaron la importancia de la detección temprana de depresión en adultos mayores, que sean hombres y se encuentren dentro del primer año del diagnóstico.

De hecho, algunos autores indican que el estadio de la enfermedad parece ser una variable predictora del suicidio en pacientes con cáncer, así como el pronóstico pobre y la presencia de desesperanza, la cual es comúnmente experimentada en el proceso de enfermedad (Chochinov, 2001; Jaiswal et al., 2014). Adicionalmente, Mystakidou et al. (2008) afirman que los sentimientos depresivos, de desesperanza y la ansiedad, son reacciones comunes de pacientes en estadios terminales de cáncer.

Por otra parte, en los pacientes oncológicos la desesperanza, la depresión, el dolor, la pérdida de control, el agotamiento y la ansiedad, pueden ser indicadores de riesgo de suicidio. Y no hay que desconocer que además, el cáncer es una enfermedad con alta mortalidad y con un alto impacto en el bienestar emocional del paciente (Akechi et al., 1999). Por ejemplo, Akechi et al. (2002) encontraron en su estudio realizado con pacientes con carcinoma pulmonar, que la presencia de dolor seis meses después del diagnóstico, el deterioro físico asociado principalmente a la disnea y la existencia de trastornos depresivos fueron factores asociados a la ideación suicida.

De acuerdo con Madeira et al. (2011), la ideación suicida ya sea activa o pasiva, el deseo por la eutanasia o por el suicidio asistido, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, hacen parte del fenómeno oncológico. Estos autores plantean que estas ideas surgen como una forma de escape a la tensión que se presenta debido a la dificultad de regulación emocional en los pacientes con cáncer; pero que en su mayoría son transitorias y pueden ser verbalizadas dentro de una relación basada en la confianza. Sin embargo si la ideación persiste, se adjudica a un estado depresivo.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

De hecho el cáncer en su etapa avanzada trae consigo una serie de síntomas invalidantes y molestos que producen intenso malestar psicológico relacionado con la desesperanza y la ideación suicida (Maté, 2008). Al respecto, Noor-Mahomed, Schlebusch & Bosch (2003) encontraron en su estudio realizado con 75 pacientes con cáncer de cérvix, que aquellos que presentaban mayor riesgo de suicidio e ideación suicida estaban en tratamiento paliativo, tenían un pronóstico pobre, un inadecuado apoyo social, elevados sentimientos de desesperanza y alta inhibición emocional.

En contraste con lo anteriormente mencionado, los hallazgos de Filiberti et al. (2001) indican que el deseo de precipitar la muerte es poco común en los pacientes con cáncer que cursan por estadios avanzados de la enfermedad. Sin embargo, el 20% de los pacientes de la muestra reportaron síntomas significativos de desesperanza o depresión y más de la mitad de la muestra, presencia de dolor y otras molestias físicas. Estos mismos autores reportaron que aquellos pacientes con altos puntajes en el deseo de precipitar su muerte, tuvieron altos niveles de desesperanza y depresión. Sin embargo el deseo de precipitar la muerte no estuvo asociado a la interrupción del tratamiento oncológico o al dolor, ya que la mayoría de los pacientes con altas puntuaciones para el deseo de precipitar la muerte se encontraban recibiendo quimioterapia y no presentaban un dolor constante (Filiberti et al., 2001). Sin embargo el estudio realizado por Akechi et al. (2002) reveló que los pacientes oncológicos con ideación suicida reportaron dolor moderado y constante, que pudo traer consigo efectos nocivos, aún cuando el dolor inicial no había sido intenso. Estos autores resaltaron la importancia de manejar adecuadamente el dolor, independiente de su intensidad, para aliviar el distrés.

Se ha documentado que en los pacientes con cáncer hay otras variables que aumentan la probabilidad de suicidio. Entre ellas: la sensación de pérdida de control, la desesperanza, el cansancio, la fatiga, el dolor, el delirium, antecedentes de depresión, de suicidio, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, edad avanzada, duelo recientemente, bajos niveles de

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

apoyo social, ubicación del tumor (estómago, seno, pulmón, urogenital, orofaríngeo), y el género específicamente masculino por la mayor incidencia de conducta suicida en hombres (Chochinov, 2001). Respecto a la ubicación, el tipo de tumor y el estadio de la enfermedad, Felder (2004) encontró en su estudio realizado con 183 pacientes con diversos tipos de cáncer (gastrointestinal, genitourinario, de cabeza y cuello, hematológicos), entre los cuales el 71% se encontraban en estadios terminales de la enfermedad, altos niveles de esperanza. Igualmente, halló correlación positiva ( $p=.013$ ) entre los altos niveles de esperanza y las habilidades de afrontamiento efectivas independientemente del género, la edad, el nivel educativo, la ubicación del tumor y el estadio avanzado de la enfermedad.

Adicionalmente, Tang et al. (2016) encontraron que características como el género, el estado de salud mental y algunos factores asociados a la enfermedad como el tipo de cáncer, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el pronóstico, son factores de riesgo para el aumento de la ideación suicida en los pacientes oncológicos. Resultados similares obtuvieron Kim et al. (2013). Sin embargo, respecto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico y al tipo de cáncer, no se encontró una diferencia significativa, ya que en este caso, las pacientes con cáncer de seno reportaron ideación suicida con una frecuencia similar a pacientes con otros tipos de cáncer y con tiempos distintos desde el diagnóstico (Kim et al., 2013). En cuanto al género, Spoletini et al. (2011) encontraron que los hombres con cáncer se suicidan con mayor frecuencia que las mujeres con cáncer. También parecen estar en mayor riesgo los hombres con cáncer de cabeza y cuello, en estadios avanzados de la enfermedad, con escaso apoyo social y escasas opciones de tratamiento, pérdida de la alianza terapéutica y hostilidad del equipo médico con el paciente (Filiberti et al., 2001; Kondrichin & Lester, 2001; Hem et al., 2004; Kendal, 2007).

Por otra parte, el estudio realizado en Inglaterra entre 1996 y 2005 por Robinson et al. (2009), con 417572 pacientes oncológicos (206129 hombres y 211443 mujeres) puso en evidencia que los pacientes que se encontraron en mayor riesgo de suicidio fueron hombres; y

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

tanto hombres como mujeres tuvieron alto riesgo de suicidio durante el primer año después del diagnóstico, especialmente en los primeros meses. Estos resultados fueron similares a otros estudios realizados en los que se halló que durante el primer año después del diagnóstico de cáncer, el riesgo de suicidio aumenta (Innos et al., 2003; Hem et al., 2004; Dormer, 2008).

La desesperanza y la ansiedad son unos de los factores predictores más relevantes del deseo de precipitar la muerte en pacientes con cáncer (Shim & Hahm, 2010). En concordancia con ello, en el estudio realizado por Madeira et al. (2011), se encontró que el 10% de los pacientes oncológicos presentaban pensamiento suicida activo, asociado a la prevalencia de depresión mayor, distimia, trastorno de pánico y en su gran mayoría a la desesperanza, además de síntomas depresivos y ansiosos. Hallazgos similares fueron encontrados en la investigación realizada por Chochinov (1998), en donde se evidencia que existe una estrecha relación entre la desesperanza y el suicidio que no puede ser explicada por la presencia de depresión en pacientes con cáncer.

Sin embargo, en el estudio realizado por Breitbart et al. (2000) se encontró que tanto la depresión como la desesperanza, de manera independiente, contribuyen a predecir la presencia del deseo de precipitar la muerte en pacientes con cáncer. Estos autores encontraron que: (1) el deseo de precipitar la muerte en los pacientes es bajo cuando no hay desesperanza ni depresión; (2) el deseo de precipitar la muerte aumenta con la presencia de desesperanza o depresión; y (3) el deseo de precipitar la muerte es aún mayor cuando se presenta desesperanza y depresión en el paciente. Adicionalmente, Mystakidou et al. (2006) encontraron que los pacientes con un bajo deseo de precipitar su muerte, tenían: dolor controlado o bajo y bajos puntajes en fatiga, pérdida de apetito y sentimientos asociados a tristeza, en comparación con aquellos con puntajes moderado y alto en el deseo de precipitar su muerte.

Es entonces la desesperanza un constructo independiente de la depresión. Por ejemplo, Mystakidou et al. (2008), encontraron en su estudio que la ansiedad y la depresión

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

representaban el distrés psicológico de los pacientes oncológicos en duelo preparatorio y analizaron de manera independiente la desesperanza.

La desesperanza también ha sido considerada como un estilo cognitivo relacionado con la depresión pero se ha encontrado que se sobrepone a la depresión, es decir que se considera como factor de riesgo independiente en el desarrollo de la conducta suicida (Nissim et al., 2010; Spoletini et al., 2011). Adicionalmente, algunos autores proponen que la habilidad en la resolución de problemas puede mediar el desarrollo de ideación suicida y la desesperanza (Rudd, Joiner & Rajab, 1996; Spoletini et al., 2011).

En conclusión, la experiencia psicológica del paciente con cáncer es individual y por lo tanto, múltiples factores deben ser considerados en la evaluación de los aspectos afectivos y emocionales implicados en el curso de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el desenlace que idealmente es la supervivencia y eventualmente la muerte. Sin embargo, se espera que esta no sea producto del suicidio como resultado de un proceso en el que la atención haya sido insuficiente. En consecuencia, y de acuerdo con Pompili et al. (2014) los pacientes con cáncer no pueden ni deben ser considerados como un grupo homogéneo y es necesario lograr identificar a quienes se encuentran en riesgo de suicidio para brindarles la intervención oportuna. Los antecedentes teóricos y empíricos muestran que la desesperanza es un factor que puede intervenir en la estructuración, precipitación o mantenimiento de la ideación suicida en los pacientes con cáncer. Precisamente, este estudio se propone explorar la relación entre estas variables.

En función de las anteriores consideraciones, el presente estudio pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre ideación suicida y desesperanza en 160 pacientes oncológicos adultos? Es por esto que se plantean los siguientes objetivos:

### **Objetivo General**

Identificar la relación entre ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### **Objetivos Específicos**

1. Describir la ideación suicida en los pacientes con cáncer.
2. Establecer la proporción de pacientes que tienen riesgo de suicidio.
3. Describir la desesperanza en los pacientes con cáncer.
4. Describir la asociación entre ideación suicida y desesperanza.
5. Describir si existe asociación entre riesgo suicida y desesperanza.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### Método

#### Tipo de Estudio

El presente es un estudio correlacional de corte transversal ya que tuvo como propósito conocer la relación existente entre dos o más variables en una muestra poblacional o contexto particular (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). En este caso, se buscó identificar y describir la relación existente entre la ideación suicida y la desesperanza en una muestra de pacientes oncológicos adultos evaluados entre 2010-2015.

#### Población de Referencia y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por personas adultas con diagnóstico de cáncer, que recibían atención médica en dos unidades de Oncología privadas en la ciudad de Bogotá.

La muestra del presente estudio (n=160) tuvo la misma cantidad de hombres y mujeres, seleccionados por conveniencia, con un media de edad de 44.86 años. La mayoría de los participantes (44.4%), se encontraban entre los 41 y 60 años y estaban casados o en unión libre (54.4%). Respecto a la religión, la mayoría de ellos son cristianos católicos (77.5%) y practicantes (68.8%). Y más de la mitad (51.9%) se encontraban hospitalizados al momento de la evaluación (ver Tabla 2).

La selección de pacientes se realizó con base en los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión.** Ser personas mayores de edad (> 18 años), tener conocimiento del diagnóstico de cáncer, dar consentimiento informado de forma voluntaria, y estar vinculados a una entidad prestadora de salud (EPS) dentro de la cual se encontraran recibiendo tratamiento oncológico.

**Criterios de exclusión.** Encontrarse desorientado en tiempo, espacio y/o persona, tener mutismo o sordera, estar intubado, sedado, con discapacidad cognitiva, encontrarse tomando

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

medicamentos antidepresivos, presentar vómito o diarrea al momento de la evaluación, y acabar de terminar la sesión de quimioterapia.

Tabla 2

### *Información general de la muestra*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Localización</b>		
Sala de quimioterapia	55	34.4
Hospitalización	83	51.9
Consulta externa	22	13.8
<b>Sexo</b>		
Femenino	80	50
Masculino	80	50
<b>Rango de edad</b>		
18 a 40 años	60	37.5
41 a 60 años	71	44.4
>60	24	15
Datos perdidos	5	3.1
<b>Estado civil</b>		
Soltero	52	32.5
Casado/unión libre	87	54.4
Viudo	4	2.5
Separado/divorciado	16	10
Datos perdidos	1	0.6
<b>Religión</b>		
Cristiano católico	124	77.5
Cristiano no católico	26	16.3
Otra	4	2.5
Ninguna	6	3.8
<b>Practicante</b>		
Sí	110	68.8
No	46	28.8
Datos perdidos	4	2.5

En la Tabla 3 se observa que el tipo de cáncer más frecuente en la muestra fue el de tejidos blandos (49.4%), categoría especialmente constituida por leucemias y linfomas. No obstante, se desconoce el estadio en la mitad de la muestra (50%). De la mitad de los cuales se reportó el estadio, el 38.8%, se encontraban en grados avanzados de la enfermedad. La mayoría de los participantes (55%) reportaron efectos secundarios del tratamiento.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

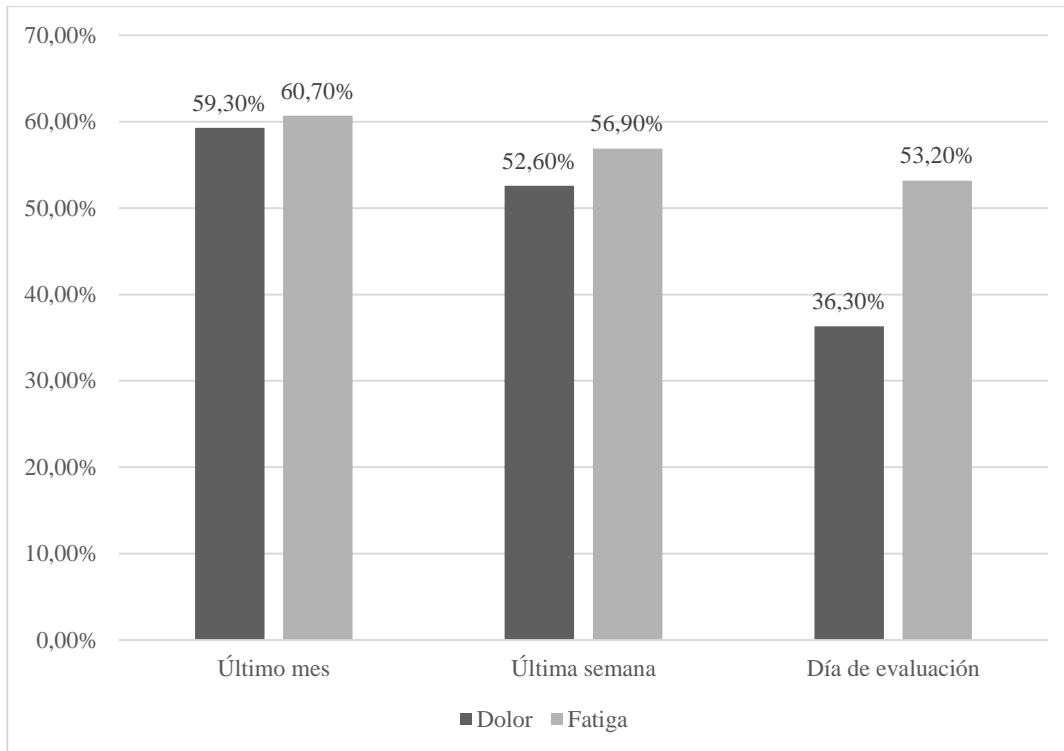
Tabla 3

*Tipos de cáncer, estadio y presencia de efectos secundarios*

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tipo</b>		
Tejidos blandos	79	49.4
Gastrointestinales	42	26.3
Seno	16	10
Vías reproductivas	16	10
Otros	7	4.4
<b>Estadío</b>		
I	5	3.1
II	13	8.1
III	36	22.5
IV	26	16.3
No reportado	80	50
<b>Estadío temprano vs avanzado</b>		
Temprano (I-II)	18	11.3
Avanzado (>II)	62	38.8
Datos perdidos	80	50
<b>Efectos secundarios</b>		
Sí	88	55
No	43	26.9
Datos perdidos	29	18.1

La presencia de dolor y fatiga se evaluó en tres momentos (un mes atrás, una semana atrás y el día de la evaluación). La proporción de pacientes con fatiga fue siempre mayor: 60.7% durante el último mes; 56% durante la última semana y 53.2% el día de la evaluación (ver Figura 1).

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

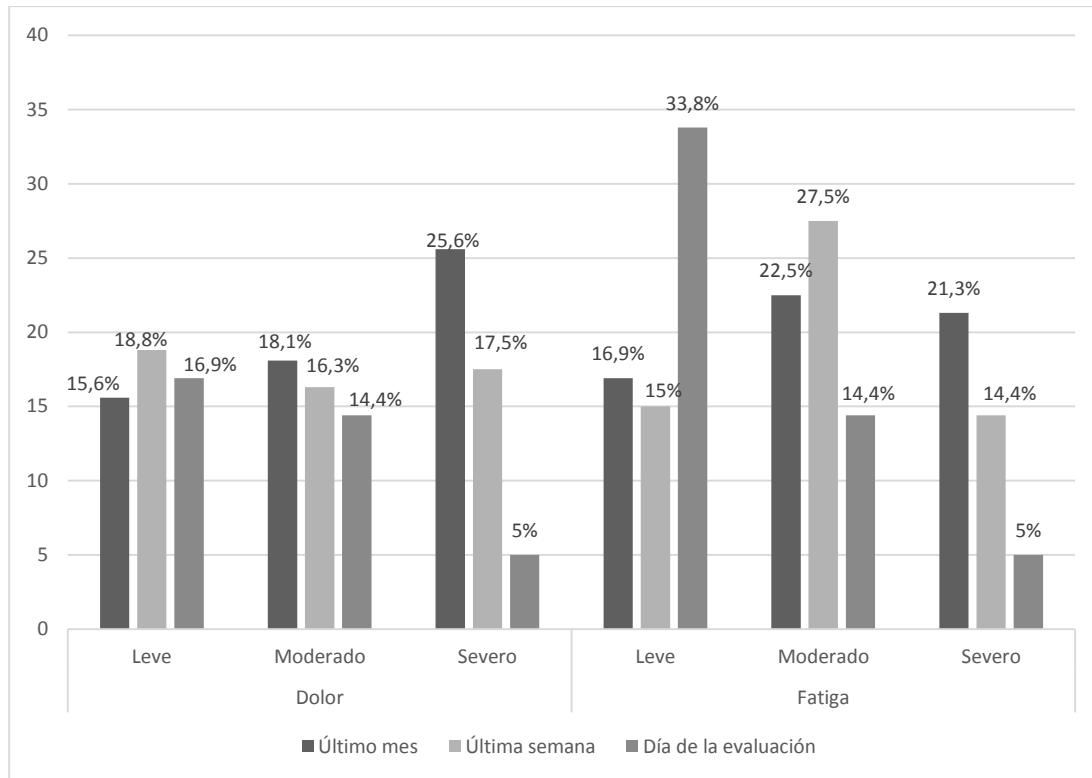


*Figura 1.* Proporción de pacientes con dolor y fatiga en el último mes, la última semana y el día de la evaluación.

*Nota.* En el cálculo de las proporciones correspondientes a la presencia de fatiga se consideró que hubo un dato perdido en la medición del último mes y la última semana y dos datos perdidos el día de la evaluación.

Con respecto a la intensidad de dolor y de fatiga, se observa que disminuyó en el tiempo de acuerdo con el reporte de los participantes (ver Figura 2).

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA



*Figura 2.* Intensidad de dolor y fatiga en el último mes, la última semana y el día de la evaluación.

### Variables

La variable ideación suicida se definió conceptualmente como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, formas deseadas de morir y objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir; que van desde pensamientos fugaces hasta imágenes autodestructivas y recurrentes (de Bedout, 2008; Maté et al., 2008). Dado que esta variable fue medida a través de diferentes instrumentos, su definición operacional varía de acuerdo con estos y se comporta como variable cuantitativa: (a) Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) donde un puntaje igual o superior a 1 indica ideación suicida y a mayor puntaje, mayor riesgo suicida. (b) ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) donde un puntaje igual o superior a 2 es indicador de ideación suicida. (c) Entrevista semiestructurada para la evaluación de los factores sociodemográficos y de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio frustrado) y

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

los factores asociados con ésta en pacientes con cáncer adultos, donde los ítems 1 y 2 indican ideación suicida.

La variable desesperanza se definió conceptualmente como el sistema de expectativas negativas o de actitudes pesimistas, de anticipación frente a una situación indeseable sobre el futuro, que se encuentra fuera del propio control y está asociada con la disminución de la capacidad para resolver problemas y deficiencias en la habilidad para controlar situaciones del futuro (Beck, 1974 citado por Abbey et al., 2006; Han et al. 2013). Esta variable, medida con la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), se operacionalizó considerando el grado de desesperanza así: (a) asintomática (de 0 a 3 puntos); (b) leve (entre 4 y 8 puntos); (c) moderada (entre 9 y 14 puntos) y (d) severa (entre 15 y 20 puntos). En este caso y en el de establecer la presencia de desesperanza en la muestra, se trató como una variable cualitativa y en el caso de considerarse el puntaje total de la escala, se trató como una variable cuantitativa.

### **Hipótesis**

Hipótesis de trabajo: Existe relación positiva y significativa entre la ideación suicida y la desesperanza en los pacientes oncológicos adultos.

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre la ideación suicida y la desesperanza en los pacientes oncológicos adultos.

### **Instrumentos**

En el presente estudio se utilizaron cuatro instrumentos. Todos ellos útiles para medir la ideación suicida y uno de ellos para medir la desesperanza (ver Tabla 2).

Entrevista semiestructurada para la evaluación de los factores sociodemográficos y de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio frustrado) y los factores asociados con ésta en pacientes adultos con cáncer. Esta entrevista fue elaborada por Ximena Palacios Espinosa con el objetivo de evaluar la conducta suicida. No obstante, para efectos de este estudio se utilizaron solamente dos ítems que evalúan ideación suicida.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Los siguientes instrumentos se seleccionaron debido a que son utilizados con frecuencia en la práctica clínica oncológica en las instituciones en donde se recolectó la información. Por esta razón y dado el estado general de los pacientes, se decidió utilizarlos en el marco de esta investigación pues se sabía que son comprendidos por ellos.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA). Se utilizó solamente el ítem 9 de la adaptación española de Velásquez y Sanz (1978) a partir del cual se puede identificar y predecir conducta suicida. De hecho, un puntaje igual o superior a 2 es indicador de ideación suicida. En cuanto a la confiabilidad, se reportan los datos proporcionados por Sanz (s.f.a) acerca de los coeficientes de fiabilidad test-retest (0.60 - 0.90) (Sanz, s.f.a) y de la correlación moderada o alta con otras medidas de depresión en población de pacientes con psicopatología, población general adulta, adolescentes, estudiantes universitarios, adultos mayores, pacientes médicos (Sanz, s.f.a).

Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman (SSI) (1979) permite cuantificar y evaluar el grado y la intensidad de la ideación suicida y además mide el riesgo de suicidio. En ella, un puntaje igual o superior a 1 indica ideación suicida y riesgo de suicidio. A mayor puntaje, mayor riesgo suicida. El alpha de Cronbach es: 0.89-0.96 (UCM, s.f.).

Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (BHS). Se utilizó la versión en español de Bobes, Paz, Bascarán, Sáinz y Bousoño (2004). A través de este instrumento se puede predecir el riesgo de suicidio y medir la intensidad de desesperanza. Un puntaje superior a 9 es indicador de riesgo de suicidio. A mayor puntaje, mayor riesgo. La intensidad de desesperanza se establece así: (a) asintomática (de 0 a 3 puntos); (b) leve (entre 4 y 8 puntos); (c) moderada (entre 9 y 14 puntos) y (d) severa (entre 15 y 20 puntos). El alpha de Cronbach para nuestro estudio fue de 0,77, un poco menor que el encontrado por Sanz (s.f.b) (0.82 - 0.84). Este mismo autor reportó una sensibilidad de 85.7% y una especificidad de 76.2% (Sanz, s.f.b),

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

así como correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ( $r = 0.37-0.70$ ) (Sanz, s.f.b).

### **Procedimiento**

La recolección de la información para el presente estudio se llevó a cabo en varias fases. La primera consistió en la entrega del consentimiento informado, en el cual se le explicó brevemente al participante la justificación, los objetivos, el procedimiento, las posibles molestias o riesgos y los beneficios de participar en la investigación. Además de ello, se informó sobre la participación voluntaria, la confidencialidad de la información y el derecho a retirarse o interrumpir su participación en la investigación en cualquier momento sin ningún inconveniente. Posterior a ello, los participantes firmaron de manera voluntaria el documento en presencia de dos testigos, para poder iniciar con la aplicación de los instrumentos.

En la segunda fase se aplicaron los instrumentos descritos previamente, en el siguiente orden: entrevista, ítem 9 del inventario de depresión de Beck, Escala de desesperanza de Beck (BHS) y la Escala de Ideación Suicida (SSI).

En la tercera fase se hizo entrega de una cartilla informativa a manera de promoción del cuidado de la salud mental y se dio retroalimentación general respecto a los resultados obtenidos por el participante en los instrumentos. Finalmente se realizó el registro y análisis de los datos.

### Aspectos Éticos

El presente estudio se desarrolló en el marco del proyecto titulado: “Prevalencia de conductas suicidas y factores biopsicosociales asociados a ésta en pacientes oncológicos adultos”, el cual fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 este fue catalogado como un estudio con riesgo mínimo debido a que se abordan aspectos sensibles para el paciente oncológico y además se trata de una población vulnerable que se encuentra enferma y en condición de subordinación porque la investigación

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

se desarrolló dentro de la Institución hospitalaria en la cual recibe atención médica. No obstante y en respeto absoluto de lo establecido en la mencionada resolución, en la Declaración de Helsinki y en la Ley 1090 de 2006, se respetaron el anonimato, la confidencialidad de la información y la participación voluntaria de los pacientes. Todos ellos firmaron el consentimiento informado en el que se enuncian claramente los riesgos y beneficios de la participación en el estudio y lo hicieron en presencia de dos testigos como lo ordena la ley.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### Resultados

En nuestros objetivos específicos, nos propusimos describir la ideación suicida de la muestra. Al respecto, y como puede observarse en la Tabla 4, encontramos una prevalencia de ideación suicida entre 4.4% y 13.8% según la medida utilizada. El ítem 1 de la entrevista semiestructurada, parece ser más sensible a la identificación de esta variable.

Tabla 4

*Ideación suicida según entrevista e ítem 9 del BDI-IA*

Ítem	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
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"*. ¿Ha tenido pensamientos de ese tipo, quiero decir pensamientos de no querer vivir o deseos de que la enfermedad acelere su muerte? *	22	13.8	138	86.3
Desde que usted supo que tiene cáncer, ¿ha deseado la muerte?	17	10.6	142	88.8
Ítem 9 (BDI-IA)	7	4.4	153	95.6

*Nota.* \*Ítem 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.

En lo referente al objetivo que me propuse describir el riesgo de suicidio, dos de los instrumentos utilizados en el estudio (SSI y BHS) permitieron obtener este dato. La Tabla 5 muestra que el riesgo de suicidio oscila entre 5.6% y 30.6% dependiendo de la medida utilizada.

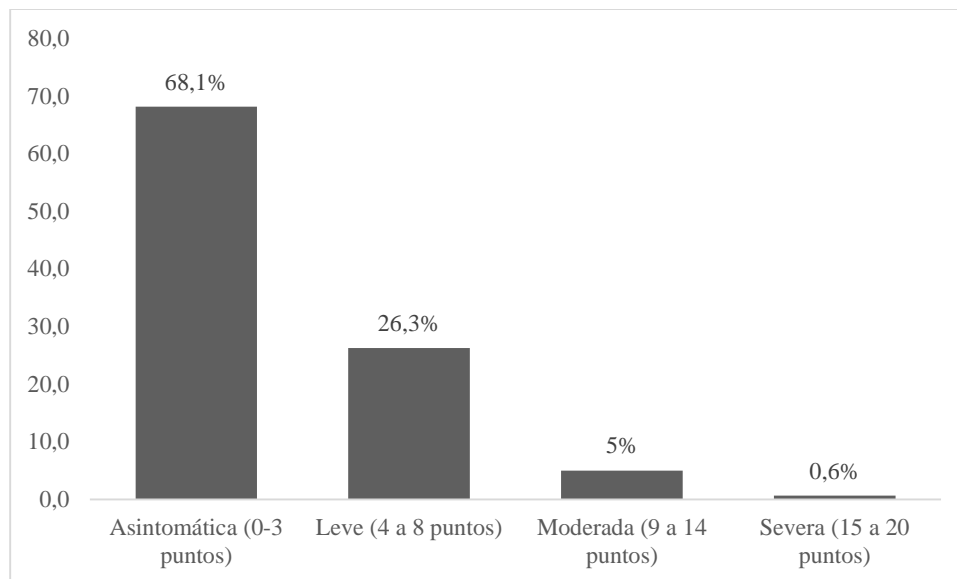
## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Tabla 5.

*Proporción de pacientes con riesgo de suicidio según la SSI y la BHS.*

	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de suicidio SSI	49	30.6	105	65.6
Riesgo de suicidio BHS	9	5.6	151	94.4

Otro de nuestros objetivos específicos fue describir la desesperanza en la muestra de estudio. Como puede observarse en la Figura 3, 31.9% de los participantes presentan algún grado de desesperanza (leve, moderada, severa), entre ellos predomina la desesperanza leve (26.3%).



*Figura 3. Grado de desesperanza en la muestra.*

Adicionalmente, con base en el reporte de los pacientes al diligenciar la BHS, se encontró que del 31.9% de los pacientes con pensamientos pesimistas, algunos reportaron que: (a) las experiencias que tuvieron en el pasado, no los prepararon bien para su futuro (96.3%); (b) las cosas no marchan como ellos querían (58.1%); (c) no podían imaginar cómo sería su vida en 10 años (57.5%); (d) el futuro les parecía vago e incierto (26.9%); (e) no lograban hacer que las

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

cosas cambiaran y no existían razones para creer que pudieran hacerlo en el futuro (18.1%); (f) era muy improbable que pudieran lograr una satisfacción real en el futuro (16.9%). Al contrario, algunos pacientes indicaron tener pensamientos optimistas como: (a) esperar más épocas buenas que malas (99.4%); (b) esperar el futuro con esperanza y entusiasmo (98.1%); (c) esperar más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele tener en promedio (96.3%); (d) tener una gran confianza en el futuro (95.6%); (e) esperar conseguir lo que le pueda interesar en el futuro (95%); (f) mirar hacia el futuro y esperar ser más feliz de lo que es ahora (93.1%).

Finalmente, nos propusimos como objetivo específico identificar las posibles asociaciones entre ideación suicida y desesperanza, esperando encontrar una relación positiva entre estas variables. La variable ideación suicida se trató de manera diversa, como variable cuantitativa cuando se tuvo en cuenta el puntaje total arrojado por la escala SSI y obtenido en el ítem 9 del BDI-IA. De manera cualitativa cuando se estableció el riesgo de suicidio, considerando la presencia o ausencia del mismo. Lo mismo sucedió con la variable desesperanza. Se trató como variable cuantitativa cuando se consideró para el análisis el puntaje total de la BHS y como variable cualitativa cuando se consideró su presencia o ausencia o el grado de la misma.

De acuerdo con lo anterior calculamos correlaciones utilizando el coeficiente de correlación de Pearson que mostró una relación baja, pero significativa ( $r = 0.272$ ;  $p = .000$ ) entre la ideación suicida (con la SSI) y la desesperanza. Sin embargo, al utilizar los puntajes del ítem 9 del BDI-IA encontramos que no existe correlación ( $r = 0.030$ ;  $p = .711$ ) entre dichas variables.

Con el propósito de conocer si existen diferencias significativas en riesgo de suicidio medido con la BHS entre las personas que tenían desesperanza medida con el de las que no la mostraban se realizó una comparación de medias y se calculó la *t* de Student para muestras independientes que mostró una relación significativa ( $t = 13.827$ ;  $p = .000$ ; IC = 95%; DE = 2.52).

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

El mismo resultado se obtuvo al comparar las medias de riesgo de suicidio según SSI ( $t= 3.948$   $p= .000$ ; IC= 95%; DE=.813).

Finalmente, se realizó un análisis de contingencia para determinar si el riesgo de suicidio se distribuía o no al azar según el grado de desesperanza o la presencia de la misma. Para ello, se calculó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson y se encontraron los siguientes resultados significativos: (a) el riesgo de suicidio calculado con SSI y el grado de desesperanza ( $X^2= 16.363$ ;  $gl= 3$ ;  $p= .001$ ); (b) el riesgo de suicidio calculado con BHS y el grado de desesperanza ( $X^2= 6.000$ ;  $gl= 3$ ;  $p= .000$ ); (c) el riesgo de suicidio calculado con SSI y la presencia de desesperanza ( $X^2= 20.382$ ;  $gl= 1$ ;  $p= .018$ ); (d) el riesgo de suicidio calculado con BHS y la presencia de desesperanza ( $X^2= 5.586$ ;  $gl= 1$ ;  $p=.000$ ).

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

### Discusión

Al realizar la descripción de nuestra muestra, varios resultados llamaron la atención. En primer lugar, la media de edad nos mostró una población predominantemente constituida por adultos jóvenes cuya tarea de vida está centrada en alcanzar éxito profesional y generar ganancias, el cuidado de los hijos y padres y la consolidación de una vida de pareja (Papalia, Feldman & Martorell, 2012). En consecuencia, nos preguntamos por el costo de estar enfermo, hospitalizado, y por el cambio de roles a lo que esto conlleva (Gil & Gilbar, 2001). Esto en congruencia con la propuesta de Moos y Schaefer (1984) de considerar que la enfermedad física es una crisis que requiere ser afrontada y tal y como lo plantea Slaikeu (1996), incorporada a la historia de vida de la persona en el proceso de terminación.

Así mismo observamos que el dolor y la fatiga estuvieron presentes en algún grado en los participantes y que en consecuencia su prevalencia no es despreciable (5% - 25.6% y 5% - 21,3%, respectivamente). Si bien expresaron que el día de la evaluación la intensidad de dolor y fatiga era francamente menor, consideramos que se trata de dos experiencias con un alto costo emocional para el paciente oncológico, que afectan su calidad de vida de manera significativa (Akechi et al., 2002) y que para el interés específico de nuestro estudio, pueden aumentar la probabilidad de suicidio (Chochinov, 2001). Dados los antecedentes del trabajo de grado realizado por Jennifer Gracia y Ana María Jaramillo en 2015, que mostraron la existencia de una relación significativa entre el dolor y la percepción de apoyo social, nos preguntamos si este podría estar asociado también con la desesperanza y por qué no, con la ideación suicida. Se sugiere que próximos estudios contemplen al dolor y la fatiga como predictores de nuestras variables de estudio.

De hecho, en esta investigación nos propusimos explorar si existe relación entre la ideación suicida y la desesperanza en los pacientes adultos con cáncer, bajo la hipótesis de que efectivamente existe correlación positiva entre estas variables. Los antecedentes empíricos

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

indican que el riesgo de suicidio entre los pacientes oncológicos es dos veces mayor que en la población general (Chochinov, 1998; Spiegel & Bloom, 1983) y el estudio realizado por Leal et al. (2014) en Colombia, confirma que entre 17.3% y 24.5% de los pacientes oncológicos presentan ideación suicida. En nuestro estudio, la prevalencia encontrada estuvo entre 4.4% y 13.8%, según la medida utilizada. Si bien reconocemos que no se trata de cifras elevadas, consideramos que en la población oncológica hay presencia de ideación suicida y que es pertinente evaluarla y seguir desarrollando investigación respecto al tema.

Por otra parte, los pacientes con cáncer también presentan mayor desesperanza frente al futuro comparados con la población general (De Vellis & Blalock, 1992). Nuestros resultados indican que 31.9% de los participantes tienen desesperanza en algún grado, cifra superior a la reportada por Madeira et al. (2011) quienes encontraron 10% de pacientes oncológicos con desesperanza. Este es un dato relevante si consideramos que la desesperanza se ha reconocido como un factor de riesgo tanto para depresión (Brothers & Andersen, 2009) como para suicidio (Abramson et al., 1989; Gheihman et al. 2015). A este hecho cabe sumarle la enfermedad pues de acuerdo con Nissim et al. (2010), existe relación entre ideación suicida y desesperanza en personas con enfermedad crónica avanzada (Nissim et al., 2010). Precisamente, la descripción de nuestra muestra indicó que los pacientes están en su mayoría en estadios avanzados del cáncer, como es habitual en Colombia (Palacios-Espinosa & Ocampo-Palacio, 2011), y encontramos que en efecto hay relación positiva entre la ideación suicida y la desesperanza. En consecuencia, es posible que la desesperanza en nuestra población, sea un factor predictor de ideación suicida.

No obstante, a pesar de que el pronóstico de los pacientes que participaron en nuestro estudio es malo, su supervivencia posiblemente corta y que estaban ampliamente sintomáticos, con presencia de efectos secundarios del tratamiento, dolor y fatiga, el grado de desesperanza que predominó fue el leve y una alta proporción de ellos no tuvieron puntajes positivos para

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

desesperanza. Esto contradice lo planteado por varios autores (Gidron, Margen & Ariad, 2001; Nordin & Glimelius, 1998) según los cuales, la progresión, el pronóstico y la supervivencia son variables asociadas con la presencia de desesperanza en los pacientes oncológicos.

Con el ánimo de describir la presentación de la desesperanza en la muestra, analizamos las respuestas más frecuentemente dadas por los pacientes al diligenciar la BHS. Nos llamó la atención que los pacientes hayan indicado que no podían imaginar sus vidas dentro de diez años. Nos preguntamos si esto es un indicador de realismo frente a su enfermedad y frente al desenlace de la misma, mucho más si se tiene en cuenta que en nuestro país, la mortalidad por cáncer es francamente elevada (INC, 2011). Este dato nos llama la atención y reflexionando, nuestra intuición es que puede haber varias razones que expliquen este dato. Por ejemplo, la idea de que debe mantenerse la esperanza en la adversidad, que si se piensa de manera negativa se atraen eventos negativos, que perder la esperanza es entregarse a la muerte. Los participantes de nuestro estudio son en su mayoría cristianos (católicos y no católicos) que se declararon practicantes. Pero aún si no lo fueran, el discurso religioso implica fé en la sanación y en el poder de Dios. Sugerimos considerar a la religión como una variable de estudio de la experiencia con el cáncer, el mantenimiento de la esperanza, la prevención de la desesperanza, la depresión y la ideación suicida.

También una proporción importante de los pacientes manifestaron no lograr hacer que las cosas cambiaran y no creer que existieran razones para considerar que pudieran hacerlo en el futuro, y creían muy improbable que pudieran lograr una satisfacción real en el futuro; esto puede ser debido a la sensación de pérdida de control sobre la situación (propio del concepto de desesperanza) de enfermedad actual asociado posiblemente a la presencia de síntomas molestos como dolor, fatiga y efectos secundarios del tratamiento. De alguna manera esto encuentra respaldo en estudios como el de Han et al. (2013) que resaltan la presencia de la

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

pérdida de control sobre el futuro se asocia con sentimientos de desesperanza y con pensamientos pesimistas y percepción de dificultad para afrontar el futuro. Y como el de Akechi et al. (1999) para quienes el dolor está estrechamente asociado con la ideación suicida. También este hallazgo se acerca al de Maté (2008) para quien estadios avanzados del cáncer implican experiencias de pérdida de funcionalidad y malestar físico y psicológico que están relacionados con la desesperanza y la ideación suicida. Sin embargo, consideramos que hace falta mayor investigación al respecto y los resultados del presente estudio no son concluyentes pero pueden ser objeto de futuras investigaciones.

Gran parte de los pacientes reportaron esperar el futuro con esperanza y entusiasmo, aún si el 38.8% de la muestra tiene un pronóstico pobre según su historia clínica. En nuestra intuición, esta respuesta sugeriría varias posibilidades: (a) el paciente no conoce su pronóstico o no lo entiende; (b) el paciente es realmente optimista; (c) el paciente está en fase de negación; (d) el paciente considera que es deseable tener un discurso optimista. Nuestra reflexión nos lleva a considerar que por supuesto es deseable que los pacientes sean optimistas y por tanto construyan expectativas positivas frente al futuro; pero proponemos que se promueva en ellos un optimismo realista con metas a corto plazo, reconocimiento de los momentos de bienestar y optimización de los recursos disponibles para lograr una mejor percepción de calidad de vida. E incluso esto puede estar relacionado con otro de los hallazgos de nuestro estudio: que los pacientes esperan estar mejor en el futuro y más épocas buenas que malas.

En el presente estudio se identificó una relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida medida con la SSI y la desesperanza ( $p=.000$ ) lo cual indica que si una de ellas está presente o aumenta, la otra también lo hará. Entonces, nuestro estudio respalda investigaciones en las que la desesperanza representa un papel importante en el desarrollo de la ideación suicida (Chochinov, 1998; Filiberti et al., 2001; Nissim et al., 2010; Shim & Hahm, 2010; Spoletini et al., 2011). E incluso nos sugiere que en acuerdo con la Teoría de la

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Desesperanza, es posible que aquellas personas que se desesperanzan lleven a cabo conductas suicidas (Abramson, et al., 1989). Sin embargo, el alcance de nuestro diseño de investigación no permite establecer si la desesperanza es un factor predictor de la ideación suicida como lo estableció Taylor (2010). No obstante, la existencia de esta relación positiva que existe entre estas variables, sugiere aceptar que la desesperanza puede ser considerada como uno de los factores psicológicos que representan riesgo de suicidio. Sin embargo, nos preguntamos por el valor de la esperanza como factor protector entre la población estudiada, ya que los niveles de desesperanza no fueron altos. Esto en coherencia con lo propuesto por Huen et al. (2015) para quienes es pertinente evaluar la esperanza en los pacientes oncológicos, como un constructo independiente de la desesperanza, por su valor como factor de protección en esta población.

Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre la ideación suicida medida con el ítem 9 del BDI-IA y la desesperanza ( $p > .05$ ). En consecuencia, este ítem no parece ser un predictor sensible de la ideación suicida en el presente estudio, lo cual favorece los hallazgos de la investigación realizada por Leal et al. (2014). Estos autores concluyeron que posiblemente la población colombiana no es sensible al ítem por motivos de preferencias religiosas que pueden intervenir en la expresión de ideas asociadas al suicidio.

Si bien la ideación suicida no es muy alta (oscila entre 4.4% y 13.8%), el riesgo de suicidio sí lo es. Esto indica que el riesgo de suicidio en dicha población es elevado y que en futuros estudios será pertinente evaluar cuáles son los factores asociados a este riesgo.

Cabe mencionar que para evaluar la ideación suicida se utilizaron varios instrumentos. Sin embargo, el único instrumento utilizado para medir la desesperanza fue la BHS, que si bien demostró tener alta confiabilidad (alfa de Cronbach=.77), consideramos que sería valioso que en próximos estudios se incluyeran otras medidas que permitan explorar con mayor detalle las razones de la desesperanza entre los pacientes.

Aunque algunos estudios (Breitbart et al., 2000; Mystekidou et al., 2008; Nissim et al.,

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

2010; Spoletini et al., 2011) han sugerido considerar a la desesperanza como una variable independiente de la depresión y que tiene un alto poder predictivo de la ideación suicida, sería pertinente en próximos estudios analizar si esta alteración del estado de ánimo cursa simultáneamente con la desesperanza en los pacientes oncológicos. Esto con base en que la depresión y los síntomas depresivos han sido relacionados con la conducta suicida en pacientes oncológicos (De Vellis & Blalock, 1992).

En cuanto a las dificultades para el desarrollo de este estudio, nos encontramos con una evidente resistencia de pacientes, personal de enfermería e incluso del personal médico a abordar con los pacientes temas que son considerados negativos como el suicidio. Nos preguntamos sobre las razones para ello y concluimos que puede estar asociado nuevamente con el discurso religioso que condena al suicida e incluso a quien contempla provocar su muerte en lugar de luchar de manera activa contra la adversidad. También puede estar asociado con que nuestra relación con los pacientes se construyó en el marco de la investigación y no en el marco terapéutico, lo que puede dificultar la posibilidad de expresar con confianza ideas suicidas. De hecho, nuestra percepción es que responder a la BHS fue más sencillo y honesto que responder a los instrumentos para evaluar la ideación suicida.

Si bien todos los auxiliares que participamos en el proyecto de investigación fuimos entrenados para evaluar a los participantes, las características y el estilo personal de cada uno pudo haber influido en el tipo de relación que se estableció con el participante, facilitando así su sinceridad al responder los instrumentos.

### **Conclusiones**

En conclusión, este estudio permitió confirmar que existe relación entre la desesperanza y la ideación suicida en pacientes oncológicos adultos. La prevalencia de desesperanza en este estudio fue de 31.9% y de ideación suicida diversa según el instrumento utilizado (4.4% y 13.8%). Lo anterior indica que estas variables están presentes en nuestros pacientes y que

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

ameritan atención en la intervención interdisciplinaria y específicamente en la intervención psicológica. Esto afirma la pertinencia de la psicooncología en la práctica oncológica, mucho más cuando estas dos variables están estrechamente relacionadas con el sufrimiento de los pacientes.

Aunque a diferencia de la desesperanza y el suicidio, la evaluación del dolor y la fatiga en los pacientes es tarea frecuente por parte de los equipos de oncología, la prevalencia de éstos indica que están presentes en los pacientes oncológicos y que sin duda se constituyen en factores que afectan negativamente su calidad de vida.

Las investigaciones sobre la conducta suicida en Colombia son francamente escasas y los resultados de este estudio confirman la necesidad de continuar investigando en el tema.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

## Referencias

- Abbey, J.G., Rosenfeld, B., Pessin, H., & Breitbart, W. (2006). Hopelessness at the end of life: The utility of the hopelessness scale with terminally ill cancer patients. *British Journal of Health Psychology, 11*, 173–183. doi: 10.1348/135910705X36749
- Abela, J.R.Z., & McGirr, A. (2007). Operationalizing cognitive vulnerability and stress from the perspective of the hopelessness theory: A multi-wave longitudinal study of children of affectively ill parents. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 377-395. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez.urosario.edu.co/pubmed/17535532>
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefffel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory, psychobiological context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358–372. Recuperado de <http://psycnet.apa.org.ez.urosario.edu.co/journals/rev/96/2/358.html>
- Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Nakano, T., Okuyama, T., Mikami, I., Shima, Y., Yamawaki, S., & Uchotimi, Y. (1999). Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in Psycho-Oncology. *Psychiatry and clinical neuroscience, 53*, 569-573. doi: 10.1046/j.1440-1819.1999.00607.x
- Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2002). Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer, 95*, 1085-1093. doi: 10.1002/cncr.10769
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association, 234*, 1146–1149. doi: 10.1001/jama.234.11.1146

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

- Bobes, J., Paz, M., Bascarán, M.T., Sáinz, P.A., Bousoño, M. (Eds.). (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (3a ed.). Barcelona, España: Psiquiatría Editores, S.L.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C., & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284(22), 2907-2911. Recuperado de <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/docview/211352612?accountid=50434>
- Brothers, B. & Andersen, B. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 18, 267-275. doi: 10.1002/pon.1394
- Camidge, D., Stockton, D., Frame, S., Wood, R., Bain, M. & Bateman, D. (2007). Hospital admissions and deaths relating to deliberate self-harm and accidents within 5 years of a cancer diagnosis: a national study in Scotland, UK. *British journal of cancer*, 12(5), 752-757. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17299389>
- Chochinov, H., Wilson, K., Enns, M. & Lander, S. (1998). Depression, hopelessness and suicidal ideation in terminally ill. *Psychosomatics*, 39(4), 366-370. Recuperado de <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/docview/220338229?accountid=50434>
- Chochinov, H. (2001). Depression y cancer patient. *The lancet oncology*, 2, 499-505. doi: 10.1016/S1470-2045(01)00456-9
- De Bedout, A. (2008). Panorama Actual del Suicidio: Análisis Psicológico y Psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Psicología Aplicada: Madrid, España. Recuperado de

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

[https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/prot\\_ocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/prot_ocolo_ideacion_suicida.pdf)

DeVellis, B. N., & Blalock, S. J. (1992). Illness attributions and hopelessness depression: The role of hopelessness expectancy. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(2), 257-264.

Recuperado de

<http://www-ncbi-nlm-nih-gov.ez.urosario.edu.co/pubmed/1583217>

Dormer, N., McCaul, K., & Kristjanson, L. (2008). Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Medical Journal of Australia, 188*(3), 140-143. Recuperado de

<https://www.mja.com.au/journal/2008/188/3/risk-suicide-cancer-patients-western-australia-1981-2002>

Felder, B. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer nursing, 27*(4), 320-324. Recuperado de

<http://ovidsp.tx.ovid.com.ez.urosario.edu.co/sp3.18.0b/ovidweb.cgi>

Filiberti, A., Ripamonti, C., Amadio, T., Vittorio, V., De Conno, F., Contiero, P., & Tramburini, M. (2001). Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *Journal of pain and symptom management, 22*(1), 544-553. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(01\)00295-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00295-0)

Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review, 4*, 315-338. doi: 10.1016/j.cpr.2004.01.002

Gheihman, G., Zimmermann, C., Deckert, A., Fitzgerald, P., Mischitelle, A., Ridall, A., Schimmer, A., Gagliese, L., Lo, C. & Rodin, G. (2015). Depression and hopelessness in patient with acute leukemia: the psychological impact of an acute and life-threatening disorder. *Psycho-Oncology, 24*(9). doi:10.1002/pon.3940

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

- Gidron, Y., Magen, R., & Ariad, S. (2001). The relation between hopelessness and psychological and serological outcomes in israeli women with breast-cancer. *Psychology & Health, 16*(3), 289-296.
- Gil, S., & Gilbar, O. (2001). Hopelessness among cancer patients. *Journal of psychosocial oncology, 19*(1), 21-33. doi: 10.1300/J077v19n01\_02
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., & Hietanen, P. (2007). Quality of life in cancer patients: the role of optimism, hopelessness and partner support. *Quality of life research, 16*, 75-87. doi: 10.1007/s11136-006-9101-4
- Gracia, J. & Jaramillo, A. (2015). *Apoyo social e ideación suicida en pacientes con cáncer*. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
- Han, Y., Yuan, J., Luo, Z., Zhao, J., Wu, J., Liu, R., & Lopez, V. (2013). Determinants of hopelessness and depression among Chinese hospitalized esophageal cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology, 22*, 2529–2536. Recuperado de <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/docview/1459215272?accountid=50434>
- Hanson, S. & Davis, M. (2010). *CNS clinical trials: suicidality and data collection: workshop summary*. Washington, USA: National academies press. Recuperado de <http://site.ebrary.com.ez.urosario.edu.co/lib/urosario/detail.action?docID=10443269&p00=ideation+hanson+suicidal>
- Hem, E., Loge, J., Haldorsen, T., & Ekeberg, O. (2004). Suicide risk in cancer patient from 1960 to 1999. *Journal of clinical oncology, 22*, 4209-4216. doi: 10.1200/JCO.2004.02.052
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6 Ed.). México: McGraw-Hill.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

- Huen, J., Ip, B., Ho, S., & Yip, P. (2015). Hope and hopelessness: the role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *Plos one*, *10*(6), 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0130073
- Innos, K., Rahu, K., Rahu, M., & Baburin, A. (2003). Suicides among cancer patients in Estonia: a population-based study. *European Journal of Cancer*, *39*, 2223-2228. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.ez.urosario.edu.co/science/article/pii/S0959804903005987>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2011). *Magnitud de cáncer en el país- mortalidad nacional por grandes causas*. Colombia:
- Jaiswal, R., Alici, Y. & Breitbart, W. (2014). A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International review of psychiatry*, *26*(1), 87-101. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3ec4fc52-1c1a-45d5-91b9-d2597d5662b9%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4212>
- Joiner, T., & Rudd, M. (2000). *Suicide science: expanding the boundaries*. Hingham, USA: Kluwer Academic publishers. Recuperado de <http://site.ebrary.com.ez.urosario.edu.co/lib/urosario/detail.action?docID=10048364&p00=joiner&token=ddc856d5-222c-459d-84db-ab2356e55a0e>
- Kendal, W. (2007). Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Annals of oncology*, *18*(2), 381-387. Recuperado de <http://annonc.oxfordjournals.org.ez.urosario.edu.co/content/18/2/381.abstract?sid=74af77ec-c350-4911-b361-9eafe8b38baa>
- Kim, J., Jang, J., Stewart, R., Kim, S., Kim, W., Kang, H., Shin, S., Park, M., Yoon, J., & Yoon, S. (2013). Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *22*, 2848-2856. doi: 10.1002/pon.3367

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Knaus, W. (2006). *Cognitive behavioral workbook for depression: a step-by-step program*.

Oakland, USA: New Harbinger Publications Inc. Recuperado de

[http://site.ebrary.com.ez.urosario.edu.co/lib/urosario/detail.action?docID=10285404&p](http://site.ebrary.com.ez.urosario.edu.co/lib/urosario/detail.action?docID=10285404&p00=Knaus&token=4049782c-d69c-4e07-8813-c9e395a66038)

[00=Knaus&token=4049782c-d69c-4e07-8813-c9e395a66038](http://site.ebrary.com.ez.urosario.edu.co/lib/urosario/detail.action?docID=10285404&p00=Knaus&token=4049782c-d69c-4e07-8813-c9e395a66038)

Kondrichin, S., & Lester, D. (2001). Cancer and suicide. *Perceptual and motor skills*, 92(2), 468-468. doi: 10.2466/pms.2001.92.2.468

Laughren, T. (2009, Junio). *Development of division of psychiatry products policy on prospective suicidality assessment in studies conducted under INDs*. Presentation at the IOM workshop on CNS clinical trials: Suicidality and data collection, Washington, USA.

Leal, D., Sandoval, L., Palacios, X., & Tovar, J. (2014). Proposed scales for measuring suicidal ideation in adult cancer patient. *Open journal of medical psychology*, 3, 79-86. doi: 10.4236/ojmp.2014.31010.

Madeira, N., Albuquerque, E., Santos, T., Mendes, A., & Roque, M. (2011). Death ideation in cancer patients: Contributing factors. *Journal of psychosocial*, 29, 636-642. doi: 10.1080/07347332.2011.615381

Margreat, J., & Rohini, N. (2014). Management of hopelessness and coping among breast cancer patients. *Indian journal of health and wellbeing*, 5(8), 961-964. Recuperado de <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/docview/1619361843?accountid=50434>

Maté, J., Gonzáles-Barboteo, J., Ibañez-Solaz, M., Martínez, K., Limonero, J., & Tuca, A. (2008). Ideación autolítica al final de la vida en pacientes oncológicos paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología*, 5(2-3), 339-358. Recuperado de <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/docview/220410192/fulltextPDF/EDD4EADB91F40DAPQ/1?accountid=50434>

Moos, R. & Schaefer, J. (1984). *Coping with Physical Illness: New Perspectives*. New York: Plenum Press.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Sakkas, P., Galanos, A., & Vlahos, L. (2006). Demographic and clinical predictors of preparatory grief in a sample of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, *15*, 828–833. doi: 10.1002/pon.1029
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life research*, *14*(8), 1825-1823. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.pml/16155770>
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Athanasouli, P., Pathiaki, M., Galanos, A., Pagoropoulou, A., & Vlahos, L. (2008). Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. *European journal of cancer care*, *17*, 145-151. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00825.x
- Nissim, R., Flora, B., Cribbie, A., Zimmermann, C., Gagliese, L. & Rodin, G. (2010). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale in individuals with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(3), 255-263. doi: 10.1002/pon.1540
- Noor-Mahomed, S., Schlebusch, L. & Bosch, B. (2003). Suicidal behavior in patients diagnosed with cancer of the cervix. *Crisis*, *24*(4), 168-172. doi: 10.1027//0227-5910.24.4.168
- O'Connor, R., Sheehy, N., & O'Connor, D. (2000). Fifty cases of general hospital parasuicide. *British journal of health psychology*, *5*, 83-95. Recuperado de <http://search.proquest.com.pml/215247189?accountid=50434>
- Palacios, X., Ocampo, J. (2011). Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Revista Ciencias de la Salud*, *9*(2), 173-190. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/1688/1505>
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). Estudio del desarrollo humano. En Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G.(Eds.), *Desarrollo humano* (12 Ed.) (pp. 8). México: Mc Graw Hill.

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, S., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive care in cancer*, 20(4), 733- 739. Recuperado de <http://dx.doi.org.ez.urosario.edu.co/10.1007/s00520-011-1137-5>
- Pessin, H., Amakawa, L., & Breitbart, W. (2010). Suicide. En J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, R. S. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (2 nd Ed.) (pp. 319- 323). Oxford: Oxford University press.
- Pompili, M., Innamorati, M., Zezza, C. & Di Carlo, A. (2014). Psychiatry pathology and suicide risk in patients with cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 32, 383-395. doi: 10.1080/07347332.2014.917136
- Rajappa, K., Gallagher, M. & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive therapy and research*, 36, 833-839. doi: 10.1007/s10608-011-9419-2
- Robinson, D., Renshaw, C., Okello, C., Moller, H., & Davies, E. (2009). Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: A population-based study. *British Journal of Cancer*, 101(1): 198-201. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=a86e20f8-855d-4204-b671-de04492d35bb%40sessionmgr4001&hid=4214>
- Rudd, D., Joiner, T., & Rajab, M. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *Journal of abnormal psychology*, 105(4), 541-550. Recuperado de <http://dx.doi.org.ez.urosario.edu.co/10.1037/0021-843X.105.4.541>
- Rudd, D., Rajab, M., Orman, D., Stulman, D., Joiner, T., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: preliminary results. *Journal of*

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

*consulting and clinical psychology*, 64(1), 179-190. Recuperado de <http://dx.doi.org.ez.urosario.edu.co/10.1037/0022-006X.64.1.179>

Sanz, J. (s.f.a). Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Ficha técnica Inventario de Depresión de Beck, versión corregida o versión de 1978 (BDIIA). Disponible en [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/INVENTARIO%20DE%20DEPRESION%20DE%20BECK%20\(BDI\)/BDI\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/INVENTARIO%20DE%20DEPRESION%20DE%20BECK%20(BDI)/BDI_F.pdf)

Sanz, J. (s.f.b). Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Ficha técnica Escala de Desesperanza de Beck. Disponible en [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20DESESPERANZA%20DE%20BECK/BHS\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20DESESPERANZA%20DE%20BECK/BHS_F.pdf)

Shahar, G., Bareket, L., Rudd, M. & Joiner, T. (2006). In severely suicidal ideation young adults, hopelessness, depressive symptoms, and suicidal ideation constitute a single syndrome. *Psychological medicine*, 36, 913-922. Recuperado de <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/docview/204497622?accountid=50434>

Shim, E. & Hahm, B. (2010). Anxiety, helplessness/hopelessness and desire for hastened death in Korean cancer patients. *European journal of cancer care*, 20, 395-402. doi: 10.1111/j.1365-2354.2010.01202.x

Shinn, E., Carmack, C., Kilgore, K., Valentine, a., Bodurka, D., Kavanagh, J., Sood, A., Li, Y., & Basen-Engquist, K. (2009). Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. *Palliat support care*, 7(3), 299-306. doi: 10.1017/S1478951509990228

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

Spiegel, D. & Bloom, J. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic medicine*, 45(4), 333-339. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372622/>

Sullivan M.D. (2003) Hope and hopelessness at the end of life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 393–405. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/195986483/abstract/62BD8FF922AF4CC1PQ/1?accountid=50434>

Tang, G., Yan, P., Yan, C., Fu, B., Zhu, S., Zhou, L., Huang, X., Wang, Y., & Lei, J. (2016). Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(1), 97-103. doi: 10.1002/pon.3880

Taylor, P. (2010). The role of defeat and entrapment in suicide (tesis doctoral). Universidad de Manchester, Inglaterra.

Schroevers, M., Sanderman, R., van Sonderen, E. & Ranchor, A. (2000). The evaluation of the center for epidemiologic studies depression (CES-D) scale: depressed and positive affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of life research*, 9, 1015-1029. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/883839772/fulltextPDF/A01729C684E14445PQ/2?accountid=50434>

UCM Universidad Complutense de Madrid. (s.f.). Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Ficha técnica Escala de Ideación Suicida de Beck. Disponible en [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20IDEACION%20SUICIDA/SSI\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20IDEACION%20SUICIDA/SSI_F.pdf)

## IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA

- Uncapher, H., Gallagher, D., Osgood, N. & Bongar, B. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *Gerontologist*, 38(1), 62-70. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.pml/9499654>
- Van Esch, L., Roukema, J., Van der Steeg, A. & De Vries, J. (2011). Trait anxiety predicts disease-specific health status in early-stage breast cancer patients. *Quality of life research*, 20, 865-873.doi: 10.1007/s11136-010-9830-2
- Van Laarhouen, H. (2012). Coping, quality of life, depression, hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting (tesis doctoral). Universidad Radboud, Nijmegen, Holanda.
- Wagner, B. (2009). *Suicidal behavior in children and adolescents*. New Haven, USA: Yale University press. Recuperado de <http://site.ebrary.com.pml/10348480&pp00=ideation+wagner+suicidal>
- Weishaar, M. & Beck, A. (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide En Maris R., Berman, A., Maltzberger, J. & Yufit R. *Assessment and prediction of suicide*. 467-483. Nueva York: Guilford Press.