

Apoyo social e ideación suicida en pacientes con cáncer

Jennifer Gracia Ruiz y Ana María Jaramillo Henao

Directora de Trabajo de Grado

Ximena Palacios Espinosa

Universidad del Rosario

2015

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

Jennifer Gracia Ruiz

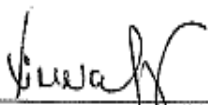
Ana María Jaramillo Henao

Titulado: Apoyo social e ideación suicida en pacientes oncológicos

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

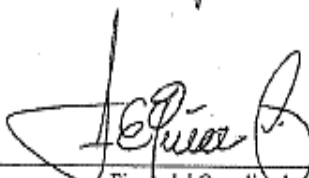
Esta acta se firma a los 9 días del mes de diciembre de 2015

Comité de trabajo de grado:



Firma del Director

9/12/2015
Fecha



Firma del Coordinador de T.G.

9/12/2015
Fecha

Tabla de contenidos

Resumen	8
Introducción.....	10
Justificación	12
Problema.....	16
Planteamiento del problema.....	16
Formulación del problema.	17
Apoyo Social e ideación suicida en pacientes oncológicos.....	17
Ideación suicida	17
Apoyo social	27
Apoyo social e ideación suicida.....	35
Objetivos.....	42
Objetivo general.....	42
Objetivos específicos.	42
Método	44
Tipo de estudio	44
Población de referencia y muestra.....	44
Criterios de inclusión.....	44
Criterios de exclusión.	44
Variables	45

Apoyo social percibido.....	45
Ideación suicida.....	46
Hipótesis	47
Instrumentos	48
Procedimiento	50
Fase 1. Consentimiento informado	50
Fase 2. Aplicación de instrumentos	50
Fase 3. Entrega de cartilla.....	51
Fase 4. Registro de datos	51
Consideraciones éticas.....	51
Resultados	53
Discusión.....	67
Referencias.....	81
Anexos.....	98

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Efectos secundarios experimentados por los pacientes como resultado del tratamiento oncológico.....	54
--	----

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Proporción de pacientes oncológicos con ideación suicida según las diferentes medidas utilizadas.....</i>	55
Tabla 2. <i>Sensibilidad y especificidad de las escalas propuestas para la medición de la ideación suicida</i>	56
Tabla 3. <i>Descripción del apoyo social según el Cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos</i>	56
Tabla 4. <i>Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según el sexo, la edad y el estado civil</i>	57
Tabla 5. <i>Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según la religión y la práctica religiosa.....</i>	58
Tabla 6. <i>Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según el tipo de cáncer y estadio.....</i>	59
Tabla 7. <i>Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según efectos secundarios y nivel de malestar percibido.....</i>	60
Tabla 8. <i>Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según intensidad del dolor en el último mes, semana y día de la aplicación.....</i>	61
Tabla 9. <i>Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según intensidad de la fatiga en el último mes, semana y día de la aplicación</i>	62
Tabla 10. <i>Relación entre el apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 y la ideación suicida en pacientes oncológicos</i>	63

Tabla 11. <i>Pacientes con ideación suicida según variables sociodemográficas, tipo de cáncer y estadio</i>	65
---	----

Tabla 12. <i>Pacientes con ideación suicida según variables somáticas</i>	66
---	----

Resumen

El diagnóstico de cáncer ha sido asociado con un alto riesgo de presentar ideación suicida en comparación con la población no oncológica, sin embargo se ha considerado al apoyo social como un factor protector para la ocurrencia de esta conducta. La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en 90 pacientes oncológicos adultos en Bogotá, bajo la hipótesis de que a mayor apoyo social percibido, menor presencia de ideación suicida. Se midió la variable de apoyo social a través del cuestionario Duke UNC y la ideación suicida a través de cuatro instrumentos: Escala de Ideación Suicida (SSI), Escala de Desesperanza de Beck (BHS), el ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) y una entrevista semiestructurada. Los resultados mostraron que no hay relación entre el apoyo social percibido y la ideación suicida, no obstante se encontró una relación significativa entre la presencia de dolor y el apoyo social afectivo, indicando que las demostraciones de cariño y afecto contribuyen a un mejor manejo del dolor. Por otro lado se identificó una prevalencia de suicidio entre 5,6% y 22,77%, confirmando que el paciente con cáncer considera el suicidio y es fundamental evaluar esta variable en esta población. Se considera importante continuar con la realización de investigaciones que permitan generalizar los resultados a la población oncológica colombiana.

Palabras clave: apoyo social, ideación suicida, paciente con cáncer, Duke UNC, Escala de Ideación Suicida (SSI), Escala de Desesperanza de Beck (BHS), Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA)

Abstract

A cancer diagnosis has been associated with a high risk of presenting suicidal ideation in comparison with the non-oncological population; nevertheless social support has been considered a protector factor for that behavior. The purpose of this study was to identify the relationship between perceived social support and suicidal ideation in 90 adult oncological patients under the hypothesis that high social support perception would be associated with low presence of suicidal ideation. The social support variable was measured through the DUKE UNC and suicidal ideation through 4 instruments: Suicidal Ideation Scale (SSI), Beck Hopelessness Scale (BHS), item 9 from Beck depression inventory (BDI-IA) and a semi-structured interview. Results showed that there is no relationship between perceived social support and suicidal ideation. However, it has been found a significative relationship between pain presence and affective social support, indicating that care and love demonstrations contribute to a better management of pain. On the other hand, it was identified a suicide prevalence between 5,6% y 22,77%, supporting that cancer patients so consider suicide and it is essential to evaluate this variable in that population. It is important to take into account the importance of continue doing investigations that allow generalizing the results to the Colombia oncological population.

Keywords: social support, suicidal ideation, cancer patient, DUKE-UNC 11 Functional Social Support Questionnaire, Scale of Suicidal Ideation (SSI), Beck's Hopelessness Scale (BHS), Beck's Depression Inventory (BDI-IA)

Introducción

El cáncer es una enfermedad con altos niveles de incidencia que van en aumento, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, afectando a una de cada tres personas y provocando la muerte a una de cada cuatro (World Health Organization [WHO], 2015a). Se ha observado que esta enfermedad no sólo genera deterioro físico significativo, sino que además afecta al individuo en su dimensión psicológica y social; generando un desajuste que se expresa en síntomas físicos (dolor, fatiga, alteración en los patrones de sueño y alimentación, entre otros), psicológicos (ansiedad, depresión, el inicio de duelos debido a pérdidas actuales o potenciales, entre otros) y espirituales (la necesidad de esperanza, de recibir amor, de perdonar, de tener una conexión valiosa con los familiares, amigos, compañeros, entre otros) (Campbell & Campbell, 2012).

El cáncer como suceso estresante en la vida del paciente puede estar ligado a la aparición de cuadros depresivos, que desencadenan deterioros progresivos de salud. Dichos cuadros se caracterizan por ir acompañados de pesimismo sobre la enfermedad, el futuro y el entorno, con incapacidad para encontrar soluciones efectivas, sentimientos de frustración y rechazo, además de altos niveles de desesperanza, que son factores de riesgo para la posible presencia de ideación suicida y conducta suicida (De la Torre, 2013).

La ideación e intención suicidas en pacientes oncológicos puede ser el resultado de diferentes factores que elevan los niveles de estrés y depresión, de los cuales es difícil hablar con los pacientes, sin embargo es necesario no sólo reconocer en ellos si existe ideación suicida, sino a su vez identificar los posibles factores protectores disponibles. Particularmente se considerará la percepción del apoyo social recibido del paciente por parte de sus familiares y de los profesionales de la salud como un factor protector importante a lo largo del curso de la enfermedad (De la Torre, 2013).

El apoyo social hace referencia a una interacción en la que se proporciona a otras personas asistencia y apoyo tanto emocional (caracterizado por el ofrecimiento de sentimientos de amor y empatía) como instrumental (por medio del cual se facilitan diferentes bienes y servicios) (Vollmann, Renner, & Weber, 2007). De esta forma se considera que si el apoyo social percibido y recibido por los pacientes con cáncer es efectivo y valioso, su sensación de bienestar va a ser mayor y se verán reducidos los niveles de estrés y ansiedad que pueden ser generados desde el momento del diagnóstico de cáncer. Sin embargo, cuando la red de apoyo social es inadecuada o no logra cubrir las necesidades del paciente, puede resultar en el desarrollo de deterioro tanto físico como psicológico, acompañado de sentimientos de impotencia, soledad, desesperanza, pérdida del interés por la vida y finalmente ideación suicida (Imran, Ahmad, & Yasmin, 2009).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el propósito principal del presente estudio es conocer si existe una relación entre apoyo social y la presencia o no de ideación suicida en pacientes adultos con cáncer, se espera encontrar una relación inversamente proporcional entre las variables, donde a mayor percepción de apoyo social percibido menor sea la presencia de ideación suicida. Para esto, se aplicó el cuestionario Duke UNC de apoyo social (versión en español) y una entrevista que evalúa el apoyo social percibido y la red de apoyo, a 90 pacientes diagnosticados con cáncer que hicieron parte del estudio.

Actualmente la percepción y el trato hacia los pacientes oncológicos se ha ido transformando, de manera que los pacientes se han visto beneficiados en la medida en que reciben tratos y cuidados más humanitarios, sin embargo sigue existiendo una carencia importante en investigación en el ámbito psicológico en relación a los pacientes con cáncer y a los efectos psicológicos que se pueden desencadenar a partir de su diagnóstico. Por otro lado, las investigaciones sobre el suicidio son pocas y en pacientes oncológicos son escasas con respecto a otros temas de la Psicooncología, lo cual

puede convertirse en una limitación para el presente estudio y la exposición de antecedentes teóricos y empíricos relacionados con este tema. De igual manera es importante tener en cuenta que el número de pacientes entrevistados es reducido, razón por la cual existirán limitaciones a la hora de crear patrones o hacer generalizaciones con respecto al tema del apoyo social y la ideación suicida en pacientes oncológicos, sin embargo permite hacer una aproximación al problema.

Justificación

Es ampliamente reconocido que el diagnóstico de cáncer tiene un impacto negativo en la vida del paciente, generando tanto en él como en su familia altos niveles de distrés (Cavers et al., 2013; Han et al., 2013; Wang et al., 2014) con repercusiones tanto en su salud física como psicológica y en su calidad de vida (Luszczynska, Pawlowska, Cieslak, Knoll & Scholz, 2013). A la vez se ha observado que además del diagnóstico, los efectos del tratamiento, el curso de la enfermedad y sus consecuencias favorecen la aparición de trastornos del estado de ánimo, particularmente de depresión ligada a sentimientos de desesperanza (Imran et al., 2009) que podrían favorecer la presencia de ideación suicida (Leung et al., 2013). También otros factores han sido asociados con la ideación suicida en el paciente con cáncer; como es la falta de apoyo social (Inger, Ringdal, Jordhoy & Kaasa, 2007).

La literatura muestra que el apoyo social proporcionado por parte de familiares, amigos y profesionales de la salud se considera un factor promotor de calidad de vida (Luszczynska et al., 2013), además de un factor protector en tanto favorece la disminución de los niveles de distrés y de ansiedad que maneja el paciente durante el curso de la enfermedad (Gustavsson, Julkunen & Hietanen, 2007). Si en efecto se comprueba la relación entre estas variables, esto se constituirá en antecedente para privilegiar la evaluación no sólo del apoyo social que reciben los pacientes con cáncer sino de la presencia de ideación suicida.

En general la literatura demuestra que la ideación suicida es una variable que rara vez se incluye en la evaluación del paciente con cáncer colombiano. De acuerdo con el estudio de Leal, Sandoval, Palacios y Tovar (2014) en el que se propusieron diversas escalas para medir la ideación suicida en un grupo de pacientes oncológicos colombianos, la prevalencia de esta varió entre 17.3% y 24.5%. Esto indica que no solo no es una condición inexistente en estos pacientes sino que su presencia no es despreciable y requiere ser evaluada e intervenida. Así que si se comprueban las hipótesis de este estudio, el apoyo social tal y como lo plantean Krikorian, Limonero y Maté (2012) será una variable protectora contra el distrés y el sufrimiento, los cuales a su vez pueden favorecer la aparición o empeoramiento de depresión y aislamiento, los cuales constituyen factores de riesgo para la ideación suicida.

En Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología (2012) en el periodo del 2000 al 2006 la incidencia de cáncer fue de 70887 casos por año y como se resaltaba anteriormente según Leal et al. (2014) la existencia de ideación suicida en pacientes con cáncer varía entre 17.3% y 24.5%, porcentajes que doblan los de la población no oncológica. Lo anterior muestra una alta incidencia de la enfermedad, además de pacientes que por las condiciones de la misma, desarrollan altos niveles de distrés y ansiedad cuyo manejo requiere de apoyo profesional y de aquel proporcionado por su red social. En consecuencia, actualmente se reconoce la relevancia de las intervenciones en torno al apoyo social y de las investigaciones acerca de cómo este afecta la calidad de vida de los pacientes (de Groot, 2002; Han, et al., 2013; Imran et al., 2009; Lin, Wu & Lee, 2009). Particularmente dentro del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (2012 – 2021) se plantea como una de las metas fomentar la investigación para: (1) aumentar la información acerca de la supervivencia en los principales tipos de cáncer; (2) mejorar la calidad de vida de los pacientes; (3) organizar la calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y

para sobrevivientes del cáncer; (4) contar con servicios de apoyo social y consejería, tanto para los pacientes como para los cuidadores. En este mismo Plan, se reglamenta la implementación de estos servicios en concordancia con la Ley 1384 de 2010 que establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y con la Ley 1388 de 2010 que vela por el derecho a la vida de los niños con cáncer en este país (Ministerio de Salud y Protección Social & el Instituto Nacional de Cancerología, 2012).

Con base en lo anterior, se considera pertinente resaltar la importancia de realizar este tipo de estudios en la población colombiana, debido a que la mayor parte de los antecedentes son de origen europeo o norteamericano. Los antecedentes empíricos tanto sobre el suicidio en pacientes con cáncer como sobre la relación entre este y el apoyo social en Colombia son escasos. Así que el desconocimiento de esta posible asociación y del comportamiento de estas dos variables (suicidio y apoyo social) en el paciente con cáncer en Colombia puede mantener deficiencias durante el proceso de evaluación e intervención psicológica de esta población.

El presente trabajo de grado se enmarca en el proyecto titulado: “Prevalencia de conductas suicidas (ideación e intención) y factores biopsicosociales asociados con la conducta suicida en pacientes adultos con cáncer”, cuya investigadora principal es la profesora Ximena Palacios Espinosa. En consecuencia, los autores de este trabajo participaron en calidad de auxiliares de investigación, realizando un análisis estadístico secundario de la información específicamente relacionada con el apoyo social que es una de las variables que se midieron en el estudio original y una recolección de datos adicional de 23 pacientes para alcanzar una muestra de 90 pacientes.

Con el presente trabajo se buscó establecer la relación existente entre la percepción que tienen los pacientes oncológicos acerca del apoyo social que reciben durante su proceso de enfermedad y la presencia o no de ideación suicida. Se esperaba encontrar una relación inversamente proporcional

entre las variables, donde a mayor percepción de apoyo social percibido menor presencia de ideación suicida.

Además, se buscó ampliar la información y conocimientos ya existentes en torno a los factores que intervienen en el proceso de enfermedad de los pacientes oncológicos en Colombia, particularmente acerca de la posible relación entre la percepción del apoyo social recibido y la presencia o no de la ideación suicida en esta población, teniendo en cuenta que la mayoría de las investigaciones al ser foráneas, no representan las características y singularidades de la cultura colombiana. Como resultado de esta investigación se planteó enmarcar al apoyo social como un factor que genera beneficio al paciente y reconocer la necesidad de evaluar sus redes de apoyo como una herramienta para los profesionales de la salud, reconociendo que las redes de apoyo eficientes son indicadores de una mejor calidad de vida para el paciente a lo largo del proceso de la enfermedad (Leung, Pachana & McLaughlin, 2014) y que las redes de apoyo deficientes contribuyen a la presencia o empeoramiento de ideación suicida (De Groot, 2002).

Estuvo claro desde el inicio de este proceso investigativo que no se pretendería generalizar los resultados de este estudio. No obstante, la muestra estuvo constituida por personas con cáncer en tratamiento y cuyas características sociodemográficas sí representan a un grupo numeroso de colombianos con y sin cáncer. Por lo tanto, los resultados sí proporcionan datos valiosos acerca del comportamiento de esta población y permiten formular nuevas hipótesis de investigación, permitiendo ampliar el conocimiento existente con respecto a la presencia de dichas variables, su relevancia y la fuerza de su relación en los pacientes con cáncer colombianos.

Así mismo esta investigación ha constituido en un antecedente para poder elaborar instrumentos que evalúen la ideación suicida y el apoyo social de manera válida y confiable en el paciente con cáncer colombiano, invitando a ampliar las investigaciones acerca del conocimiento sobre los

factores que median la adaptación y el afrontamiento del paciente hacia esta enfermedad, promoviendo la evaluación de dichos factores en el manejo interdisciplinario del mismo. También se busca incentivar la realización de investigaciones en esta población, que permitan generalizar los resultados por medio de una muestra poblacional más amplia y que tenga en cuenta las variaciones entre la población urbana y rural.

Problema

Planteamiento del problema. Actualmente el cáncer se presenta como una problemática de alta incidencia a nivel mundial, afectando a una de cada tres personas (WHO, 2015a). El cáncer es una enfermedad crónica que se presenta como un evento que causa altos niveles de estrés en la persona que lo desarrolla, los cuales han sido relacionados con cuadros depresivos, que van constantemente acompañados de pesimismo sobre la enfermedad, el futuro y el entorno, incapacidad para encontrar soluciones efectivas, sentimientos de frustración y rechazo, y con altos niveles de desesperanza, factores que se consideran de alto riesgo para la posible aparición de ideación y conductas suicidas (De la Torre, 2013). El apoyo social puede actuar de manera positiva como amortiguador de dichas emociones negativas, o por el contrario puede influir negativamente sobre la salud tanto física como psicológica del paciente y de cierta manera aumentar la intensidad y acelerar la aparición de sentimientos de impotencia, soledad, desesperanza, pérdida del interés por la vida y finalmente ideación suicida (Imran et al., 2009). Según la investigación de Leal et al. (2014) los porcentajes de incidencia de ideación suicida en pacientes oncológicos en Colombia varían entre 17.3% y 24.5%, doblando así los porcentajes de la población sana.

Conociendo entonces la magnitud de la incidencia de ideación suicida en pacientes oncológicos y que la calidad del apoyo social puede ser un factor que está asociado a la aparición o no de dichos pensamientos suicidas, se planteó el problema de investigación descrito a continuación.

Formulación del problema.¿Qué relación existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en 90pacientes oncológicos adultos?

Apoyo Social e ideación suicida en pacientes oncológicos

Ideación suicida.

El suicidio como concepto.La palabra suicidio etimológicamente proviene del latín, *sui* que significa “uno mismo”, y *cidium*, que se traduce como “matar”, es decir, se define como un acto que conlleva a la autodestrucción intencional de la propia persona (De Bedout, 2008).

Según la definición de la WHO (2015b)el suicidio es un acto impulsivo que se lleva a cabo en momentos de crisis, cuando se cuenta con poca capacidad para enfrentar satisfactoriamente los eventos estresantes de la vida como problemas financieros, dolor crónico o enfermedades, o bien cuando se experimentan situaciones de discriminación, exclusión, abuso o violencia.

Algunos autores resaltan del acto suicida principalmente su carácter voluntario, como una acción deliberada realizada desde el deseo de la persona de morir (Aranguren, 2009). Otros autores como Van Heringer (2003)identifican al acto suicidacomoun proceso que inicia con la aparición de los pensamientos sobre cómo quitarse la vida (ideación suicida), pasa por la realización de los primeros intentos suicidas sin resultado de muerte (intención suicida), con un incremento gradual de la letalidad de las conductas suicidas, hasta lograr consumir el suicidio. De igual forma Palacios, Barrera, Ordóñez y Peña (2007) consideran dentro de las categorías de las conductas suicidas a la ideación suicida, es decir las ideas entorno a que no vale la pena vivir y la definición de los planes para llegar a morir;al intento suicida o parasuicidio, que se refiere a las conductas que se realizan con

el fin de llegar a morir, sin embargo no se alcanza el objetivo y finalmente al suicidio que se considera el acto voluntario directo o indirecto que tiene como resultado la muerte. Particularmente la ideación suicida se entiende como aquellas ideas, motivaciones, sentimientos y pensamientos intrusivos y repetitivos en gran parte relacionados con altos niveles de sufrimiento ya sea emocional y/o físico, acerca de la muerte autoinfligida, contemplando las formas deseadas de morir, considerándose éste el primer paso para el intento y el suicidio consumado (De Bedout, 2008; Recklitis, Lockwood, Tothwell & Diller, 2006).

Modelos teóricos del suicidio. Por medio de la revisión de la literatura se han identificado dos grandes grupos de teorías en torno a la etiología de las conductas suicidas previamente descritas, dentro de las cuales se encuentran las teorías biológicas que enmarcan las aproximaciones genéticas y neurobiológicas y las teorías sociológicas y psicológicas.

Dentro de las teorías biológicas, se ha identificado que existe cierto componente genético en las conductas suicidas donde su contribución es de 30% a 50% en la presencia de dichas conductas. Particularmente se ha encontrado que la historia familiar de suicidio aumenta dos veces el riesgo de este y sumado a la historia familiar de problemas psiquiátricos se considera un predictor para posteriores conductas suicidas (Joiner, Brown & Wingate, 2005; Rodríguez, González, Gracia & Montes, 1990). Dentro de los genes involucrados se observa principalmente el papel de los genes moduladores de la serotonina implicados en la impulsividad y el control de impulsos (Gutiérrez-García & Contreras, 2008; Rodríguez, et al., 1990; Guija, Giner, Marín, Blanco & Parejo-Merino, 2012). Al respecto, Joiner et al. (2005) indican que se ha descubierto una alteración en los genes que transportan serotonina, específicamente en el gen 5-HTT encargado de mantener el control sobre la disponibilidad de este neurotransmisor en el espacio sináptico. Así mismo, se han asociado con la conducta suicida el gen TPH (triptófanhidroxilasa), encargado de producir la enzima que limita la

síntesis de serotonina; el gen 5-HT_{2A}, receptor de serotonina y el gen COMT (catecol-O-metiltransferasa), encargado de producir la enzima que degrada las catecolaminas (dopamina, epinefrina y noradrenalina) y está relacionado específicamente con la conducta suicida agresiva (Joiner et al., 2005; Cisneros, 2005; Paredes et al., 2008).

Así mismo se ha encontrado que el eje hipotálamico-hipofisario- adrenal (HHA) está relacionado con la conducta suicida. Se identifica que cuando hay hiperactividad en el eje, se produce un aumento en la hormona adrenocorticotrópica y una reducción en los receptores de esta hormona en la corteza prefrontal, lo cual altera la supresión del cortisol en el organismo, aumentando significativamente los niveles de estrés, lo que repercute en la percepción de control y manejo que siente la persona sobre los problemas de la vida diaria (Joiner et al., 2005; Gutiérrez-García & Contreras, 2008; Guija, et al., 2012; Díaz & González, 2012).

En cuanto a las teorías sociológicas se destaca la teoría de Durkheim, en la cual se define al suicidio como todos los actos tanto positivos como negativos ejecutados por el individuo, encaminados a producir un efecto letal sobre el mismo. Dichos actos son una consecuencia de la desconexión de la sociedad con el individuo que al no estar correctamente integrado a la sociedad, carece de pautas que regulen su comportamiento y concibe como una opción el acabar con su vida (De Bedout, 2008; Palacio, 2010). A partir de esta definición Durkheim creó una clasificación de los diferentes tipos de suicidio desde su relación con su grupo social, identificando así: el suicidio egoísta, el suicidio altruista, el suicidio anónimo y el suicidio fatalista (Aranguren, 2009). En el primero, se identifica que los individuos no están fuertemente integrados en su grupo social, mientras que en el segundo el individuo está fuertemente integrado a la sociedad, al punto en el que carece de individualidad y está dispuesto a sacrificar su vida por su sentido de servicio a los demás. En cuanto al tercer tipo, el suicidio anónimo, se da cuando la sociedad no regula a los individuos adecuadamente

por lo cual presentan una alteración o distorsión de su integración al grupo, particularmente se da cuando existe un cambio social rápido o abrupto que lleva a la incertidumbre. Finalmente, el cuarto tipo de suicidio, el fatalista, se da cuando la sociedad restringe mucho al individuo con un exceso de reglamentación y opresión (Minetti, 2011).

Desde la perspectiva psicoanalítica, se postula a la depresión como un factor de riesgo para la conducta suicida, dicha condición se da debido a la pérdida real o imaginaria de la persona u objeto amado, lo cual lleva a comportamientos de agresividad, rabia y culpa (Aranguren, 2009). Particularmente, Freud definió al individuo suicida como aquel en el que existe un conflicto entre la pulsión de vida (Eros) y la de muerte (Thanatos), donde finalmente la pulsión de vida es vencida, por una renuncia del yo, debido a que en la persona suicida el superyó utiliza la pulsión de muerte para ensañarse en el yo, llenándolo de sentimientos de autorreproche, autodesvalorización y autodestrucción, causando una herida narcisista en el sujeto, lo que lo empuja a la acción suicida (De Bedout, 2008; Quintanilla et al., 2004; Vargas, 2010).

Por otro lado se destaca la teoría interpersonal desarrollada por Joiner, Van Orden, Witte y Rudd (2009) donde se plantea que una persona llega a suicidarse si cuenta tanto con el deseo de morir como con la capacidad para llevar a cabo el acto suicida. El deseo de morir se da con base a dos condiciones: (a) el individuo siente frustración al considerar que por alguna razón no pertenece a ningún lugar, llevándolo a aislarse y sentirse solo, lo que acompañado de la falta de relaciones recíprocas de afecto y atención, se identifica como uno de los principales predictores para la presencia de conductas suicidas; y cuando (b) la persona se considera para otros como una carga, como en situaciones donde existen conflictos familiares, desempleo y enfermedad física; particularmente se desarrollan creencias en el individuo acerca de tener muchos defectos y condiciones que lo llevan a ser una carga, lo que lo lleva a pensar negativamente acerca de sí mismo. Para Van Orden et al. (2010)

las dos condiciones, previamente descritas, llevan a que se desarrolle la ideación suicida, que al ser persistente y estable en compañía de sentimientos de desesperanza lleva a un deseo activo de morir; dicho deseo a medida que se hace más fuerte hace que disminuya gradualmente el miedo a la muerte, produciendo la aparición de los primeros intentos suicidas que pueden estar acompañados o precedidos de conductas de autolesión que progresan en conductas suicidas más serias cuyo resultado puede ser finalmente letal.

De esta forma se reconocen las condiciones expuestas previamente por la teoría interpersonal como factores que conllevan a la aparición de la ideación y conducta suicida, sin embargo las razones para que se desarrollen dichos factores no se discuten. No obstante teorías como la teoría del cambio de estatus discutida por Durkheim (citado por Rodríguez, et al., 1990) coincide en que la presencia de un cambio repentino en la posición social o estatus del individuo a largo plazo produce en éste frustración y una disminución progresiva en los lazos sociales, lo cual genera un estado de crisis que puede llevar al desarrollo de la ideación suicida.

Dentro de los factores que intervienen en la presencia de conductas suicidas se ha discutido el papel de la desesperanza, que se reconoce como un factor relevante tanto en la aparición como el mantenimiento de la ideación suicida en personas con depresión (De Bedout, 2008; Kim et al., 2013; Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006). Así, de acuerdo con la teoría interpersonal del suicidio la desesperanza se relaciona con el sentimiento de sentirse una carga para otros y con fallar al pertenecer a algún lugar (De Bedout, 2008).

Otro factor de riesgo para el suicidio es el aislamiento social (Gutiérrez-García et al., 2006; Díaz-Atienza, Prados & Ruiz-Veguilla, 2004; Calvo, Sánchez & Tejada, 2003), que de acuerdo con lo propuesto por Durkheim influye en esta conducta al ser una respuesta a las fallas en la integración social del individuo por parte de la sociedad, cuando esta necesidad de pertenecer se ve frustrada,

genera efectos negativos en la vida y en el ajuste del individuo (De Bedout, 2008). Así mismo la sensación de ineficacia o inutilidad como un factor que es común en casos de desempleo, bajos ingresos, enfermedades crónicas y poca educación, lo cual genera en el individuo un gran dolor y dificultad para pedir ayuda para poder lidiar con los problemas que se le presentan (Joiner et al., 2005).

Dentro de los factores de riesgo para el suicidio en la población general se identifican los intentos previos de suicidio, antecedentes de enfermedades mentales o condiciones psicopatológicas, tener enfermedades crónicas, presencia de dolor físico, problemas económicos, trastornos de personalidad, problemas de adicción, aislamiento social, entre otros (Van Orden et al., 2010; Anguiano, Mayer, Piven & Rosenstein, 2012).

En cuanto a las condiciones psicopatológicas se encontró que depresión, abuso físico infantil, fobia social, trastornos de ansiedad, dependencia al alcohol y a sustancias psicoactivas son predictores de conductas suicidas (Castro-Rueda, Martínez-Villalba, Camacho & Rueda-Jaimes, 2010; Pérez-Olmos, Ibáñez-Pinilla, Reyes-Figueroa, Atuesta-Fajardo & Suárez-Díaz, 2008). Se considera que alrededor del 90% de los suicidios han estado ligados a enfermedades psiquiátricas; particularmente las condiciones con mayor riesgo de suicidio son los trastornos del estado de ánimo, el trastorno de personalidad limítrofe, el trastorno de personalidad antisocial, la dependencia al alcohol y/o sustancias psicoactivas, los trastornos de ansiedad, la anorexia nerviosa y la esquizofrenia (Joiner et al., 2005).

En el caso de Colombia, el suicidio es considerado un tema tabú, ya que al ser una sociedad principalmente católica, se prefiere evitar tratar estos temas, debido al pudor, la vergüenza y el estigma que generan (De Bedout, 2008). No obstante a pesar de ser un tema del que falta investigación y discusión en Colombia, según el Instituto Colombiano de Medicina Legal durante el año 2013 la mortalidad causada por suicidio fue de 3,84 por cada 100.000 habitantes, con 1.810 casos

registrados, siendo esta una problemática que es prevenible (Instituto Nacional de Medicina Legal [INML], 2014). Se considera que dentro de los principales factores de riesgo en Colombia se encuentran el desempleo, los problemas económicos, los problemas afectivos posteriores a separaciones y/o divorcios y las enfermedades crónicas (De Bedout, 2008).

Suicidio y enfermedad crónica. Se identifica entonces que la presencia de enfermedades físicas se puede considerar como un acontecimiento que genera un cambio en el estatus del individuo en las diferentes áreas de su vida, lo cual repercute en sus relaciones personales y la forma en la que se percibe en su entorno, llevando a que se puedan desarrollar pensamientos negativos acerca de sí mismo, su capacidad de hacer cosas y su relevancia para otros, lo que puede generar desesperanza y depresión en el individuo haciéndolo susceptible a la aparición de la ideación suicida (Ohnsorge, Gudat & Rehmann-Sutter, 2014). La interacción entre el dolor físico y el estrés psicológico en pacientes que padezcan enfermedades físicas como el cáncer ha venido siendo estudiada y se considera que altos niveles de dolor están significativamente relacionados con depresión, ansiedad e igual manera con constantes deseos de morir y acabar con la vida (O'Mahony et al., 2005; Leung et al., 2013).

Suicidio y cáncer. De acuerdo a lo expuesto anteriormente existen diversos factores de riesgo para el suicidio en la población general, sin embargo Robson, Scrutto, Wilkinson y MacLeod (2010) plantean que el padecimiento de una enfermedad física debilitante y de carácter crónico como el cáncer, se presenta como un factor de alto riesgo para el suicidio y la ideación suicida. Particularmente se reconoce que las personas con cáncer tienen el doble de riesgo de suicidio en comparación con la población general (Yamauchi et al., 2014; Anguiano, et al., 2012; Mohammadi et al., 2014; Dormer, McCaul & Kristjanson, 2008).

Los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónica suelen presentar síntomas depresivos, que pueden influir en la aparición de la ideación suicida o incluso de los mismos intentos suicidas (Fairweather, Anstey, Rodgers&Butterworth, 2006). Según Palacios, Rueda y Valderrama (2006), existen algunas enfermedades físicas que se han relacionado con el riesgo de suicidio como: la insuficiencia renal crónica con diálisis, las neoplasias malignas de cabeza y cuello, el VIH/SIDA, el lupus, las enfermedades de la espina dorsal, el trasplante de riñón y la esclerosis múltiple.

Existen diversos factores de riesgo para la ideación suicida entre la población de enfermos crónicos, los cuales pueden ser psicológicos como ansiedad, depresión, desesperanza (Die Trill, 2012); físicos entre los cuales podrían estar el dolor intenso o ineficacia en su tratamiento, incapacidades físicas, pérdida de la autonomía (Robson et al., 2010); o sociales como aislamiento, insuficiente apoyo familiar, de amigos o equipo médico (Lin et al., 2009), o estigmatización y discriminación por ejemplo en el caso del VIH/SIDA (Palacios et al., 2006). Según O'Mahony et al. (2005) la depresión es un trastorno común en la población oncológica y entre más altos sean los niveles de depresión mayores son los deseos que tienen las personas de morir. En adición se plantea que el dolor severo y la interferencia que este tiene en el funcionamiento físico, la ausencia de apoyo social percibido y la disminución en el funcionamiento físico y mental son grandes predictores de la aparición de ideación suicida en pacientes con cáncer (O'Mahony et al., 2005).

Los pacientes con cáncer, particularmente presentan altas tasas de ideación suicida en comparación con la población general y según estudios hasta el 20% de los pacientes oncológicos tienen este tipo de pensamientos (Vargas, 2010). Según Mystakidou, Parpa, Katsouda, Galanos y Vlahos (2006) el deseo de morir se encuentra presente entre el 8% y el 22% de pacientes con cáncer que están recibiendo cuidados paliativos. Palacios y Ocampo (2011) plantean que la prevalencia de suicidios en pacientes con cáncer es incluso dos veces mayor que la de la población general.

La ideación suicida en pacientes oncológicos se ha relacionado con altos niveles de sufrimiento psicológico, que se puede producir por la posible pérdida del sentido de la vida, al verse confrontados con el concepto de muerte y la idea de morir (Mystakidou et al., 2006; Walker et al., 2008). Estos pensamientos o deseos de morir según plantean Ohnsorge et al. (2014) son dinámicos e interactivos, es decir, pueden variar constantemente entre deseos de morir y deseos de vivir, sin embargo a medida que la enfermedad avanza, los deseos de morir se hacen más fijos. Otros factores que parecen ser de riesgo para el suicidio en la población con cáncer son: la etapa en la que se encuentre la enfermedad, principalmente en etapas tempranas posteriores al diagnóstico y también en sobrevivientes del cáncer, problemas de adaptación, las constantes hospitalizaciones, la presencia de discapacidad física, psicológica y social, los efectos secundarios de la quimioterapia u otros tratamientos y problemas en la adaptación a su vida diaria (Vargas-Mendoza, 2010; Anguiano et al., 2012; Lin et al., 2009; Balci, Kaya, Ahmet & Kaya, 2014).

Según investigaciones de Akechi et al. (2010) el género también puede ser un factor de riesgo, ya que la ideación suicida en hombres está más relacionada con factores físicos (como el funcionamiento físico general o etapa del cáncer), mientras que para las mujeres son más importantes los factores psicosociales (como el apoyo social percibido y el soporte emocional). Es importante tener en cuenta que según retoma Vargas-Mendoza (2010) los hombres con cáncer tienen cinco veces más probabilidades de tener ideaciones suicidas que las mujeres de la misma población.

Otro factor de riesgo para la ideación suicida en pacientes con cáncer es la edad, ya que como exponen Hann et al. (2002) los pacientes más jóvenes suelen presentar mayor cantidad de síntomas depresivos que aquellos en edades avanzadas. Lo anterior es de vital importancia ya que como se dijo anteriormente la depresión y los factores de riesgo para que esta se dé como son el aislamiento social, la carencia de apoyo social, el deterioro físico, la pérdida de la autonomía, las muertes de otros

pacientes y la desesperanza pueden llevar a los pacientes a tener pensamientos suicidas o a recurrir al suicidio (Die Trill, 2012).

También se considera que el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico es un factor de riesgo en tanto según un estudio de Yamauchi et al. (2014) el riesgo de suicidio es veinte veces mayor justo después del diagnóstico y durante el primer año de enfermedad, mientras que después del año de haber recibido el diagnóstico el riesgo de suicidio disminuye considerablemente.

Lin et al. (2009) plantean con respecto al factor de riesgo del tiempo transcurrido desde el diagnóstico que según su estudio el 88% de los suicidios en pacientes con cáncer se daba justo después del alta médica, ya que sienten que el apoyo del equipo de salud disminuye, deben reintegrarse a su vida cotidiana y esto les genera altos niveles de stress. Sin embargo consideran como un factor de riesgo aún más sobresaliente el desempleo, ya que según su investigación el 92% de los pacientes que cometieron suicidio después de haber obtenido el alta médica estaban desempleados. Estar desempleado sugiere disminución de la autoestima, sensación de impotencia e ineficacia ante la sociedad, disminución en la calidad de vida ya que se ven reducidas las relaciones sociales y las personas sienten que no tienen control y normalidad en su vida cotidiana, lo cual les genera altos niveles de ansiedad y depresión (Lin et al., 2009).

Como se ha expuesto anteriormente, la ideación suicida en pacientes con cáncer permite reconocer el sufrimiento físico y psicológico que padece una gran parte de la población, sin embargo y como lo exponen Leal et al. (2014), los pacientes en el caso de Colombia reciben poco o ningún asesoramiento con respecto a la presencia de ideación suicida, al ser un tema enmarcado negativamente por las concepciones culturales y religiosas del país. Sin embargo se observa la necesidad de conocer la prevalencia de la ideación suicida en dichos pacientes y los posibles

factores de riesgo que se presentan con el fin de poder plantear programas adecuados para su manejo (Kim et al., 2013).

Apoyo social

El apoyo social como concepto. El concepto de apoyo social ha sido definido de múltiples formas, particularmente una noción compartida por varios autores, ha sido expuesta por Tan y Karabulutlu (2005) en la que el apoyo social es definido como la acción de suministrar asistencia, cuidado y protección a personas que lo necesitan, más que todo en momentos de crisis o situaciones estresantes. Para Balci et al. (2014) el apoyo social se define como la asistencia física y psicológica dada por la familia, amigos, vecinos y personal médico a una persona que pasa por un momento de dificultad.

En la literatura se distinguen dos componentes del apoyo social, (1) los aspectos estructurales, es decir, la red social que hace referencia al número de recursos con los que cuenta la persona, siendo su medida el tamaño y solidez de la red y (2) los aspectos funcionales, que hacen referencia a las cualidades del apoyo social, donde se distinguen el apoyo emocional, el apoyo informativo y el instrumental (Luszczynska et al., 2013; Schroevers, Helgeson, Sanderman & Ranchor, 2010).

Al hablar del apoyo emocional, se habla del rol de la comunicación tanto verbal como no verbal, la empatía y comprensión en torno a muestras de cuidado y preocupación hacia el paciente y sus emociones. Por otro lado el apoyo informativo, se define como la capacidad de suministrar información para dar consejo, aumentando la percepción de control en la toma de decisiones y finalmente el apoyo instrumental, se refiere a la capacidad de asistir a la persona en diversas tareas que tienen una alta dificultad (Inger et al., 2007).

Así mismo el cuestionario DUKE-UNC 11 Functional Social Support Questionnaire, que evalúa el apoyo social percibido por la persona, distingue dos dimensiones del apoyo social, el apoyo

social afectivo y el apoyo social de confianza. El apoyo social afectivo va dirigido principalmente a demostraciones de amor, cariño y empatía, mientras que el apoyo social de confianza hace referencia a la posibilidad de comunicación de sentimientos íntimos que tienen los pacientes para expresar sus angustias y preocupaciones (Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito & Lalucat-Jo, 2013; Remor, 2002).

Modelos teóricos del apoyo social. Después de hacer una revisión de la literatura se han podido identificar diversos modelos explicativos sobre los beneficios o consecuencias negativas que pueden existir cuando el apoyo social percibido por la persona es óptimo o por el contrario insuficiente. Estos modelos intentan explicar de qué manera la calidad del apoyo social percibido y recibido afecta la forma en la que las personas afrontan situaciones estresantes de vida (Molina, Fernández, Llopis & McCarty, 2008), como lo es por ejemplo una enfermedad crónica como el cáncer.

Una primera perspectiva intenta explicar el funcionamiento del apoyo social desde su relación con el estrés. Esta perspectiva plantea dos modelos: el modelo de amortiguación y el modelo de efectos principales (Main Effect Theory) (Cohen, 2004). El primer modelo define al apoyo social como una fuente amortiguadora contra las consecuencias negativas del estrés (Alonso, Menéndez & González, 2013), de esta manera plantea que las personas que perciben bajos niveles de apoyo social, presentan menores capacidades de afrontamiento y mayores efectos negativos en su salud, considerándose el surgimiento de deterioro tanto físico como psicológico acompañado de sentimientos de impotencia, soledad, desesperanza, pérdida del interés por la vida e incluso ideación suicida (Imran et al., 2009). Así mismo Molina et al. (2008) sugieren que cuando el efecto del apoyo social es amortiguador se modifican y facilitan los recursos, permitiendo a la persona revalorar el evento estresante y adaptarse adecuadamente. Por otra parte se plantea que la percepción de un apoyo

social óptimo puede reducir y proteger de los efectos anteriormente nombrados tanto en el ámbito psicosocial como físico, por medio de la generación de sentimientos de bienestar y satisfacción (Vollmann et al.,2007). El segundo modelo, de efectos principales, define al apoyo social como un recurso útil que tiene efectos positivos y beneficia significativamente a la persona, incluso cuando esta no se encuentra en situaciones potencialmente estresantes (Barra, 2004). Este efecto benéfico y positivo se generará por medio de la adopción de hábitos saludables y por el simple hecho de pertenecer y participar de un grupo o una red social que proporciona principalmente seguridad y estabilidad a la persona (Molina et al.,2008).

Otra perspectiva discutida por Cohen (2004) se interesa principalmente en conocer el efecto que tiene el apoyo social sobre la salud y han propuesto dos teorías explicativas: la del efecto directo y la del efecto tapón o amortiguador. La primera teoría plantea que el apoyo social favorece el funcionamiento general de la persona, independientemente del nivel de estrés que ésta manifieste. Esta teoría plantea dos mecanismos principales por medio de los cuales el apoyo social actúa positivamente en el funcionamiento del individuo: el primer mecanismo está relacionado con los efectos que tiene el apoyo social sobre algunos procesos psicofisiológicos del individuo por medio de los cuales se producen mejoras en la salud o impedimentos para el desarrollo de enfermedades; el segundo mecanismo se relaciona con la adopción de hábitos saludables de vida y los cambios de conducta necesarios para lograrlo (Alonso et al.,2013). La segunda teoría plantea que el apoyo social ejerce un efecto amortiguador que permite al enfermo crónico adaptarse y responder satisfactoriamente a los efectos adversos de la enfermedad (Inger et al., 2007).

Desde otra perspectiva se considera a la familia como la red de apoyo principal ante situaciones estresantes. Esta teoría originalmente propuesta por Reuben Hill y posteriormente retomada y reformulada por McCubbin y Patterson (citado por Inger et al., 2007) plantea que la familia parece

tener influencia significativa en el manejo que se le da a la enfermedad crónica, ya que condiciona creencias, actitudes y comportamientos que se tienen o generan frente a la enfermedad, brinda la mayor parte de los cuidados en los procesos de enfermedad, ayuda a neutralizar el estrés y si el funcionamiento es disfuncional puede influir en el mantenimiento o empeoramiento de los síntomas. La teoría del efecto directo anteriormente nombrada se relaciona entonces con la importancia del apoyo social familiar y se puede explicar por medio de dos mecanismos. El primer mecanismo se explica a través de una vía psicofisiológica por medio de la cual la ocurrencia de eventos estresantes a uno o más miembros de la familia pueden conllevar a alteraciones fisiológicas, que pueden predisponer a la enfermedad. La otra vía es la comportamental, por medio de la cual las familias pueden ser de vital importancia en la adquisición de hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio físico, etc.), la adherencia a tratamientos médicos, entre otros (Alonso et al., 2013).

Finalmente es importante conocer el modelo explicativo que se centra en la importancia que tienen el optimismo y el apoyo social sobre el bienestar y la salud de las personas. Trunzo y Pinto (2003), explican el optimismo como las expectativas positivas que tienen las personas acerca de su futuro y consideran que a mayores niveles de optimismo y con una óptima calidad de apoyo social, menor será el estrés psicológico en pacientes con cáncer (Vollmann et al., 2007). Así pues, el optimismo permite que el nivel del apoyo social brindado sea más eficiente, en el sentido en que ayudará a que la persona con cáncer amortigüe el estrés de la enfermedad y logre ajustarse a ella de manera satisfactoria, mientras se beneficia del apoyo brindado y sus niveles de ansiedad y estrés se reducen considerablemente (Gustavsson et al., 2007). De esta manera Vollman et al.(2007) consideran que el optimismo juega un papel importante en la calidad del apoyo social que reciben los pacientes, ya que éste está directamente relacionado con la manifestación de estados de ánimo y emociones positivas, que facilitan la interacción social y las respuestas sociales positivas. Por lo tanto,

los pacientes se muestran cómodos solicitando y recibiendo ayuda, así mismo las redes sociales se muestran dispuestas a brindar apoyo social de calidad que beneficie el proceso de enfermedad del paciente.

Apoyo social y enfermedad crónica. Remor (2002) plantea que al enfrentarse a situaciones de vida estresantes, las personas que cuentan con un óptimo apoyo social presentan mayores capacidades de afrontamiento que aquellas que no lo tienen, ya que el apoyo social actúa como un amortiguador frente a dichas situaciones y en general puede ayudar a prevenir o a reducir el riesgo de psicopatologías o enfermedades físicas crónicas.

Se considera al diagnóstico de una enfermedad crónica como un evento estresante, que exige al sujeto adaptarse a diversos cambios en su estilo de vida que repercuten en diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales, tanto en el ajuste a la enfermedad como al tratamiento (Avendaño & Barra, 2008). Debido a esto es necesario que el sujeto desarrolle un proceso de adaptación a la enfermedad crónica, en el que se busque mejorar su calidad de vida, para lo cual se identifican los diversos factores protectores que contribuyen en este proceso, como el apoyo social, considerado como la disponibilidad de relaciones sociales cercanas como un recurso básico para afrontar los problemas de salud (Barra, 2004).

Las investigaciones de Remor se centran principalmente en pacientes con VIH positivo y plantean que aquellas personas que manifiestan tener niveles más bajos de apoyo social, presentan mayor cantidad de síntomas físicos y emocionales, dolor constante y crónico, disminución significativa en el funcionamiento físico, gran dificultad en la realización de las actividades cotidianas, escaso funcionamiento cognitivo, deterioro significativo en la calidad de vida, mayores niveles de desesperanza y depresión en comparación con aquellos que tenían altos niveles de apoyo social (Remor, 2002).

Retomando las investigaciones de Remor (2002) se aclara que las redes sociales, la salud y la calidad de vida son variables que están constantemente interactuando y que se afectan entre sí. De esta manera redes sociales consolidadas y efectivas, y niveles óptimos de calidad de vida pueden influenciar positivamente el estado de salud de una persona e incluso la manera en la que afronta una enfermedad como el VIH, mientras que insuficiente apoyo social y disminución en la calidad de vida pueden tener un efecto negativo sobre la salud tanto física como mental del paciente y la forma en la que se percibe la enfermedad (Ávila-Toscano, 2009).

Se distinguen dos facetas del apoyo social, (1) el apoyo social percibido, definido como las percepciones del individuo sobre la disponibilidad del apoyo, ligado a sentimientos de apreciación y ser valorado y pertenecer a un grupo y (2) apoyo social recibido, definido como las evaluaciones de conductas reales de apoyo suministrado por otros (Luszczynska et al., 2013; Barra, 2004).

Se considera al apoyo social como un promotor de la calidad de vida, al repercutir en la salud tanto física como psicológica (Luszczynska et al., 2013; Vinaccia et al., 2007). Así se reconoce que el apoyo social percibido puede tener efectos en diversos mecanismos fisiológicos, ya sea por medio de la reducción del estrés y/o por la mediación de procesos psicológicos o conductuales, que intervienen en la instauración de hábitos saludables y la adherencia a estos, lo que repercute en el estado de salud del individuo (Barra, 2004).

Con base en lo expuesto anteriormente acerca del efecto del apoyo social sobre las personas, se respalda lo propuesto por Yilmaz Özpolat, Ayaz, Konag y Özkan (2014), acerca de la cualidad del apoyo social en relación con el mejoramiento en la salud tanto física como mental del individuo y por tanto en su calidad de vida; particularmente dicho efecto positivo se evidencia con una mayor claridad en situaciones estresantes como en los casos de enfermedades crónicas, como el cáncer.

Apoyo social y cáncer.El diagnóstico del cáncer tiene grandes consecuencias a nivel físico, psicológico y económico, no solo en la persona con la enfermedad sino también en la familia y amigos. Se considera que el apoyo social juega un rol facilitador para un mejor ajuste y afrontamiento del paciente, ya que fomenta el desarrollo de estrategias de afrontamiento, disminuyendo el efecto de los estresores y las perturbaciones del estado de ánimo (Tan & Karabulutlu, 2005; Trevino, Fasciano, Block & Prigerson, 2013; Barra, 2004).

En el caso del cáncer se evidencia el papel del apoyo social como un recurso muy importante al momento de afrontar el estrés que genera el diagnóstico, tratamiento y curso de la enfermedad, además se considera que la capacidad de los pacientes de buscar apoyo, es un factor clave en la disminución de la ansiedad del paciente y en el establecimiento de conductas saludables. Es un patrón clave de afrontamiento de los pacientes que parece ser efectivo para disminuir la ansiedad que experimentan (Barra, 2004). Por otro lado se considera que la falta de una red social de apoyo puede influir en que disminuya la probabilidad de que el individuo busque apoyo, y por tanto que consulte oportunamente, siga las indicaciones de los médicos y sea adherente a los tratamientos, lo cual puede tener efectos adversos en la salud (Barra, 2004).

Particularmente se considera al apoyo social como un indicador de calidad de vida de los pacientes con cáncer (Gustavsson et al., 2007; Luszczynska et al., 2013; Trevino et al., 2013). Así, un apoyo social óptimo y una red de apoyo social funcional pueden constituirse en factores protectores relacionados con resultados positivos en adultos con cáncer, incluyendo un mejor ajuste a la enfermedad, afrontamiento y calidad de vida, además de menores niveles de depresión, ansiedad y perturbaciones del ánimo (De Groot, 2002; Trevino et al., 2013)

De esta forma se puede considerar que el apoyo social percibido por el paciente se correlaciona positivamente con bienestar psicológico, un factor protector de problemas psicológicos, al hacerlos

menos propensos a sufrir algún trastorno depresivo durante el proceso de la enfermedad (Imran et al., 2009), mejorando la adaptación física, disminuyendo la progresión de la enfermedad y mejorando la calidad de vida (Pehlivan, Ovayolu, Ovayolu, Sevinc & Camci, 2012).

En general se reconoce que este tipo de pacientes están expuestos a altos niveles de estrés asociados con el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad (De Groot, 2002). De acuerdo con Hannet al. (2002), cerca de un 50% de los pacientes con cáncer durante el transcurso de su enfermedad experimentan síntomas de depresión o perturbaciones del estado de ánimo y al parecer, estas experiencias se encuentran moduladas por la cantidad y calidad del apoyo social percibido por el paciente.

Se encontró en una investigación de Pehlivan et al. (2012) que altos niveles de apoyo social se relacionaban fuertemente con bajos niveles de desesperanza. El apoyo de los miembros de la familia juega un rol importante en aliviar los síntomas de la depresión en los pacientes con cáncer; así mismo el apoyo y la asistencia de la familia ayuda al paciente a afrontar y lidiar con el estrés resultado de la enfermedad y el tratamiento.

Existe una correlación negativa entre apoyo social y desesperanza, de forma que a mayor apoyo social percibido menores los grados de desesperanza y por ende mayor bienestar psicológico. El apoyo de los miembros de la familia juega un rol importante en el alivio de los síntomas de la depresión en los pacientes con cáncer; así mismo el apoyo y la asistencia de la familia ayuda al paciente a afrontar y lidiar con el estrés resultado de la enfermedad y el tratamiento (Tan & Karabulutlu, 2005).

A su vez se ha observado que niveles altos de apoyo social se relacionan con un mejor funcionamiento psicológico, que contribuye a una mejor expresión de emociones, manejo del estrés y del dolor, además de una mayor percepción de bienestar psicológico (Trevino et al., 2013).

Así las interacciones sociales positivas muestran tener efectos benéficos tanto en la salud como en la expectativa de vida del paciente (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum & Ehlert, 2003), sin embargo en pacientes con bajos niveles de apoyo social o redes sociales insuficientes, se evidencia un riesgo de presentar deterioros progresivos de salud tanto física como mental, que pueden ir acompañados de sentimientos de desesperanza, desilusión, pérdida del interés por la vida y deseos de acabar con ella (Imran et al., 2009).

Particularmente en el caso de Colombia se ha observado de igual forma el impacto positivo del apoyo social, un ejemplo de esto es el estudio realizado por Gómez y Lagoueyte (2012) donde se identifica que en mujeres con cáncer de cuello uterino, uno de los tipos de cáncer con mayor incidencia en el país, se generan en las pacientes altos niveles de distrés, angustia y sufrimiento, sin embargo se encontró una relación directamente proporcional entre el apoyo social y la calidad de vida, lo cual generaba una considerable mejora de la salud general, protegiendo a las pacientes de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos estresantes generando nuevas estrategias de afrontamiento importantes a lo largo del curso de la enfermedad.

Apoyo social e ideación suicida

Antecedentes teóricos y empíricos. Diversos estudios muestran una relación inversamente proporcional entre el apoyo social y la ideación suicida en pacientes con cáncer, destacando el papel protector del primero.

Un ejemplo es la investigación realizada por Imran et al. (2009) con una muestra de pacientes oncológicos, en la cual se identificó que la depresión y la percepción de apoyo social se correlacionan negativamente. Así entre más apoyo social percibido menor depresión en los pacientes, mientras que los casos con menor apoyo social percibido se relacionaron con impactos negativos sobre la salud del individuo y se consideraron un predictor de deterioro de la salud mental y física de los pacientes. Por

consiguiente, el apoyo social es un predictor de bienestar físico y psicológico y un factor protector de la presencia de ideación suicida.

Así mismo se ha relacionado al apoyo social con la calidad de vida. En la investigación de Eom et al. (2013) se recolectaron datos de 1930 pacientes con cáncer tratados en varios centros oncológicos de Corea para medir el apoyo social percibido. Utilizaron el DUKE-UNC 11 (apoyo social), el Patients Health Questionnaire PHQ-9 (depresión) y la European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire EORTC QLQ-C30 (calidad de vida). Se observó que los sujetos con una baja percepción de apoyo social reportaban niveles significativamente altos de depresión, altos puntajes en las escalas de síntomas y menores puntajes en salud global y calidad de vida; mientras que en personas con una alta percepción de apoyo social se identificó una reducción en el estrés psicológico y una mejor calidad de vida.

El papel que el apoyo social juega en la forma en la que las personas afrontan diversas situaciones de su vida, permite considerarlo como un factor de vital importancia en el posible desarrollo de enfermedades como la depresión, o el surgimiento de ideas de desesperanza, ira, cansancio e incluso de ideación suicida (De Groot, 2002). De igual forma Imran et al. (2009) consideran que pacientes oncológicos con un mejor apoyo social, son menos propensos a desarrollar trastornos depresivos durante el proceso de la enfermedad, ya que tienen la posibilidad de expresar abiertamente sus sentimientos y preocupaciones con respecto a su condición, lo cual beneficia su percepción del apoyo social de confianza. Por otro lado, pacientes con bajos niveles de apoyo social o redes sociales insuficientes, pueden estar en riesgo de sufrir deterioros progresivos de salud tanto física como mental, que puede ir acompañados de sentimientos de desesperanza, desilusión, pérdida del interés por la vida y deseos de acabar con ella (Imran et al., 2009).

En relación a lo anterior, en un estudio realizado por Balc et al. (2014) donde tomaron una muestra de 102 pacientes con cáncer bajo tratamiento y un grupo control de 100 personas con características sociodemográficas similares, se observaron niveles significativamente altos de depresión y ansiedad y más intentos de suicidio e ideación suicida en el grupo de estudio que en el grupo control. Además se encontró que en los pacientes con cáncer una menor percepción de apoyo social por parte de la familia y amigos, se correlacionaba con altos niveles de depresión y ansiedad, lo cual podría ser un factor de riesgo para la ideación suicida.

Hann et al. (2002) han expuesto que aproximadamente el 50% de los pacientes con cáncer presentan síntomas depresivos y que existen diversos factores que pueden incluir en el aumento o reducción de los síntomas depresivos, entre los cuales se encuentran la cantidad y la calidad del apoyo social disponible. Estos autores realizaron un estudio con una muestra de 342 pacientes con cáncer, donde se evaluó depresión, nivel de apoyo social percibido y satisfacción con el funcionamiento de la familia, se evidenció que entre mejor percibido sea el apoyo social, menor es la depresión en pacientes con cáncer.

A su vez Han et al. (2013) han identificado una relación entre la depresión, la desesperanza y factores que median la aparición y magnitud de ambas como lo es el apoyo social. En un estudio que realizaron con una muestra de 301 diadas de paciente-cuidador, con pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer esofágico, se encontró que los pacientes no sólo percibían más apoyo social en su familia, seguido de la pareja y por último de amigos y profesionales de la salud, sino que particularmente en los cuidadores los puntajes de depresión y desesperanza se correlacionaban negativamente con el apoyo del personal médico. Además se evidenció que a menor percepción de apoyo social en los pacientes mayor desesperanza que posteriormente se asociaba con aparición de ideación suicida.

Adicionalmente, se ha identificado que no existen diferencias de género en el efecto del variable apoyo social sobre la variable ideación suicida. Sin embargo De Groot (2002) ha encontrado diferencias en cuanto a las preferencias de género en la percepción de apoyo social en los pacientes con cáncer. Se distingue particularmente que para las mujeres parece importante la extensión de su red social, dándole relevancia al número de familiares y amigos que la conforman; mientras que en los hombres el tamaño de la red social no es importante, en cambio se enfocan en la calidad de las relaciones y la confianza que sienten con dicha persona, prefieren entonces personas significativas a su lado, se observa por ejemplo que en los hombres con cáncer estar casados tiene un efecto positivo significativo.

Así mismo otros autores han identificado que las mujeres además de tener redes sociales más grandes, enfatizan en que el apoyo se centre en la intimidad, en la empatía y en la expresión emocional; mientras que los hombres dependían de sus esposas o compañeras, principalmente en un apoyo más instrumental y de cuidado (Eom et al., 2013; Akechi, et al., 2010; Hann et al., 2002).

Por otro lado se ha observado una diferencia en la percepción de apoyo y la presencia de ideación suicida, en tanto las personas casadas reportan sentirse más apoyadas que las solteras (Jatoi et al., 2007; Miller et al., 2010) y las personas que viven en las ciudades reportan más necesidad de apoyo que las personas que viven en zonas rurales (Eom et al., 2013; Katz et al., 2010; Butow et al., 2012).

Suicidio y apoyo social en personas con enfermedades crónicas. Como se ha podido evidenciar el apoyo social ha tenido un corto pero importante proceso de estudio y se ha considerado como un recurso de gran influencia en la vida de las personas, particularmente en situaciones estresantes. En los casos en los que la calidad del apoyo es óptima, se observa un efecto positivo, con un alto autoconcepto, mejores capacidades de afrontamiento ante el estrés, control personal y tanto

salud física como mental. Mientras que los casos en los que el apoyo es insuficiente, se manifiestan altos niveles de ansiedad y depresión, desequilibrios biológicos (alta frecuencia cardiaca y presión arterial) y pensamientos irracionales y/o suicidas (Palomar & Cienfuegos, 2007).

Particularmente la enfermedad física crónica y el suicidio son variables que se han visto estrechamente relacionadas, considerando incluso el padecimiento de una enfermedad debilitante, como un factor de alto riesgo para la aparición de ideas suicidas y suicidio (Palacios et al., 2006). El cáncer, considerado como una enfermedad crónica y debilitante, se manifiesta como un suceso estresante en la vida del paciente y puede ir acompañado de pesimismo sobre la enfermedad, el futuro y el entorno, con incapacidad para encontrar soluciones efectivas, sentimientos de frustración y rechazo y con altos niveles de desesperanza, que elevan potencialmente la ideación e intención de acabar con su propia vida (de la Torre, 2013). Sin embargo en estos casos se resalta la importancia del apoyo social, en tanto la percepción de estar recibiendo un apoyo social óptimo puede proteger a los pacientes de ciertas consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas, como lo son la ansiedad y la depresión, consecuencias que a su vez se relacionan con una alta probabilidad de aparición de intención e ideación suicida (Gómez & Lagoueyte, 2012).

Suicidio y apoyo social en personas con cáncer. Es importante en este punto resaltar que en el caso del diagnóstico del cáncer Tan y Karabulutlu (2005) consideran que las consecuencias no solo afectan al paciente a nivel físico, psicológico y económico, sino también a su familia y amigos; por lo cual la importancia del apoyo social debe tenerse en cuenta tanto con el paciente como con su familia.

Al hablar de los efectos del apoyo social en la salud y bienestar de pacientes con cáncer, en el estudio de Trevino et al. (2013) que buscaba determinar si existe relación entre el apoyo social percibido, la calidad de vida y el dolor en adultos jóvenes con cáncer avanzado, se encontró que el apoyo social se relaciona con resultados positivos en adultos con cáncer, incluyendo un mejor ajuste a

la enfermedad, afrontamiento y calidad de vida, además de menores niveles de depresión, ansiedad y perturbaciones del ánimo.

De esta forma se puede considerar que el apoyo social percibido por el paciente se correlaciona positivamente con bienestar psicológico, considerándose un factor protector de problemas psicológicos, mejorando la adaptación física, disminuyendo la progresión de la enfermedad y mejorando la calidad de vida (Pehlivan et al., 2012).

De esta forma en la revisión de la literatura se ha evidenciado como el apoyo social se considera una variable protectora que interviene en la presencia de ideación suicida en pacientes oncológicos, debido a que ha mostrado la existencia de una relación directamente proporcional entre apoyo social percibido, la salud tanto física como psicológica y calidad de vida en pacientes con cáncer (Balc et al., 2014; Die Trill, 2012; Eom et al., 2013; Imran et al., 2009; Rasic, Lee, Bolton, Chochinov & Sareen, 2008; Trevino et al., 2013).

Se reconoce que la confianza o la seguridad del apego a ciertas personas y el apoyo social que perciban de éstas, actuarían como amortiguadores o moderadores en la relación existente entre la carga de la enfermedad y la depresión, así tendrían una relación directa en la reducción de la ansiedad y amortiguando el impacto causado por el distrés físico y psicológico de la enfermedad y los síntomas depresivos derivados (Rodin et al., 2007).

Se encontró además en una investigación de Pehlivan et al. (2012) que altos niveles de apoyo social se relacionaban fuertemente con bajos niveles de desesperanza. El apoyo de los miembros de la familia juega un rol importante en aliviar los síntomas de la depresión en los pacientes con cáncer; asimismo el apoyo y la asistencia de la familia ayuda al paciente a afrontar y lidiar con el estrés resultado de la enfermedad y el tratamiento.

Así se identifica en la literatura una relación entre un bajo nivel de apoyo social y una reducción en la salud mental y física, razón por la que se vincula el apoyo social a la reducción del malestar psicológico y la mejora de la calidad de vida tanto del paciente como de la familia (De Groot, 2002).

Se ha identificado que las diferentes formas de apoyo social están relacionadas con mayor bienestar psicológico y la reducción de sintomatología depresiva, por ejemplo la percepción de apoyo emocional que tienen los pacientes al tener alguien con quien hablar está relacionado con altos niveles de bienestar psicológico, mientras que la existencia de un apoyo social instrumental (apoyo relacionado con ayudas económicas o de realización de tareas específicas) está directamente relacionado con mejor calidad de vida. Así mismo la percepción de apoyo informativo que tienen los pacientes por parte de los profesionales de la salud, contribuye a la reducción de los niveles de ansiedad y a una mayor percepción de control (Trevino et al., 2013).

Debido a esto se identifica la importancia de conocer el nivel de satisfacción del paciente con el apoyo social que recibe y la presencia de sintomatología depresiva e ideación suicida, en tanto estas variables afectan su salud física y psicológica, teniendo repercusiones en su calidad de vida (De Groot, 2002; Eom et al., 2013; Trevino et al., 2013).

Particularmente Inger et al. (2007) consideran que medir adecuadamente la variable de apoyo social es importante al reconocer su impacto en casos críticos, como pacientes con cáncer terminal, ya que al estar sometidos a estresores tan intensos, el apoyo social como amortiguador y protector en estas situaciones puede marcar la diferencia en la calidad del ajuste psicológico del paciente a lo largo del curso de la enfermedad. Una red social adecuada y un apoyo social óptimo puede ser de vital importancia para ayudar a la persona con cáncer a protegerse y enfrentar las consecuencias psicológicas que la enfermedad le pueda generar (De Groot, 2002). Con base en lo anterior Imran et

al.(2009) consideran que pacientes con un mejor apoyo social, son menos propensos a sufrir algún desorden depresivo durante el proceso de la enfermedad, ya que tienen la posibilidad de expresar abiertamente sus sentimientos y preocupaciones con respecto a su condición.

Particularmente en el caso de Colombia, es preciso resaltar la importancia de medir dichas variables y establecer si se encuentran relacionadas, en tanto este tipo de estudios son escasos actualmente en el país, lo cual influye en la evaluación e intervención psicológica en pacientes oncológicos.

Objetivos

Objetivo general.Identificar la relación entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en pacientes oncológicos adultos.

Objetivos específicos.

Describir el apoyo social de confianza.

Describir el apoyo social afectivo.

Describir el apoyo social percibido en los pacientes con y sin ideación suicida.

Estimar la prevalencia de ideación suicida.

Describir el apoyo social percibido y la ideación suicida según variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, religión y tipo de cáncer).

Describir el apoyo social percibido y la ideación suicida según variables somáticas (presencia de efectos secundarios, malestar percibido, dolor y fatiga)

De esta forma la presente investigación tuvo como propósito resaltar la pertinencia y relevancia de la evaluación del apoyo social y de la conducta suicida en los pacientes con cáncer y así mismo,

posicionar al apoyo social como un factor protectory que por ende contribuye a tener una mejor percepción de la calidad de vida de estos pacientes.

Método

Tipo de estudio

El presente es un estudio correlacional de corte transversal, ya que busca recolectar datos en un solo momento y pretende dar a conocer si las variables, apoyo social percibido e ideación suicida están relacionadas. Se considera un estudio correlacional debido a que su objetivo es medir la relación existente entre dos o más variables en un contexto bien definido, con el propósito de conocer cómo se puede comportar una variable con respecto al comportamiento de otras variables, es decir cómo se afectan mutuamente (Hernández, Fernández, & Baptista, 1991). En el presente estudio no se espera identificar una relación de causalidad, ya que se pretende conocer la relación entre dichas variables, sin modificarlas ni identificar factores que den cuenta de las razones por las cuales se dé dicha relación.

Población de referencia y muestra

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

A través de un muestreo no probabilístico se seleccionó una muestra de 90 pacientes adultos con diversos tipos de cáncer, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión que se presentan a continuación.

Criterios de inclusión. Ser mayor de edad (≥ 18 años); dar consentimiento informado de manera voluntaria; tener diagnóstico de cáncer y conocerlo; y estar vinculado a una entidad prestadora de salud (EPS) con la cual estén recibiendo tratamiento oncológico.

Criterios de exclusión. Estar desorientado en tiempo, persona y/o espacio; tener sordera o mutismo; estar intubado y/o sedado; tener discapacidad cognoscitiva; estar medicado con antidepresivos; tener vómito o diarrea en el momento de iniciar la evaluación.

Variables

Se trabajara con dos variables: apoyo social percibido y la ideación suicida.

Apoyo social percibido. El apoyo social implica una relación entre dos o más personas, que tiene como objetivo reforzar la percepción y sensación de bienestar de los beneficiarios bajo situaciones de estrés, implicando un acompañamiento donde interactúan componentes emocionales, cognitivos y comportamentales (De Groot, 2002). La percepción del apoyo social es subjetiva y está relacionada con el nivel de satisfacción que manifieste la persona en cuanto al soporte social que recibe y a la eficacia de sus redes sociales para satisfacer las diversas necesidades manifestadas (Decker, 2007).

Se identifican en esta variable cuatro niveles, donde los dos primeros se refieren al tipo de apoyo y dos últimos niveles a la procedencia del apoyo. Así se distinguen 1) el apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía), 2) el apoyo social de confianza (posibilidad de comunicación de sentimientos íntimos), 3) el apoyo percibido por el entorno afectivo (familia, pareja, amigos) y 4) el apoyo percibido por el entorno sanitario (médico tratante y equipo de salud).

Los dos primeros niveles de esta variable se miden a través del cuestionario DUKE-UNC 11 donde a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. (mínimo: 11 puntos; máximo: 55 puntos).

El apoyo social de confianza, se mide a través seis ítems (1, 4, 6, 7, 8 y 10) donde a mayor puntuación, mayor apoyo social de confianza (mínimo 6 puntos; máximo 30 puntos) y el apoyo social afectivo, con cinco ítems (2, 3, 5, 9 y 11) donde a mayor puntuación, mayor apoyo social de confianza (mínimo 5 puntos; máximo 25 puntos).

Por otro lado el apoyo percibido por el entorno afectivo y el apoyo percibido por el entorno sanitario se miden a través de una entrevista semiestructurada. El primero con 3 preguntas con opción de respuesta tipo Likert, donde a mayor percepción de apoyo mayor puntuación (mínimo 3 puntos;

máximo 15 puntos) y el segundo con 2 preguntas con opción de respuesta tipo Likert donde a mayor percepción de apoyo mayor puntuación (mínimo 2 puntos; máximo 10 puntos).

Ideación suicida. La ideación suicida se define como las ideas, motivaciones, sentimientos y pensamientos intrusivos y repetitivos acerca de la muerte autoinfligida, contemplando las formas deseadas de morir, considerándose el primer paso para el intento y el suicidio consumado (De Bedout, 2008; Recklitis et al., 2006).

Esta variable se mide en primer lugar a través de 4 instrumentos completos: (1) la Escala de Ideación Suicida (SSI) donde un puntaje mayor a 1 indica riesgo de suicidio, así a mayor puntuación, mayor riesgo; (2) la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), donde un puntaje mayor a 9 indica riesgo de suicidio; (3) El Ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck (BDI), donde una respuesta positiva al ítem (2 -3) indica la presencia de ideación suicida y riesgo de suicidio; (4) una entrevista estructurada, en la cual se evalúa la conducta suicida por medio de los ítems 1, 1.1, 2 y 3, cada respuesta positiva suma un punto y a mayor puntuación, mayor riesgo suicida. (mínimo: 0 puntos; máximo 4 puntos).

Por otro lado se utilizaron las cuatro escalas propuestas por Leal et al. (2014). La escala 1 tiene en cuenta los ítems 2, 3 y 4 del SSI, los ítems 1, 2 y 3 de la entrevista estructurada y el ítem 9 del BDI, donde la puntuación máxima es 12; la escala 2 considera los ítems 2, 3 y 4 del SSI y los ítems 1, 2 y 3 de la entrevista con una puntuación máxima total de 9; la escala 3 incluye los ítems 1, 2 y 3 de la entrevista estructurada y el ítem 9 de BDI, con puntuación máxima de 6, y finalmente la escala 4 considera los ítems 2, 3 y 4 del SSI y el ítem 9 del BDI, siendo la puntuación más alta posible 9.

Se considera que en cada escala un puntaje mayor a 1 indica riesgo de suicidio, así a mayor puntuación, mayor riesgo.

Otras variables de interés que permitirán realizar descripciones del fenómeno estudiado, han sido evaluadas a partir de la entrevista semiestructurada y agrupadas como aspectos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, religión y tipo de cáncer) y somáticos (presencia de efectos secundarios, malestar percibido, dolor y fatiga).

En consecuencia, el sexo se define como masculino (=1) y femenino (=2); la edad se define en rangos: 18 a 40 años (=1), 41 a 60 años (=2) y mayores de 61 años (=3); el estado civil se define como soltero (=1), casado(=2), unión libre (=3), viudo (=4) y separado/divorciado (=5); religión como católico (=1), cristiano no católico (=2), testigo de jehová (=3), otras(=4) y ninguna (=5); el tipo de cáncer se define como cáncer de tejidos blandos (= 1), cáncer gastro-intestinal (= 2), cáncer de seno (= 3), cáncer de vías reproductivas (= 4) y otros (= 5).

En cuanto a los aspectos somáticos, los efectos secundarios del tratamiento se definen si no se han experimentado (=0) y si se han experimentado (=1); el malestar percibido se define de acuerdo con su intensidad, si no se ha experimentado ningún malestar (=0), intensidad alta (=1), intensidad media (= 2) e intensidad alta (= 3); el dolor experimentado en el último mes, semana y día de la evaluación que se define según su intensidad, ausencia (=0), leve de 1 a 3 (=1), moderada de 4 a 6 (= 2) y severa de 7 a 10 (= 3). Finalmente la fatiga experimentada en último mes, semana y día de la evaluación según su intensidad, ausencia (=0), leve de 1 a 3 (=1), moderada de 4 a 6 (= 2) y severa de 7 a 10 (= 3).

Hipótesis

Hipótesis de investigación: Existe una relación inversamente proporcional entre las variables, donde a mayor percepción de apoyo social menor presencia de ideación suicida.

Hipótesis nula: No existe relación entre el apoyo social percibido y la ideación suicida.

Instrumentos

Una entrevista semiestructurada para la evaluación de los factores sociodemográficos y la conducta suicida (ideación, intento y suicidio frustrado) y los factores asociados con esta en pacientes con cáncer adultos. Está constituida de dos partes: (a) factores sociodemográficos y (b) conducta suicida, antecedentes psiquiátricos, comorbilidad psiquiátrica actual, factores de riesgo para la conducta suicida, duelo, sensación de impotencia, conflicto familiar, percepción de fatiga y de dolor. Específicamente para la evaluación de la conducta suicida se tendrán en cuenta los ítems 1, 1.1, 2 y 3. Cada respuesta positiva suma un punto y a mayor puntuación mayor riesgo suicida

Aplicación del DUKE-UNC 11 Functional Social Support Questionnaire (versión en español) que fue validada en España y se ha utilizado en población general y población con VIH. El cuestionario consta de 11 ítems con opción de respuesta tipo Likert donde 1 hace referencia a “mucho menos de lo que deseo” y 5 se refiere a “tanto como deseo”. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Se diferencian dos subescalas, una se refiere al apoyo social de confianza (ítems 1,4,6,7,8 y 10) y la otra al apoyo social afectivo (ítems 2,3,5,9 y 11).

Entrevista Evaluación del apoyo social percibido y de la red de apoyo social: Es una entrevista semiestructurada que consta de tres partes: (a) Apoyo social percibido; (b) red de apoyo social y (c) aislamiento. Para este estudio se utilizó la primera parte que consta de 5 ítems tomados y modificados del trabajo doctoral de Remor (2000)¹ que evalúan dos niveles diferentes aunque complementarios de esta variable: el apoyo percibido por el entorno afectivo (3 ítems) y el apoyo percibido por el entorno

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

sanitario (2 ítems). Las preguntas están diseñadas en forma de escala Likert donde 1 es no he sentido ningún apoyo y 5 me he sentido muy apoyado. A mayor puntuación mayor apoyo percibido.

Escala de Ideación Suicida (SSI) desarrollada por Beck, Kovacs y Weissman, que evalúa la actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado y finalmente una parte descriptiva de los antecedentes de intentos previos de suicidio. Consta de 19 ítems que se responden en una entrevista semiestructurada, donde para cada ítem hay tres alternativas de respuesta, que determinan el grado de intensidad de la intención suicida. El rango de puntuación total es de 0-38, una puntuación igual o mayor que 1 indica que existe riesgo de suicidio; una mayor puntuación indica un riesgo de suicidio más alto.

Escala de Desesperanza de Beck (BHS) creada por Beck, Weissman, Lester y Trexler. Se utilizará la versión en español de Bobes, Paz, Bascarán, Sáinz y Bousoño (2004). Esta escala mide el nivel de pesimismo y permite predecir el suicidio. Consta de 20 ítems en relación con las expectativas negativas que tiene la persona sobre sí mismo y sobre el futuro. Las opciones de respuesta para cada ítem son de verdadero o falso. Si la respuesta indica desesperanza se califica con 1 punto y de lo contrario, con 0 puntos. Un puntaje mayor a 9 es predictor de una posible conducta suicida.

Ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck (BDI), que se considera predictor conducta suicida al obtener una respuesta positiva al ítem (2 -3).

Las cuatro escalas propuestas por Leal et al. (2014), que son escalas creadas a partir de la selección de 3 ítems del SSI, 4 ítems de una entrevista estructurada que evalúa conducta suicida y el ítem 9 del BDI. Se plantea la identificación de la sensibilidad y especificidad de estas escalas con el objetivo de conocer qué tan sensibles son al reconocer la presencia de ideación suicida en esta población. Se considera que en cada escala un puntaje mayor a 1 indica riesgo de suicidio, así a mayor puntuación, mayor riesgo.

Procedimiento

Las fases a través de las cuales se realizó la recolección de los datos se describen a continuación.

Fase 1. Consentimiento informado. Se entregó a cada uno de los pacientes el consentimiento informado (anexo 1), en el cual se aclararon brevemente los objetivos de la investigación, la absoluta confidencialidad de los datos y el anonimato de la información de cada paciente. Por otro lado se dio a cada persona la completa libertad de abandonar el proceso durante la entrevista o la aplicación de las baterías en el momento en que lo considere pertinente y se manifestó la aceptación de la investigación por parte del comité ético implicado con el fin de dar a conocer a los participantes que la investigación no supone ningún riesgo para su salud física ni mental. Cada paciente debió firmar voluntariamente el consentimiento informado para luego poder proceder con la aplicación de los instrumentos.

Fase 2. Aplicación de instrumentos. La aplicación de los instrumentos se realizó después de haber tenido la previa autorización de cada uno de los pacientes. Se inició con la entrevista semiestructurada para conocer aspectos sociodemográficos, somáticos y la conducta suicida; posteriormente el investigador aplicó a cada paciente el cuestionario de apoyo social funcional DUKE UNC (versión en español) con el objetivo de conocer el nivel de percepción de apoyo social de confianza y de apoyo social afectivo que tiene cada paciente, y se realizó la entrevista de evaluación de apoyo social percibido y red de apoyo social, para así ampliar la información obtenida con el cuestionario y tener una visión más amplia de la percepción de apoyo social que tienen los pacientes.

Con el fin de conocer el grado de ideación suicida de los pacientes se aplicaron: la escala de ideación suicida (SSI) que evalúan la presencia y el grado de intencionalidad suicida; la escala de

desesperanza de Beck (BHS) que permite conocer el nivel de pesimismo y así mismo predecir el suicidio; el ítem 9 del inventario de depresión de Beck y finalmente se realizó una entrevista semi-estructurada para conocer la conducta suicida del paciente (ideación, intención y suicidio frustrado).

Fase 3. Entrega de cartilla. Al finalizar la aplicación de los instrumentos se hizo entrega de una cartilla informativa a cada paciente que tenía como objetivo promover el autocuidado de la salud mental y siempre se retroalimentó el paciente de sus resultados.

Es importante tener en cuenta que los auxiliares de investigación están en la obligación de informar al supervisor si se identifica riesgo suicida en el paciente. En el caso de entrar en crisis, los auxiliares también están preparados para brindar primeros auxilios psicológicos y asistir al paciente.

Fase 4. Registro de datos. Después de obtener los datos necesarios y los resultados de los instrumentos aplicados se registraron en una base de datos elaborada en el programa Excel para su posterior análisis estadístico.

Consideraciones éticas

La presente investigación fue realizada tomando en consideración los principios éticos para la investigación en seres humanos y en Psicología contemplados en la Resolución 008430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. El principal propósito del presente estudio fue ampliar los conocimientos sobre los procesos psicológicos de los seres humanos (artículo 4, Resolución 008430 de 1993), específicamente sobre la relación entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en pacientes oncológicos adultos. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

Los derechos, el bienestar y la dignidad de cada uno de los pacientes fueron respetados y protegidos durante todo el proceso de investigación (artículo 5, Resolución 008430 de 1993),

incluyendo el análisis y el manejo de los datos obtenidos durante la aplicación de las baterías y la realización de las entrevistas. La invitación para participar en la investigación, la aplicación de los instrumentos y la realización de las entrevistas se hicieron de manera individual y en privado con el fin de garantizar la absoluta confidencialidad de los datos.

Todos los pacientes con cáncer que participaron en la investigación dieron su consentimiento informado por escrito (anexo 1).

Teniendo en cuenta el artículo 6, literal f de la Resolución 008430 de 1993, la presente investigación fue realizada por estudiantes de psicología de último año quienes estaban en capacidad de reconocer si un paciente se encuentra en riesgo y de dar primeros auxilios psicológicos en caso de ser requerido. La evaluación se realizó siempre en las instalaciones del Hospital Universitario Mayor y el proceso de investigación estuvo guiado y dirigido por un psicólogo profesional, con experiencia en Psicooncología y Maestría en Psicología clínica y de la salud.

De acuerdo con el artículo 6, literal g de la Resolución 008430 de 1993, el proceso de evaluación se inició una vez obtenido el consentimiento informado de cada uno de los pacientes y la autorización de las autoridades de cada uno de los Centros de atención oncológica.

Según lo dictaminado en el título II, artículo 2, numeral 8 de la ley 1090 de 2006, a cada paciente se le transmitieron los resultados de la aplicación de los instrumentos.

Según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993, el riesgo de la presente investigación es mínimo, debido a que se trataron temas sensibles para los pacientes, ya que la batería y las entrevistas exploran las experiencias emocionales y la conducta suicida, temas que pueden llegar a generar preocupación en los pacientes.

Resultados

En cuanto a la descripción de la muestra la mayoría de los pacientes a son hombres (56,7%), entre los 18 y 40 años (44,4%) y solteros (38,9%). En cuanto a la religión se observa que el 76,7% son cristianos católicos y el 82,2% se identifican como practicantes. El tipo de cáncer más común dentro de los 90 pacientes que participaron en la investigación es el de tejidos blandos (66,7%). Es resaltable que solo el 26.7% de la muestra reportó el estadio de la enfermedad, y de dicho porcentaje el 14, 4% reportó un estadio III (13 personas).

El 70% de los pacientes reportaron no haber tenido efectos secundarios del tratamiento, mientras que el 31.1% reportó haber percibido un nivel medio de malestar. En cuanto a la intensidad del dolor, se puede observar que durante el último mes, 36,7% de los pacientes reportaron dolor severo, mientras que en el día de la aplicación de las pruebas, el 55,6% no tenían dolor. El 30% de los pacientes reportaron haber tenido fatiga severa en el último mes, 33,3% fatiga moderada y el 44,4% no presentaron este síntoma.

Las náuseas son el efecto secundario más común del tratamiento oncológico experimentado por los pacientes, seguido del vómito, la alopecia y la fatiga. La mayoría de los pacientes reportaron tener varios de los efectos secundarios presentados en la Figura 1.

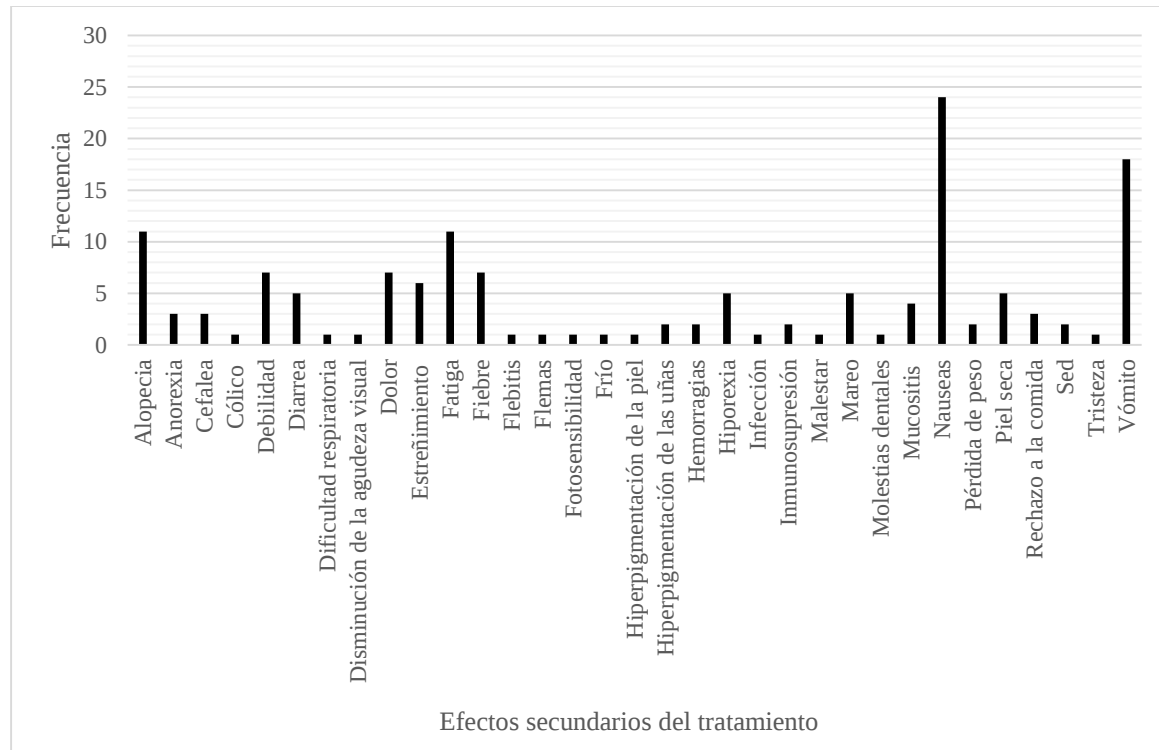


Figura 1. Efectos secundarios experimentados por los pacientes como resultado del tratamiento oncológico.

En la Tabla 1 se observa que el análisis de la frecuencia de ideación suicida entre los pacientes se hizo a través de 8 medidas diferentes. Inicialmente, se analizan cuatro medidas individuales: (a) un ítem de la entrevista semiestructurada según el cual 16 pacientes (17,8%) indican tener ideación suicida. (b) El puntaje total de la escala BHS según el cual 5 pacientes (5,6%) tienen riesgo suicida. (c) El puntaje total de la escala SSI, según el cual 15 pacientes (16,7%) tienen ideación suicida y (d) el ítem 9 del BDI-IA que indica que 5 pacientes (5,6%) tienen ideación suicida.

Posteriormente, se calculó la frecuencia de ideación suicida con las 4 escalas propuestas por Leal et al. (2014). Como puede observarse en dicho artículo, la Escala 1 está constituida por 4 ítems de la SSI, 3 ítems de la entrevista semiestructurada y el ítem 9 del BDI-IA. La Escala 2 está constituida por 4 ítems de la SSI, 3 ítems de la entrevista semiestructurada. La Escala 3 está

constituida por los 3 ítems de la entrevista y el ítem 9 del BDI-IA. Y la Escala 4 está constituida por los 4 ítems del SSI y el ítem 9 del BDI-IA. En la Tabla 2 pueden observarse los datos de especificidad y sensibilidad de estas escalas para este estudio.

Además en la Tabla 1 se observa que estas cuatro escalas muestran que la proporción de pacientes con ideación suicida oscila entre el 20% y el 28,09%.

Tabla 1

Proporción de pacientes oncológicos con ideación suicida según las diferentes medidas utilizadas

Ideación suicida	Frecuencia (N=90)	Porcentaje
Ideación suicida (entrevista)	16	17,8
BHS(>9)	5	5,6
SSI (≥ 1)	15	16,7
Ítem 9 del BDI-IA	5	5,6
Escala 1*	25	27,77
Escala 2*	25	27,77
Escala 3*	20	22,22
Escala 4*	18	20

Nota. * Medidas propuestas por Leal et al. (2014).

En la Tabla 2 se observa que las Escalas 1 y 2 son las más sensibles y específicas (93,3 y 85,1 respectivamente). La escala 3 muestra mayor especificidad que sensibilidad y la Escala 4 la mayor especificidad (92,0) de todas.

Tabla 2

Sensibilidad y especificidad de las escalas propuestas para la medición de la ideación suicida

Escala	Sensibilidad	Especificidad
Escala 1	93,3	85,1
Escala 2	93,3	85,1
Escala 3	66,7	86,5
Escala 4	86,7	92,0

La distribución de los datos relacionados con el apoyo social (percibido, de confianza y afectivo) no es normal como lo indicó el Test de Kolmogorov-Smirnov ($P=0.000$). De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 3, En general, las medias de las puntuaciones en la escala completa (apoyo social percibido) y en cada una de las subescalas que la componen (apoyo social de confianza y apoyo social percibido) indican que, de acuerdo con la escala Likert propuesta, los pacientes se sienten tan apoyados socialmente como desearían. De hecho, así lo confirma la distribución por percentiles según la cual solo el 25% de los participantes obtuvieron puntajes por debajo de la media.

Tabla 3

Descripción del apoyo social según el Cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos

		Apoyo social percibido	Apoyo social de confianza	Apoyo social afectivo
Media (N=90)		47,84	25,97	21,88
Mediana		50,00	28,00	23,00
Desviación estándar		8,102	5,170	3,597
Mínimo		11	6	5
Máximo		55	30	25
Percentiles	25	45,00	24,00	20,00
	50	50,00	28,00	23,00
	75	54,00	30,00	25,00

En la Tabla 4 se puede observar que en general la percepción de apoyo social en la escala completa y en las subescalas es mayor en los hombres que en la mujeres (49,01; 26,78 y 22,23 para cada tipo de apoyo respectivamente). En cuanto al rango de edad es importante resaltar que según las medias obtenidas, los pacientes entre 41 y 60 años tienen una mayor percepción de apoyo social de confianza y afectivo.

Con respecto al estado civil, los pacientes que reportaron ser casados son quienes tienen mayores puntuaciones. Los pacientes que reportaron ser viudos también las tienen pero la muestra es francamente pequeña (n=3), lo que impide establecer conclusiones.

Tabla 4

Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según el sexo, la edad y el estado civil

Variables		Apoyo social percibido	Apoyo social de confianza	Apoyo social afectivo
Sexo		Media (DE)		
Femenino	Media (n=39)	46,30 (8,86)	24,89 (5,96)	21,41 (3,75)
Masculino	Media (n=51)	49,01 (7,34)	26,78 (4,35)	22,23 (3,46)
Rango de edad		Media (DE)		
18 a 40 años	Media (n=40)	45,92 (9,61)	24,92 (6,00)	21 (4,26)
41 a 60 años	Media (n=34)	49,11 (6,57)	26,64 (4,50)	22,47 (2,77)
> 60 años	Media (n=11)	48,27 (6,49)	26,27 (4,36)	22 (3,22)
Estado civil		Media (DE)		
Soltero	Media (n=35)	47,29 (8,71)	25,8 (5,19)	21,49 (3,97)
Casado	Media (n=26)	49,73 (6,87)	27 (5,03)	22,73 (2,94)
Unión libre	Media (n=20)	46 (8,97)	24,9 (5,83)	21,1 (3,86)
Viudo	Media (n=3)	51	27,67 (1,15)	23,33 (1,15)
Divorciado/Separado	Media (n=6)	47,5 (8,31)	25,27 (4,79)	22,33 (3,67)

La Tabla 5 muestra que en relación con la religión, los pacientes que declararon ser cristianos no católicos y aquellos que reportaron ser practicantes, tienen las medias más altas de apoyo social.

Tabla 5

Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según la religión y la práctica religiosa

Variables		Apoyo social percibido	Apoyo social de confianza	Apoyo social afectivo
Religión		Media (DE)		
Cristiano católico	Media (n=69)	47,76 (8,44)	25,91 (5,50)	21,85 (3,68)
Cristiano no católico	Media (n=15)	49,46 (6,17)	26,93 (3,51)	22,53 (2,94)
Otra	Media (n=3)	47 (6,55)	25 (4,35)	22 (2,64)
Ninguna	Media(n=3)	42,33 (11,01)	23,33 (5,85)	19 (5,56)
Practicante		Media (DE)		
No	Media (n=13)	44,30 (8,28)	23,69 (6,63)	20,61 (3,15)
Sí	Media (n=74)	48,68 (7,82)	26,47 (4,78)	22,21 (3,54)

La Tabla 6 muestra que los pacientes con cáncer gastrointestinal y de tejidos blandos tienen la misma media (25,95) de apoyo social de confianza y la más alta en relación con las de los demás tipos de cáncer. En cuanto al apoyo social afectivo, la media más alta (23) fue para los pacientes con cáncer de seno. Sin embargo, solo 2 pacientes tuvieron este diagnóstico. El estadio III del cáncer fue aquel en el que los pacientes perciben tener un mayor apoyo social.

Tabla 6

Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según el tipo de cáncer y estadio

Variables		Apoyo social percibido	Apoyo social de confianza	Apoyo social afectivo
Tipo de cáncer		Media (DE)		
Cáncer de tejidos blandos	Media (n=60)	47,63 (8,88)	25,95 (5,50)	21,68 (3,80)
Cáncer gastrointestinal	Media (n=26)	48,26 (6,44)	25,92 (4,44)	22,34 (3,30)
Cáncer de seno	Media (n=2)	47 (11,31)	24 (8,48)	23 (2,82)
Cáncer de aparato reproductivo	Media (n=1)	51	30	21
Otros	Media (n=1)	48	28	20
Estadio		Media (DE)		
Estadio I	Media (n=1)	53	28	25
Estadio II	Media (n=5)	51,2 (3,27)	28 (2,12)	23,2 (1,92)
Estadio III	Media (n=13)	49,69 (5,48)	27,15 (3,5)	22,54 (2,36)
Estadio IV	Media (n=5)	41,8 (10,8)	23 (8,15)	18,8 (3,11)
No reportado	Media (n=66)	41,61 (8,46)	25,77 (5,34)	21,83 (3,84)

Como puede observarse en la Tabla 7, los pacientes que reportaron no haber tenido efectos secundarios del tratamiento oncológico obtuvieron medias más altas, es decir, que su percepción de apoyo social de confianza y afectivo es mayor. En cuanto al malestar percibido es importante resaltar que la media más alta para el apoyo social de confianza es la baja percepción de malestar percibido.

Tabla 7

Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según efectos secundarios y nivel de malestar percibido

Variables		Apoyo social percibido	Apoyo social de confianza	Apoyo social afectivo
Efectos secundarios del tratamiento		Media (DE)		
Sí	Media (n=27)	47,46 (8,58)	25,73 (5,68)	21,73 (3,58)
No	Media (n=63)	48,74 (6,89)	26,52 (3,73)	22,22 (3,66)
Nivel de malestar percibido		Media (DE)		
Ninguno	Media (n=16)	46,38 (11,72)	24,56 (7,25)	21,81 (5,30)
Alto	Media (n=22)	48,86 (7,39)	26,55 (5,08)	22,32 (3,01)
Medio	Media (n=28)	47,18 (8,08)	25,75 (5,21)	21,43 (3,33)
Bajo	Media (n=19)	48,84 (5,47)	26,89 (2,94)	21,95 (3,27)
No reportado	Media (n=5)	48 (7,74)	25,6 (4,93)	22,40 (2,88)

En la Tabla 8 se puede observar que 75,5% de los pacientes experimentaron dolor en el último mes; 66,66% en la última semana y 44,44% el día de la evaluación. Los pacientes que reportaron tener dolor severo tanto en el último mes como en la última semana, tuvieron puntajes que permiten afirmar que recibieron tanto apoyo social como el que desearían. Sin embargo, los pacientes que reportaron no tener dolor el día de la evaluación tuvieron los puntajes más altos de apoyo social y aquellos con dolor moderado, los puntajes más bajos, específicamente con respecto al apoyo social afectivo.

Con respecto a la presencia e intensidad de fatiga observada en la Tabla 9 entre los pacientes, 72,22% reportaron haber experimentado fatiga en el último mes; el 30% de ellos, fatiga de intensidad severa. 66,66% de los pacientes reportaron haber experimentado fatiga en la

última semana; la mayoría de ellos (28,88%) reportó que fue de intensidad moderada. El mismo comportamiento se observa para quienes reportaron haber experimentado fatiga el día de la evaluación. Los pacientes que reportaron haber experimentado fatiga de intensidad moderada en cualquiera de los tres momentos, fueron quienes tuvieron mayores puntajes de apoyo social.

Tabla 8

Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según intensidad del dolor en el último mes, semana y día de la aplicación

Variables		Apoyo social percibido	Apoyo social de confianza	Apoyo social afectivo
Intensidad dolor mes		Media (DE)		
Ausencia	Media (n=22)	47,45 (8,98)	25,05 (6,07)	22,41 (3,5)
Leve	Media (n=17)	47 (10,82)	25,65 (6,14)	21,35 (5,24)
Moderado	Media (n=18)	46,72 (6,44)	25,67 (3,41)	21,06 (3,31)
Severo	Media (n=33)	49,15 (6,78)	26,91 (4,84)	22,24 (2,73)
Intensidad dolor semana		Media (DE)		
Ausencia	Media (n=30)	46,77 (10,52)	25,03 (6,36)	21,73 (4,52)
Leve	Media (n=23)	48,04 (5,61)	26,09 (4,13)	21,96 (4,62)
Moderado	Media (n=21)	47,62 (6,52)	25,05 (4,03)	21,57 (3,17)
Severo	Media (n=16)	49,88 (8,04)	27,44 (5,41)	22,44 (3,01)
Intensidad dolor día		Media (DE)		
Ausencia	Media (n=50)	48,48 (8,89)	26,3 (5,48)	22,18 (3,97)
Leve	Media (n=22)	48,23 (5,91)	26,14 (4,15)	22,09 (2,77)
Moderado	Media (n=13)	45 (5,81)	24,85 (4,01)	20,15 (2,82)
Severo	Media (n=5)	47,2 (13,14)	24,8 (8,92)	22,4 (4,33)

Tabla 9

Descripción del apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 en pacientes oncológicos según intensidad de la fatiga en el último mes, semana y día de la aplicación

Variables		Apoyo social percibido	Apoyo social de confianza	Apoyo social afectivo
Intensidad fatiga mes		Media (DE)		
Ausencia	Media (n=25)	45,64 (11,47)	24,36 (6,71)	21,28 (5,07)
Leve	Media (n=19)	48,16 (5,64)	26,58 (4,08)	21,58 (3,09)
Moderada	Media (n=19)	50,11 (5,44)	27,53 (3,33)	22,58 (2,54)
Severa	Media (n=27)	48,07 (7,22)	25,93 (5,1)	22,15 (2,93)
Intensidad fatiga semana		Media (DE)		
Ausencia	Media (n=30)	46,67 (10,95)	25,1 (6,41)	21,57 (4,9)
Leve	Media (n=15)	47,8 (5,003)	26,33 (4,1)	21,47 (3,02)
Moderada	Media (n=26)	49,31 (6,16)	26,81 (4,12)	22,50 (2,55)
Severa	Media (n=19)	47,74 (7,31)	25,89 (5,17)	21,84 (2,87)
Intensidad fatiga día		Media (DE)		
Ausencia	Media (n=40)	47,3 (9,83)	25,5 (5,94)	21,8 (4,36)
Leve	Media (n=21)	48,14 (6,31)	26,38 (4,29)	21,76 (3,36)
Moderada	Media (n=18)	48,94 (5,09)	26,94 (3,33)	22 (2,3)
Severa	Media (n=11)	47,45 (8,91)	25,27 (6,38)	22,18 (2,99)

Según lo obtenido con los ítems de la entrevista semiestructurada, la mayoría de los pacientes percibieron que el apoyo social por parte del entorno afectivo y del entorno sanitario fue tanto como el que desearían. Sin embargo, el apoyo familiar es definitivamente el que se percibe como más alto (97,8%) entre los pacientes y llama la atención que 4 pacientes expresaron no sentir ninguna clase de apoyo por parte de su médico tratante y 8 reportaron no sentir ningún tipo de apoyo por parte de su pareja.

Al observar la red de apoyo familiar de los pacientes se identifica que está fundamentalmente constituida por los hermanos (39), la pareja (33), los hijos (32) y la madre (28). Es importante anotar que los pacientes mencionaron contar con una o varias personas.

Por otro lado en cuanto a la red de apoyo social, los pacientes (38) consideran que no hay otro grupo o persona con la que perciban que puedan contar a diferencia de su familia. No obstante, los grupos religiosos son la fuente de apoyo más frecuente para los pacientes que sí consideran que pueden contar con alguien diferente a la familia. Al igual que con la red social familiar, los pacientes pudieron elegir uno o más personas o grupos de la red de apoyo social con la que consideraran que pueden contar.

En la Tabla 10 se observa que según el coeficiente de correlación de Spearman entre los subtipos de apoyo social y las escalas que miden ideación suicida se da una correlación débil y por tanto no lineal entre las variables. Así mismo se observa que no hay relaciones significativas entre dichas variables, por lo cual se acepta la hipótesis nula.

Tabla 10

Relación entre el apoyo social según el cuestionario DUKE-UNC 11 y la ideación suicida en pacientes oncológicos

	Ideación suicida							
	Escala 1		Escala 2		Escala 3		Escala 4	
	Coef. Spearman	P	Coef. Spearman	P	Coef. Spearman	P	Coef. Spearman	P
Apoyo social percibido	0,022	0,838	0,027	0,803	-0,009	0,931	0,083	0,438
Apoyo social de confianza	0,059	0,579	0,059	0,582	0,033	0,758	0,129	0,224
Apoyo social afectivo	-0,017	0,874	-0,009	0,930	-0,034	0,751	0,020	0,854

Nota. * Relación significativa $P \leq 0,05$. El Test de Kolmogorov-Smirnov ($P=0.000$) indica que la distribución de los datos en las Escalas no es normal.

En la Tabla 11 se encuentra que en las Escalas 1 y 2, la frecuencia de pacientes hombres con ideación suicida es de 33,3% de la población masculina total entrevistada. En cuanto a la religión, la Escala 1 identificó 19 pacientes con ideación suicida y la Escala 2, 18 pacientes. Las dos escalas identificaron 20 pacientes que siendo practicantes tienen ideación suicida. Por otro lado, el 30,5% según las Escalas 1 y 2 representa a 18 pacientes con cánceres de tejidos blandos que presentan ideación suicida. Finalmente las Escalas 1 y 2 encontraron 19 pacientes con ideación suicida que no habían reportado el estadio del cáncer en el que se encontraban.

La Tabla 12 muestra que las cuatro escalas encontraron frecuencias superiores a 15 pacientes con ideación suicida que habían presentado efectos secundarios del tratamiento oncológico. En cuanto al dolor percibido en el último mes, la última semana y en el día de la aplicación de las pruebas la frecuencia más alta (12) de ideación suicida fue encontrada a través de las Escalas 1 y 2 en pacientes que durante el día de la evaluación no tuvieron dolor, con un porcentaje de 24,5%. En cuanto a la percepción de fatiga, las Escalas 1 y 2 reportan la frecuencia más alta (10) de ideación suicida en pacientes que durante la última semana tuvieron una percepción de fatiga moderada, con un porcentaje de 38,5%.

Tabla 11

Pacientes con ideación suicida según variables sociodemográficas, tipo de cáncer y estadio

Variable		Escala 1 (n=25)		Escala 2 (n=25)		Escala 3 (n=20)		Escala 4 (n=18)	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	8	21,1	8	21,1	5	13,2	8	20,5
	Masculino	17	33,3	17	33,3	15	29,4	10	19,6
Rango de edad	18 a 40 años	12	30,8	12	30,8	10	25,6	7	17,5
	41 a 60 años	8	23,5	8	23,5	6	17,6	7	26,6
	> 60 años	4	36,4	4	36,4	4	36,4	3	27,3
Estado Civil	Soltero	13	38,2	13	38,2	10	29,4	10	28,6
	Casado	8	30,8	8	30,8	6	23,1	6	23,1
	Unión libre	4	20	4	20	4	20	2	10
	Viudo	0	0	0	0	0	0	0	0
	Divorciado/separado	0	0	0	0	0	0	0	0
Religión	Cristiano católico	19	26,5	18	26,5	14	20,6	14	20,3
	Cristiano no católico	5	33,3	5	33,3	5	33,3	2	13,3
	Otra	2	66,7	2	66,7	1	33,3	2	66,7
	Ninguna	0	0	0	0	0	0	0	0
Practicante	No	5	38,5	5	38,5	4	30,8	3	23,1
	Sí	20	27,4	20	27,4	16	21,9	15	20,3
	No aplica	0	0	0	0	0	0	0	0
Tipo de cáncer	Cáncer de tejidos blandos	18	30,5	18	30,5	13	22	12	20
	Cáncer gastrointestinal	6	23,1	6	23,1	6	23,1	5	19,2
	Cáncer de seno	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cáncer de aparato reproductivo	1	100	1	100	1	100	1	100
	Otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Estadio	Estadío I	1	100	1	100	0	0	1	100
	Estadío II	1	20	1	20	1	20	0	0
	Estadío III	3	23,1	3	23,1	3	23,1	1	7,7
	Estadío IV	1	20	1	20	1	20	1	20
	No reportado	19	29,2	19	29,2	15	23,1	15	22,7

Tabla 12

Pacientes con ideación suicida según variables somáticas

Variable		Escala 1		Escala 2		Escala 3		Escala 4		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Efectos secundarios del tratamiento	Sí	21	33,9	21	33,9	16	25,8	15	23,8	
	No	4	14,8	4	14,8	4	14,8	3	11,1	
Nivel de malestar percibido	Ninguno	5	33,3	5	33,3	4	26,7	3	18,8	
	Alto	6	27,3	6	27,3	6	27,3	5	22,7	
	Medio	9	32,7	9	32,7	5	17,9	6	21,4	
	Bajo	5	26,3	5	26,3	5	26,3	4	21,1	
	No reportado	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dolor	Mes	Ausencia	4	18,2	4	18,2	3	13,6	2	9,1
		Leve	4	25	4	25	4	25	3	17,6
		Moderado	9	50	9	50	6	33,3	6	33,3
		Severo	8	24,2	8	24,2	7	21,2	7	21,2
	Semana	Ausencia	5	17,2	5	17,2	4	13,8	3	10
		Leve	6	26,1	6	26,1	3	13	6	26,1
		Moderado	9	42,9	9	42,9	9	42,9	5	23,8
		Severo	5	31,3	5	31,3	4	25	4	25
	Día	Ausencia	12	24,5	12	24,5	9	18,4	10	20
		Leve	8	36,4	8	36,4	6	27,3	4	18,2
		Moderado	4	30,8	4	30,8	4	30,8	3	23,1
		Severo	1	20	1	20	1	20	1	20
Fatiga	Mes	Ausencia	4	16,7	4	16,7	4	16,7	2	8
		Leve	7	36,8	7	36,8	5	26,3	6	31,6
		Moderado	7	36,8	7	36,8	6	31,6	4	21,1
		Severo	7	25,9	7	25,9	5	18,5	6	22,2
	Semana	Ausencia	5	17,2	5	17,2	4	13,8	3	10
		Leve	5	33,3	5	33,3	4	26,7	5	33,3
		Moderado	10	38,5	10	38,5	7	26,9	7	26,9
		Severo	5	26,3	5	26,3	5	26,3	3	15,8
	Día	Ausencia	9	23,1	9	23,1	7	17,9	7	17,5
		Leve	7	33,3	7	33,3	5	23,8	6	28,6
		Moderado	6	33,3	6	33,3	5	27,8	4	22,2
		Severo	3	27,3	3	27,3	3	27,3	1	9,1

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo correlacionar la ideación suicida y el apoyo social bajo la hipótesis de que existe relación entre estas dos variables; los antecedentes empíricos plantean que los pacientes oncológicos que se sienten socialmente apoyados, tienen una menor probabilidad de tener ideación suicida y otras conductas suicidas. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio muestran que no existe tal relación.

Esto difiere de lo planteado por Trevino et al. (2013) e Imran et al. (2009) para quienes el apoyo social es un factor protector de la ideación suicida, que genera una sensación de bienestar en los pacientes y por consiguiente disminuye el malestar psicológico.

¿Qué puede explicar este resultado que contradice la evidencia?

Una posibilidad puede tener que ver con la deseabilidad social de los pacientes. Se trata de pacientes oncológicos en estadios avanzados de la enfermedad, en condición de hospitalización y en tratamiento oncológico. En esta situación de vulnerabilidad ¿Será posible que los pacientes sientan que admitir la presencia de ideación suicida y de bajo apoyo social aumenta su vulnerabilidad y los pone en un mayor riesgo?

Otro factor que no fue evaluado pero que podría explicar este resultado es la personalidad de los pacientes que a su vez podría estar asociada con la tendencia a la deseabilidad social. Particularmente se discute acerca de la personalidad tipo C. Este tipo de personalidad se le atribuye a personas que tienen alguna enfermedad de carácter crónico como el cáncer, que se caracterizan por comportarse de manera rígida y convencional, por presentar supresión en la expresión emocional, ser extremadamente cooperativos y pasivos, evitando situaciones conflictivas por medio de la búsqueda constante de la aceptación y aprobación (Vinaccia, 2005).

De esta manera, admitir pensamientos suicidas sería una conducta poco probable en este tipo de pacientes y que sugiere al clínico y en general al personal de los equipos de salud de Oncología, la importancia de considerar una evaluación de las características de personalidad de los pacientes y por tanto, la atención psicooncológica como parte del protocolo de manejo del paciente con cáncer.

El cáncer ha sido clasificado como una enfermedad catastrófica que de acuerdo con Rincón-Hoyos et al. (2006), impacta las diferentes dimensiones de la vida personal y familiar de quien la desarrolla y por lo tanto afecta la calidad de vida percibida. La ley 100 de 1993, que en Colombia regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconoce que las enfermedades de alto costo, como el cáncer, tienen impacto psicológico y social, además identifica la pertinencia de dar apoyo integral en el que la participación del psicólogo está concebida. No obstante, cabe resaltar que aun así, no todos los servicios de Oncología cuentan con psicooncólogos.

Es posible también que este resultado que niega la relación entre estas dos variables, apoyo social e ideación suicida pudiera estar mediado por la estigmatización que se tiene del cáncer (Palacios-Espinosa & Zani, 2012).

Algunos estudios han encontrado que existe alta incidencia de actitudes negativas, estereotipos y discriminación hacia los pacientes oncológicos, lo cual eleva los síntomas depresivos, el malestar psicológico, la ansiedad y el miedo en los pacientes, razón por la cual buscan modificar la forma en la que se relacionan socialmente con los otros intentando encontrar aceptación y reducción de dichas actitudes negativas (Cho et al., 2013). Así que nuevamente cabe cuestionarse si, ¿el hecho de admitir la ideación suicida o un bajo apoyo social podría restar la aceptación y aumentar las actitudes negativas por parte de su red social formal e informal?

También consideramos importante resaltar que otras variables pueden favorecer la deseabilidad social. Por ejemplo, las creencias religiosas, el grupo étnico al que pertenece la persona, la efectividad de las relaciones sociales y el estatus socioeconómico (Tang et al., 2015). En general resulta interesante que las personas buscan mostrar una imagen más favorable de ellos mismos que sea congruente con los valores socialmente aceptados y que le permitan evitar ser criticado. De esta manera la deseabilidad social se presenta comúnmente cuando se evalúan temas que son socialmente sensibles como el suicidio, la violencia doméstica o el uso de alcohol y drogas (van de Mortel, 2008).

A pesar de que la deseabilidad social es un factor relevante para este análisis, la ideación suicida en la población oncológica es una realidad. En la revisión de la literatura realizada por Palacios-Espinosa y Ocampo (2011) se indica que el suicidio en el paciente con cáncer es dos veces mayor que en la población general y en la revisión realizada por Robson et al. (2010) se reporta que la prevalencia de ideación suicida en los pacientes con cáncer puede variar en un amplio rango que va de 0,8 a 71,4%. En el estudio de Leal et al. (2014) realizado con pacientes oncológicos colombianos, se encontró que la prevalencia de ideación suicida estuvo entre 17.3% y 24.5%. En congruencia con lo anterior, el presente estudio también permitió confirmar que efectivamente los pacientes con cáncer sí presentan ideación suicida y que la incidencia, dependiendo de la medida utilizada oscila entre 5,6% y 27,77%. Esta evidencia confirma la pertinencia de evaluar esta variable en los pacientes oncológicos y de continuar desarrollando investigación al respecto.

La medición de la ideación suicida se realizó a partir de varios instrumentos y luego se analizaron los resultados utilizando las escalas propuestas por Leal et al. (2014), todas ellas constituidas por ítems de instrumentos que se habían utilizado previamente en el contexto clínico

con este tipo de pacientes. Ciertamente, las escalas propuestas permiten identificar una mayor proporción de pacientes con ideación suicida y confirman la necesidad de utilizar varias medidas para evaluar esta conducta. En congruencia con el estudio en mención, se encontró que la Escala 1 tiene una alta sensibilidad y especificidad y en contraposición con lo hallado en el mismo estudio, esta vez fue la Escala 2 la que demostró tener una mayor sensibilidad y especificidad; es decir la capacidad que tiene una prueba para identificar correctamente la proporción de casos positivos o que efectivamente tengan la condición estudiada y el grado de exactitud que tiene una prueba para identificar la proporción de sujetos negativos o sanos, respectivamente (Altman & Bland, 1994).

Esto significa que el uso de estas escalas permite identificar a los pacientes oncológicos con ideación suicida con mayor precisión que las medidas individuales y que pueden tenerse en cuenta a la hora de hacer evaluaciones más cortas de esta variable en este grupo poblacional. De esta manera, las escalas 1 y 2 siendo las más sensibles y específicas (93.3 y 85.1 respectivamente) están conformadas por ítems del SSI y de la entrevista semiestructurada, diferenciándose porque la escala 1 incluye además el ítem 9 de BDI. Por otro lado la escala 4 tuvo la mayor especificidad, lo cual indica que discrimina con mayor precisión los casos sin ideación suicida (92).

Con base en lo anterior es importante considerar que de acuerdo a los altos coeficientes de sensibilidad y especificidad de las escalas es pertinente usarlas en lugar de los instrumentos completos, en tanto implica un menor tiempo de aplicación, al ser menos ítems y una mayor facilidad tanto para los entrevistados como para los entrevistadores.

La reducción en el tiempo de aplicación y la extensión de las pruebas de evaluación es una característica importante en esta población de pacientes dado que como se observará más

adelante presentan una alta sintomatología, malestar, efectos secundarios del tratamiento y en específico fatigabilidad. Además, la mayoría de ellos se encuentran en estadíos avanzados del cáncer.

El apoyo social fue evaluado con instrumentos que, como aquellos para evaluar la ideación suicida, habían sido utilizados previamente con éxito en el contexto clínico con este tipo de pacientes: el DUKE-UNC 11 y una entrevista semiestructurada. En general, los puntajes mostraron que los pacientes perciben tener un alto apoyo social en su entorno afectivo y en el entorno sanitario.

Sin embargo, discutimos la posibilidad de que este resultado esté vinculado igualmente a la deseabilidad social, en tanto los pacientes buscan mostrar la mejor faceta de sí mismos y de su contexto, lo cual incluye tanto a su familia como al equipo de salud tratante. De esta manera, evitan mencionar las falencias en el apoyo recibido, ya que al expresarlas podría generar conflictos en su red social.

Es importante entonces anotar el hecho de que 4 de los 90 pacientes entrevistados no se han sentido apoyados por el médico tratante, la literatura plantea que la confianza es una característica fundamental en la relación médico-paciente, ya que mejora la comunicación y aumenta la percepción de apoyo social tanto emocional como informativo del paciente con respecto a su médico (Ommen et al., 2008); otros autores plantean que percibir bajos niveles de apoyo por parte equipo médico tratante puede aumentar la probabilidad de ideación suicida (Lin et al., 2009).

Por otro lado se identificó que 8 pacientes reportaron no sentirse apoyados por su pareja, donde la mitad eran mujeres. La literatura plantea que la percepción que tiene el paciente de apoyo social por parte de la pareja puede ser baja, cuando la relación era desadaptativa o

conflictiva antes del diagnóstico de cáncer, ya que estos episodios previos podrían afectar el ajuste que tenga la pareja a la enfermedad y por ende la disposición a brindar el apoyo, generando aislamiento y mala comunicación tanto en el paciente como en su pareja (Lichtman, Taylor & Wood, 2008). Así mismo se ha discutido la baja percepción de apoyo por parte de las mujeres con cáncer, lo cual según Costa y Ballester (2010) se ha observado en estudios con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, al compararlas con mujeres solteras con bajos índices de calidad de vida.

El apoyo social en este estudio no mostró ser un factor protector para la ideación suicida pues incluso los pacientes con estos pensamientos reportaron tener una alta percepción de apoyo social. Hemos mencionado previamente la vulnerabilidad específicamente de los participantes de este estudio y consideramos que posiblemente eso contribuye a la deseabilidad pues reportar que no se sienten cuidados o apoyados podría implicar el distanciamiento y el conflicto con quienes eventualmente pueden proveerles atención.

En lo referente a la red de apoyo social de los pacientes, se encontró que está fundamentalmente compuesta por la madre, los hermanos, la pareja y los hijos. En el análisis realizado no se discriminó el sexo de los hermanos, los hijos y la pareja pero en congruencia con lo planteado previamente, es probable que se trate de mujeres.

En cuanto a las variables sociodemográficas y somáticas evaluadas, consideramos que también pueden tener algún tipo de influencia en la presencia o no de la ideación suicida y en la percepción del apoyo social.

Se encontró que los hombres tienen mayor percepción de apoyo social que las mujeres, con una media de 49, 01. La literatura plantea diferencias en la percepción del apoyo entre hombres y mujeres, enfatizando en la importancia que tiene para la mujer el tamaño de la red social y la

relevancia que tiene para el hombre recibir apoyo de tipo instrumental (De Groot, 2002). En cuanto a la ideación suicida, los hombres también presentan la proporción más alta (17), lo que es congruente con la literatura que plantea que los hombres diagnosticados con cáncer cometen suicidio en proporciones más altas que las mujeres con cáncer. Además, Spoletini et al. (2011) indican que las conductas suicidas efectivamente se relacionan con el sexo masculino, los estadios avanzados de la enfermedad, el tipo de cáncer (de cuello o cabeza), un insuficiente apoyo social y opciones limitadas de tratamiento.

En cuanto a la edad y el estado civil, se encontró que los pacientes entre los 41 y los 60 años tienen una mayor percepción de apoyo social, al igual que las personas casadas. Por otro lado en torno a estas variables y la ideación suicida, se observa que los pacientes más jóvenes (18 a 40 años) presentan la mayor proporción de ideación suicida (12), lo cual coincide con lo expuesto por Die Trill (2012), quien señala que los jóvenes son más propensos a tener mayores niveles de depresión, desesperanza e ideación suicida. Pero así mismo, llama la atención que los pacientes con menor ideación suicida fueron los mayores de 60 años, lo que contradice los hallazgos de Quan, Arboleda-Flórez, Fick, Stuart y Love (2002). También se observó que los pacientes solteros fueron quienes presentaron mayor ideación suicida. Cabe preguntarse si tener pareja es un factor de protección para prevenir la ideación suicida en estos pacientes.

En cuanto a la variable religión, los pacientes no católicos y practicantes son quienes presentan los niveles más altos de apoyo social, mientras que los cristianos católicos y practicantes son quienes presentan más ideación suicida. Las creencias religiosas parecen tener una influencia en la percepción de apoyo social, pues las personas se consideran parte de una gran comunidad que comparte sus mismas creencias y están disponibles para brindar apoyo y compañía en los momentos de mayor necesidad (Howsepian & Merluzzi, 2009). Esto podría

explicar la mayor percepción de apoyo social en los pacientes cristianos no católicos en tanto se ha observado que los rituales propios de esta afiliación religiosa contemplan la conformación de grupos de apoyo que permiten a los pacientes desarrollar un sentido de pertenencia basado en la unidad que influye en su percepción de apoyo (Rodríguez, 2008).

Con respecto al tipo de cáncer, los resultados no son concluyentes pues el tipo de cáncer más común fue el de tejidos blandos (66,7%) y las mayores cifras de ideación suicida estuvieron entre los pacientes con este tipo de cáncer (18). En segundo lugar se encontró al cáncer gastrointestinal con 6 pacientes que reportaron tener ideación suicida; en relación a esto la literatura plantea que los pacientes con cáncer gastrointestinal al igual que con cáncer de pulmón, reportan mayores deseos de apresurar la muerte, mayor malestar psicológico y mayor riesgo suicida que otros tipos de cáncer (Mystakidou et al., 2006). Sin embargo, nosotros encontramos en este estudio que la percepción más alta de apoyo social la tuvieron los pacientes con este tipo de cáncer. Así que nuevamente este resultado podría sugerir que el apoyo social no es entre ellos un factor de protección para la conducta suicida.

El estadio del cáncer parece ser un factor de riesgo para la presencia de ideación suicida e incluso para que los pacientes comenten suicidio. La literatura muestra que los pacientes en estadios III y IV de la enfermedad son más propensos a tener pensamientos de muerte y a suicidarse, incluso después de haber tenido un buen ajuste a la enfermedad (Ahn et al., 2015). Así pues según lo encontrado por Akechi et al. (2010) los factores biomédicos como el funcionamiento físico y un estadio avanzado del cáncer son factores de riesgo significativo para la ideación suicida sobretodo en hombres diagnosticados con cáncer. En el presente estudio a pesar de que se encontró que 3 pacientes en estadio III tenían ideación suicida, los datos no son concluyentes pues en el 73,3% de la muestra no se reportó el estadio de la enfermedad. En

consecuencia y considerando que este es un predictor de la conducta suicida en el paciente oncológico, en futuras investigaciones se sugiere conseguir siempre el dato. En este estudio en particular, la historia clínica no lo reportaba.

En cuanto a las variables somáticas se ha discutido ampliamente en la literatura acerca de la relación del tratamiento y sus efectos secundarios con la calidad de vida y el malestar emocional de los pacientes oncológicos, resaltando que entre más efectos secundarios se produzcan, con una intensidad de moderada a alta, el malestar incrementa significativamente, afectando su dimensión física y psicológica (Costa & Ballester, 2010; Hernández, et al., 2012). En nuestro estudio, el 70% de los pacientes reportaron no haber tenido efectos secundarios del tratamiento y obtuvieron las medias más altas de apoyo social de confianza y afectivo, lo cual según la literatura se relacionaría con un bajo riesgo suicida. En concordancia con lo anterior, dentro de las cuatro escalas utilizadas las personas con ideación suicida (15) habían presentado efectos secundarios del tratamiento oncológico. Por otro lado el 31.1% de las personas reportaron haber percibido un nivel medio de malestar y posteriormente se encontró una frecuencia de 15 personas con ideación suicida y nivel de malestar de medio a alto.

Particularmente dentro de los efectos del tratamiento se ha observado que la presencia de dolor persistente en las últimas dos semanas afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, influyendo en la aparición de síntomas depresivos y aumentando el riesgo de suicidio (Anguiano, et al., 2012; Hernández, et al., 2012). En la muestra del presente estudio se observan altas cifras de dolor. El 75,5% de los pacientes experimentaron dolor en el último mes; 66,66% en la última semana y 44,44% el día de la evaluación, lo cual según la literatura implica que estos pacientes se encuentran en riesgo de padecer síntomas depresivos (Anguiano et al., 2012; Wilson et al., 2014). Sin embargo cabe resaltar que los pacientes que reportaron tener dolor severo tanto

en el último mes como en la última semana, afirmaron que recibieron tanto apoyo social como el que desearían.

De acuerdo con Hughes et al. (2014) el apoyo social se relaciona positivamente con un mejor manejo del dolor y menor probabilidad de padecer síntomas depresivos, en tanto el apoyo social percibido durante el diagnóstico es un factor que ayuda a reducir el desarrollo posterior de dolor y síntomas depresivos.

En el presente estudio se observó la presencia de fatiga en la muestra. 72,22% reportaron haber experimentado fatiga en el último mes, en su mayoría de intensidad severa (30%); y el 66,66% de los pacientes reportaron haber experimentado fatiga en la última semana, en su mayoría de intensidad moderada (28,88%). Varios autores han reportado que la fatiga favorece la percepción de poca vitalidad y el aumento del aislamiento en los pacientes con cáncer (Costa & Ballester, 2010; Hernández, et al., 2012).

Se reconoce que la presencia de estas variables somáticas influye en la percepción que tiene el paciente de contar con un mal estado de salud, provocando en la mayoría de los casos un alto malestar emocional, síntomas depresivos, incluyendo pensamientos de muerte (Costa & Ballester, 2010).

Es necesario señalar las limitaciones del presente estudio en tanto pudieron intervenir con los resultados obtenidos. Principalmente cabe destacar el tamaño de la muestra que imposibilita generalizar los resultados. Así mismo es importante mencionar que los datos fueron obtenidos en dos unidades oncológicas en las que la población era de pacientes con características similares en términos del nivel educativo y el estrato socioeconómico: bajo y medio.

El momento histórico de Colombia frente a las actividades y desarrollo de investigación es definitivamente distante del de otros países líderes en la investigación psicooncológica. En

nuestro país, los pacientes no tienen el hábito de participar en investigación y tampoco el hábito de buscar apoyo psicológico pues aún hay prejuicios relacionados con que los psicólogos atienden a personas mentalmente enfermas o débiles. Esto y el tema de la investigación pueden explicar que varios pacientes se hayan negado a participar en el estudio. A menudo se encontró que al ser invitados a participar, los pacientes reportaron que abordar temas sensibles como la ideación suicida y la desesperanza, podría provocar reacciones emocionales que afectarían su salud: “no quiero participar, porque si lloro se me bajan las defensas y eso me hace daño”.

Además algunos de los miembros del equipo de salud expresaron que abordar este tipo de temáticas como el suicidio y la desesperanza puede perjudicar a los pacientes que requieren de motivación y entusiasmo para seguir afrontando su proceso. Sumado a esto, se hizo evidente el pobre posicionamiento del psicólogo dentro de los equipos de Oncología, el desconocimiento de algunos de ellos acerca del trabajo interdisciplinario y de la pertinencia o relevancia de abordar este tipo de temas con el paciente oncológico. En congruencia con lo anterior, tampoco los pacientes comprendieron las razones para ser abordados por estos profesionales.

Algunas preguntas que ameritarían ser abordadas en futuras investigaciones, surgen de este estudio que ha puesto en duda el efecto protector del apoyo social en la ideación suicida: ¿El apoyo social es un factor protector de la percepción de malestar, de sufrimiento, de dolor, etc., en el paciente oncológico? Según Hughes et al. (2014) se ha identificado que sobrevivientes de cáncer que antes del diagnóstico y tratamiento contaban con poco apoyo social presentaban posteriormente niveles más altos de dolor y malestar percibido que personas que si contaban con apoyo antes. En tal caso no sería el apoyo social el que estaría directamente relacionado con la ideación suicida sino la experiencia de múltiples síntomas propios del curso de la enfermedad y del tratamiento.

La literatura indica que el estadio del cáncer está asociado con la ideación suicida. Nuestro estudio puso en evidencia que este es un dato que no está siempre registrado en la historia clínica de los pacientes. Nosotros no lo preguntamos al paciente pero nos preguntamos, ¿Si no está registrado en su historia clínica, los pacientes tampoco lo conocen?

Adicionalmente es pertinente considerar la inclusión de pacientes en estadios tempranos del cáncer para verificar si se cumple lo que la literatura plantea respecto a que el primer año después del diagnóstico el aquel en el que la ideación suicida es más alta.

¿Ser ingresados oportunamente en un programa de cuidado paliativo efectivo puede disminuir la ideación suicida en los pacientes oncológicos? La mayoría de los pacientes con ideación suicida reportaron tener malestar, dolor, fatiga y efectos secundarios del tratamiento.

Otra inquietud que surge de este estudio es si resulta pertinente evaluar a las familias, en cuanto a la percepción del apoyo social que consideran brindar y comparar con la percepción de los pacientes. Lo anterior considerando que el 100% de los pacientes cuenta con al menos una persona de la familia como parte de su red de apoyo social.

Así mismo valdría la pena fortalecer el apoyo social de confianza entre el paciente y toda su red de apoyo social que incluye cuidadores formales e informales, pues este es el que permitiría expresar los sentimientos tanto positivos como negativos que se experimentan a lo largo del curso de la enfermedad. También surge la pregunta de sí ¿Será posible pensar que el apoyo social afectivo actúe como un inhibidor del apoyo social de confianza en tanto aumente la discapacidad social?

Y finalmente en cuanto a la ideación suicida surge la duda relacionada con la discapacidad social si ¿habría que pensar en otras formas de preguntar sobre la ideación suicida? O si la estrategia más pertinente es siempre hablar de temas positivos y a través de ellos llegar a aquellos

que no lo son. Estas preguntas surgen a raíz de la evidente influencia que puede tener la deseabilidad social en las respuestas que da la persona, pero además de los hallazgos sobre la prevalencia de la ideación suicida en pacientes con cáncer, ya que se podría pensar que dicha prevalencia podría aumentar si hubiera más libertad para hablar de ellos y menos estigmatización de temas tales como el suicidio, lo cual podría incluso ayudar a reducir las tasas de muerte por suicidio ya que las personas podrían buscar ayuda profesional sin el temor a ser juzgados y señalados (WHO, 2000).

En la literatura hay evidencia suficiente de la presencia de depresión, desmoralización, ansiedad, desesperanza, sufrimiento y experimentación de síntomas desagradables producidos por la enfermedad y por su tratamiento en pacientes oncológicos. Llama la atención que la ideación suicida y las conductas suicidas, estrechamente vinculada a los anteriores, sea de menor interés para los investigadores. No obstante los escasos antecedentes empíricos, los resultados son concluyentes: el paciente con cáncer también considera el suicidio y lo hace en mayor proporción que la población general.

El dolor y la fatiga en el paciente con cáncer, variables que por lo contrario son de amplio y creciente interés entre los investigadores, demostraron estar presentes en diferente intensidad en los pacientes de este estudio y especialmente en aquellos con ideación suicida.

Ciertamente el apoyo social es una condición deseable para todos los seres humanos. En este estudio la percepción de apoyo social es muy alta. Es importante definir el grado de satisfacción, la evaluación que el paciente hace de la calidad de ese apoyo social y la funcionalidad de la red de apoyo que reportan tener.

A modo de conclusión se considera recomendable realizar este tipo de investigaciones en la población estudiada debido a que pueden tener una repercusión en la calidad de vida de los

pacientes, razón por la cual es necesario generar condiciones que permitan generalizar los datos a la población Colombiana, teniendo en cuenta que la mayoría de los antecedentes son de origen europeo o norteamericano.

Referencias

- Ahn, M., Park, S., Lee, H., Ramsey, C., Na, R., Kim, S., & Kim, J. (2015). Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psycho-Oncology*, 24, 601-607. doi: 10.1002/pon.3705
- Akechi, T., Okamura, H., Nakano, T., Nobuya, A., Okamura, M., Shimizu, K., Okuyama, T., Toshiaki, F., & Uchitomi, Y. (2010). Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19, 384-389. doi: 10.1002/pon.1587.
- Alonso, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten primaria*, 19, 118-123. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4205757>
- Altman, D., & Bland, J. (1994). Diagnostic Tests 2: predictive values. *BMJ*, 309, 102-102. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2540558/pdf/bmj00448-0038a.pdf>
- Anguiano, L., Mayer, D.K., Piven, M.L., & Rosenstein, D. (2012). A Literature Review of Suicide in Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 35(4), 14-26. doi: 10.1097/NCC.0b013e31822fc76c
- Aranguren, M. (2009, Julio). Modelos Teóricos De Comprensión Del Suicidio. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-020/155.pdf>
- Avendaño, M.J., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172. doi: 10.4067/S0718-48082008000200002

- Ávila-Toscano, J. H. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(2), 65-73. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4905171>
- Balc, M., Kaya, V., Ahmet, C., & Kaya, K. (2014). Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Med Sci Monit*, 20, 329-336. doi: 10.12659/MSM.889989
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/235746796_Social_support_stress_and_health_Apoyo_social_estrs_y_salud
- 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.
- Butow, P.N., Phillips, F., Schweder, J., White, K., Underhill, C., & Goldstein, D. (2012). Psychosocial well-being and supportive care needs of cancer patients living in urban and rural/regional areas: a systematic review. *Support Care Cancer*, 20, 1–22. doi: 10.1007/s00520-011-1270-1
- Calvo, J.M., Sánchez, R., & Tejada, P.A. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. Salud pública*, 5(2), 123-143. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n2/v5n2a02.pdf>
- Campbell, C., & Campbell, L. (2012). A systematic review of cognitive behavioral interventions in advanced cancer. *Patient education and counseling*, 89, 15-24. doi: 10.1016/j.pec.2012.06.019

- Carrobbles, J.A., Remor, E.A., Rodríguez Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>
- Castro-Rueda, V.A., Martínez-Villalba, A.M., Camacho, P.A., & Rueda-Jaimes, G.E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 39(4), 705-715. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000400007
- Cavers, D., Hacking, B., Erridge, S.C., Graham, P., Kendall, M., & Murray, S.A. (2013). Adjustment and support needs of glioma patients and their relatives: serial interviews. *Psycho-Oncology*, 22, 1299–1305. doi: 10.1002/pon.3136.
- Cho, J., Choi, E., Kim, S., Shin, D., Cho, B., Kim, C., Koh, D., Guallar, E., Bardwell, W., & Park, J. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22, 2372-2378. doi: 10.1002/pon.3302
- Cisneros, C. (2005). Depresión, suicidio y esquizofrenia. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 6, 118-125. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=50146&id_seccion=3192&id_ejemplar=5076&id_revista=192
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. Recuperado de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/AmerPsycholpaper.pdf>.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, pp. 1-168.

- Costa, G., & Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2-3), 453-462. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220453A/15077>
- 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 Groot, J. (2002). The complexity of the role of social support in relation to the psychological distress associated with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 277– 278. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00331-8
- 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 https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Decker, C.L. (2007). Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 16(1), 1-11. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16917852>
- Díaz, B.D., & González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatría*, 11(3), 106-115. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- Díaz-Atienza, F., Prados, M., & Ruiz-Veguilla, M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. *Revista*

- de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 10-19. Recuperado de <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/art4.pdf>
- Die Trill, M. (2012). Psychological aspects of depression in cancer patients: an update. *Annals of oncology*, 23(10), 302-305. doi:10.1093/annonc/mds350
- Dormer, N., McCaul, K., & Kristjanson, L. (2008). Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *MJA*, 188(3), 140-143. Recuperado de <https://www.mja.com.au/journal/2008/188/3/risk-suicide-cancer-patients-western-australia-1981-2002>
- Eom, C.S., Shin, D.W., Kim, S.Y., Yang, H.K., Jo, H.S., Kweon, S.S., Kang, Y.S., Kim, J.H., Cho, B.L., & Park, J.H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22, 1283–1290. doi: 10.1002/pon.3133
- Fairweather, A., Anstey, K., Rodgers, B., & Butterworth, O. (2006). Factors distinguishing suicide attempters from suicide ideators in a community sample: social issues and physical health problems. *Psychological medicine*, 36, 1235-1245. doi: 10.1017/S0033291706007823
- Gómez, M.M., & Lagoueyte, M.I. (2012). El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av.Enferm*, 30(1), 32-41. Recuperado de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-1/03_El_apoyo_social_Avanc_enferm_30-1_abril_24_12.pdf
- Guija, J.A., Giner, L., Marín, R., Blanco, M., & Parejo-Merino, J.A. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Rev Esp Med Legal*, 38(4), 161-171. doi: 10.1016/j.reml.2012.10.001

- Gustavsson, L., 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
- Gutiérrez-García, A.G., & Contreras, C.M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Mental*, 31(4), 321-330. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000400009&script=sci_arttext
- Gutiérrez-García, A.G., Contreras, C.M., Orozco-Rodríguez, R.C. (2006). El Suicidio, Conceptos Actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
- 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. doi: 10.1002/pon.3315
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J., & Kieltyka, L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic research*, 52, 279-283. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00235-5
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehler, U. (2003). Social Support and Oxytocin Interact to Suppress Cortisol and Subjective Responses to Psychosocial Stress. *Biol Psychiatry*, 54, 1389–1398. doi:10.1016/S0006-3223(03)00465-7
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. (1 era Ed.). México: McGraw-Hill. Recuperado en <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecaedes/metodologia-de-la-investigacion.pdf>

- Hernández, M., Cruzado, J.M., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.A., & Martín, J.C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895.
- Howsepian, B., & Merluzzi, T. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1069-1079. doi: 10.1002/pon.1442.
- Hughes, S., Jaremka, L.M., Alfano, C.M., Glaser, R., Povoski, S.P., Lipari, A.M., Agnese, D.M., Farrar, W.B., Yee, L.D., Carson III, W.E., Malarkey, W.E., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 38-44. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.12.016.
- Imran, H., Ahmad, R., & Ghazala, Y. (2009). Association between perceived social support and depression in cancer outpatients. *Pakistan Journal of Psychology*, 40(2), 45-56. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/968415915?accountid=50434>
- Inger, G., Ringdal, K., Jordhoy, M., & Kaasa, S. (2007). Does Social support from family and friends work as a buffer against reactions to stressful life events such as terminal cancer? *Palliative and supportive care*, 5, 61-69. doi: 10.1017/S1478951507070083
- Instituto Nacional de Medicina Legal. (2014). Boletín de prensa forensis 2013. Recuperado el 16 de abril de 2015 de:
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/145695/presentacion+forensis2014.pdf/3b0aa016-1a19-4322-9cf3-a9b9fd985978>
- Jatoi, A., Novotny, P., Cassivi, S., Clark, M.M., Midthun, D., Patten, C.A., Sloan, J., & Yang, P. (2007). Does Marital Status Impact Survival and Quality of Life in Patients with Non-Small

- Cell Lung Cancer? Observations from the Mayo Clinic Lung Cancer Cohort. *The Oncologist*, 12, 1456–1463. doi: 10.1634/theoncologist.12-12-1456.
- Joiner, T.E., Brown, J.S., & Wingate, L.R. (2005). The Psychology and Neurobiology of Suicidal Behavior. *Annu. Rev. Psychol*, 56, 287–314. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070320
- Joiner, T.E., Van Orden, K.A., Witte, T.K., & Rudd, M.D. (2009). *The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working with Suicidal Clients*. Washington, D.C: American Psychological Association. Disponible en: <http://www.apa.org/pubs/books/4317175.aspx>
- Katz, M.L., Reiter, P.L., Corbin, S., de Moor, J.S., Paskett, E.D., & Shapiro, C.L. (2010). Are rural Ohio Appalachia cancer survivors needs different than urban cancer survivors? *J Cancer Surviv*, 4, 140–148. doi: 10.1007/s11764-010-0115-0
- Kim, JM., Jang, JE., Stewart, R., Kim, SY., Kim, SW., Kang, HJ., Shin, IS., Park, MH., Yoon, JH., & Yoon, JS. (2013). Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 2848–2856. doi: 10.1002/pon.3367
- Krikorian, A., Limonero, J.T., & Maté, J. (2012). Suffering and distress at the end-of-life. *Psycho-Oncology*, 21, 799–808. doi: 10.1002/pon.2087
- Leal, D., Sandoval, L., Palacios, X., & Tovar, J. (2014). Proposed scales for measuring suicidal ideation in adult cancer patients. *Open Journal of medical psychology*, 3, 79-86. doi: 10.4236/ojmp.2014.31010.
- Leung, Y., Li, M., Devins, G., Zimmermann, C., Rydall1, A., Lo, C., & Rodin, G. (2013). Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 2537–2545. doi: 10.1002/pon.3319.

- Leung, J., Pachana, N.A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23, 1014–1020. doi: 10.1002/pon.3523
- Lichtman, R., Taylor, S., & Wood, J. (2008). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 5(3), 47-74. doi:10.1300/J077v05n03_03
- Lin, H., Wu, C., & Lee, H. (2009). Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18, 1038-1044. doi: 10.1002/pon.1483
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22, 2160–2168. doi: 10.1002/pon.3218
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J.A., Gómez-Benito, J., & Lalucat-Jo, L. (2013). Validation of the modified DUKE-UNC 11 Functional Social Support Questionnaire in patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1675–1685. doi 10.1007/s00127-012-0633-3
- Miller, R.C., Atherton, P.J., Kabat, B.F., Fredericksen, M.B., Geno, D.M., de Deschamps, C., Jatoi, A., Sloan, J.A., & Romero, Y. (2010). Marital Status and Quality of Life in Patients with Esophageal Cancer or Barrett's Esophagus: The Mayo Clinic Esophageal Adenocarcinoma and Barrett's Esophagus Registry Study. *Dig Dis Sci*, 55, 2860–2868. doi 10.1007/s10620-009-1100-1
- Minetti, R.A. (2011). El Suicidio como indicador: Integración y Moral en la Sociología de Émile Durkheim. *Aposta Revista de ciencias sociales*, 49, 1-23. Recuperado de <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/minetti.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología. (2012). Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf
- Mohammadi, M., Moradi, T., Bottai, M., Reutfors, J., Cao, Y., & Smedby, K.E. (2014). Risk and predictors of attempted and completed suicide in patients with hematological malignancies. *Psycho-Oncology*, 23, 1276–1282. doi: 10.1002/pon.3561
- Molina, J., Fernández, R., Llopis, J., & McCarty, C. (2008). El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. *Portularia*, 8(1), 61-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161017350004>
- Mystakidou, K., Parpa, O.E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2006). The Role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 355-360. doi: 10.1002/972
- O'Mahony, S., Goulet, J., Kornblith, A., Abbatiello, G., Clarke, B., Kless, S., Breitbart, W., & Payne, R. (2005). Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *Journal of pain and symptom management*, 29(5), 446-457. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15904747>
- Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmman-Sutter, C. (2014). Intentions in wishes to die: analysis and a typology – A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psycho-Oncology*, 23, 1021–1026. doi: 10.1002/pon.3524.
- Ommen, O., Janssen, C., Neugebauer, E., Bouillon, B., Rehm, K., Rangger, C., Erli, H., & Pfaff, H. (2008). Trust, social support and patient type--associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism,

- clarification and participation of severely injured patients. *Patient education and counseling*, 76(2), 196-204. doi: 10.1016/j.pec.2008.03.016.
- Palacio, A.F. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Emile Durkheim a nuestros días. *Revista Affectio Societatis*, 7(12), 1-12. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/6318/6520>
- Palacios, X., Barrera, A., Ordóñez, M., & Peña, M. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 40-62. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1206>
- Palacios, X., Ocampo, J. (2011). Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Revista Cienias.de la Salud*, 9(2), 173-190. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/1688/1505>
- Palacios, X., Rueda, A., & Valderrama, P. (2006). Relación de la intención suicida e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en persona con el VIH/SIDA. *Revista colombiana de psicología*, 15, 25-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401504>
- Palacios-Espinosa, X., & Zani, B. (2012). La stigmatisation de la maladie physique: le cas du cancer. *Psycho-oncol*, 6, 189-200. doi: 10.1007/s11839-012-0391-1
- Palomar, J., & Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista interamericana de psicología*, 41(2), 177-188. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441208>
- Paredes, B., Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Morales, B., Pajín, M., Fernández, I., García, I., Álvarez, V., Coto, E., Bascarán, M.T., Bousoño, M., & Bobes, J. (2008). Asociación entre el

- polimorfismo A-1438G del gen del receptor de serotonina 2A (5-HT_{2A}) e impulsividad del comportamiento suicida. *Emergencias*, 20(2), 93-100. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200008&lng=pt&tlng=es
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, A. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*, 20, 733–739. doi: 10.1007/s00520-011-1137-5
- Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J.C., Atuesta-Fajardo, J.Y., & Suárez-Díaz, M.J. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev. salud pública*, 10(3), 374-385. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf>
- Quan, H., Arboleda-Flórez, J., Fick, G.H., Stuart, H.L., Love, E.J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 190–197. Recuperado de http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/Suicide_and_Physical_Illness.pdf
- Quintanilla, R., Valadez, I., González, J.M., Vega, J.C., Flores, L.E., Valencia, S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, 6(2), 108-113. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14260209>
- Rasic, D., Lee, S., Bolton, J., Chochinov, H., & Sareen, J. (2008). Cancer, mental disorders, suicidal ideation, and attempts in a large community sample. *Psycho-Oncology*, 17, 660-667. doi: 10.1002/pon.1292

- Recklitis, C., Lockwood, R., Rothwell, M., & Diller, L. (2006). Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *Journal of clinical oncology*, 24(24), 3852-3857. doi: 10.1200/JCO.2006.06.5409
- Remor, E.A. (2000). *Infección por VIH y SIDA: Características psicológicas y adhesión al tratamiento*. Tesis Doctoral no publicada, UAM, Madrid.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*, 30(3), 143-149. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-apoyo-social-calidad-vida-infeccion-13035258>
- Rincón-Hoyos, H.G., Castillo, A., Reyes, C., Toro, C.E., Rivas, J.C., Pérez, A., Hoyos, M.G., Gómez, B., Moreano, D., Bersh, S., Salazar, O.F., Jiménez, S., Escobar, V., Nessim, J., Atehortúa, M., Tascón, M., & Ocampo, A. (2006). Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 44-71. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35s1/v35s1a05.pdf>
- Robson, A., Scrutto, F., Wilkinson, L., & MacLeod, F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-Oncology*, 19, 1250-1258. doi: 10.1002/pon.1717
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Aheperd, F.A., Moore, M., Braun, M., Donner, A., & Mikulinder, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 1080-1091. doi: 10.1002/pon.1186
- Rodriguez, R. (2008). La investigación de las relaciones entre religión y procesos de salud-enfermedad: abordajes y algunos resultados empíricos. *Investigación en salud*, 10(3), 51-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/142/14219995009.pdf>

- Rodríguez, F., González, J. L., Gracia, R., & Montes, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380. Recuperado de http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Schier, K., Biernat-Kałuza, E., & Gasik, G. (2015). Trauma symptoms, temperament traits, social support and the intensity of pain in a Polish sample of patients suffering from chronic pain. *Personality and Individual Differences*, 83, 13-17. doi:10.1016/j.paid.2015.03.036
- Schroevers, M.J., Helgeson, V.S., Sanderman, R., & Ranchor, A.V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 46-53. doi: 10.1002/pon.1501.
- Spoletini, I., Gianni, W., Caltagirone, C., Madaio, R., Repetto, L., & Spalletta, G. (2011). Suicide and cancer: where do we go from here? *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 78, 206-219. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.05.005
- Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 28(3), 236-240. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15915069>.
- Tang, G., Yan, P., Yan, C., Fu, B., Zhu, S., Huang, X., Wang, Y., & Lee, J. (2015). Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients. *Psycho-oncology*, 10, doi: 10.1002/pon.3880.
- Trevino, K.M., Fasciano, K., Block, S., & Prigerson, H. G. (2013). Correlates of social support in young adults with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 21, 421-429. doi: 10.1007/s00520-012-1536-2

- Trunzo, J., & Pinto, B.M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805-811. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.805.
- Van de Mortel, T. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of advanced Nursing*, 25(4), 40-48. Recuperado de http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=hahs_pubs
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*, 48(5), 289-91. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866334>
- Van Orden, K., Cukrowics, K., Witte, T., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, T. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. doi:10.1037/a0018697.
- Vargas, D. (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. *Revista Affectio Societatis*, 7(12), 1-13. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/6320>
- Vargas-Mendoza, J. (2010). Evaluación de la ideación suicida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. *Centro regional de investigaciones en psicología*, 4(1), 19-23. Recuperado de http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/50_evaluacion_ideacion_suicida_pacientes_cancer.pdf
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Pérez, B.E., Sánchez, M.O., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*, 23(2), 245-252. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/10-23_2.pdf

- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., & López, A. (2005). Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colo-rectal. *Universal Psychology*, 5(3), 575-583.
- Vollman, M., Renner, B., & Weber, H. (2007). Optimism and social support: the providers perspective. *Journal of Positive Psychology*, 2(3), 205-215. doi: 10.1080/17439760701409660
- Walker, J., Waters, R.A., Murray, G., Swanson, H., Hibberd, C.J., Rush, R.W., Storey, D.J., Strong, V.A., Fallon, M.T., Wall, L.R., & Sharpe, M. (2008). Better Off Dead: Suicidal Thoughts in Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 26(29), 4725-4730. doi: 10.1200/JCO.2007.11.8844
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 93–99. doi: 10.1002/pon.3376.
- Wilson, K.G., Dalgleish, T.L., Chochinov, H.M., Chary, S., Gagnon, P.R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., & Fainsinger, R.L. (2014). Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0, 1–8. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000604.
- World Health Organization. (2000). *Prevención del suicidio ¿cómo establecer un grupo de supervivientes?* Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf
- World Health Organization. (2015a). *Cáncer. Nota descriptiva N°297*. Recuperado en 05 de febrero de 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

World Health Organization. (2015b). *Temas de salud: Suicidio*. Recuperado en 10 de marzo de 2015 de [http: http://www.who.int/topics/suicide/es/](http://www.who.int/topics/suicide/es/)

Yamauchi, T., Inagaki, M., Yonemoto, N., Iwasaki, M., Inoue, M., Akechi, T., Iso, M., & Tsugane, S. (2014). Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psycho-Oncology*, 23, 1034–1041. doi: 10.1002/pon.3529.

Yilmaz Özpolat, A.G., Ayaz, T., Konag, O., & Özkan, A. (2014). Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cáncer. *Turk J Med Sci*, 44, 24-30. doi:10.3906/sag-1210-28

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER

JUSTIFICACIÓN

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

Esta es una investigación desarrollada por el Programa de Psicología de la Universidad del Rosario, dirigida por Ximena Palacios Espinosa, Psicóloga y profesora de esta Universidad. Además, participan en ella los psicólogos Yineth Preciado y Diana Escallón, psicólogos. Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por un Comité de Ética en Investigación.

OBJETIVOS

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

PROCEDIMIENTO

Si usted decide participar en esta investigación, tendrá una sesión de aproximadamente una hora y media con uno de los investigadores o auxiliares de investigación. En esa reunión, el investigador podrá realizar una o varias de las siguientes actividades con su ayuda: a) entrevista que debe ser grabada, b) reuniones en las que usted participará hablando de los temas que el investigador proponga en relación con el estudio y las cuales deben ser grabadas, c) diligenciar varias pruebas para evaluar: depresión, desesperanza, apoyo social, ansiedad e ideación suicida, d) ejercicios en los que usted deberá mencionar las palabras en las que piense cuando se le menciona una palabra específica. Todo tiene como objetivo recolectar información sobre los pensamientos relacionados con el deseo de suicidarse o de cometer el suicidio y sobre los factores asociados a esto.

MOLESTIAS O RIESGOS ESPERADOS

En general, consideramos que participar en esta investigación no le generará mayores molestias. Pero puede ser que al responder la entrevista y las pruebas, se sienta triste o recuerde cosas o eventos desagradables para usted. Si usted llegara a necesitar apoyo emocional en ese momento, el investigador está en capacidad de brindarle apoyo pero además, la Clínica/Hospital podrá remitirlo a su EPS para recibir apoyo emocional por parte de un especialista.

BENEFICIOS QUE PUEDE OBTENER AL PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

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



PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS QUE PUEDEN BENEFICIARLO

En caso de que usted decida no participar pero sienta que desea hablar sobre el sufrimiento, la muerte y el suicidio con alguien, usted puede hablar con su oncólogo para que lo remita a Psicología a través de su EPS.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

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

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

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

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

Entiendo que una copia de este documento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, para lo cual puedo contactar a:

Presidente del Comité de Ética en Investigación
Universidad del Rosario
Dirección: Carrera: 24 N° 63 C- 69
Teléfono: 347 45 70

XIMENA PALACIOS ESPINOSA
Investigador principal
Universidad del Rosario
Dirección: Carrera: 24 N° 63 C- 69
Teléfono: 347 45 70

Firma: _____
C.C.: _____
Teléfono: _____

Firma del testigo No.1 _____
C.C.: _____
Teléfono: _____

Firma del testigo No.2 _____
C.C.: _____
Teléfono: _____

