

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS, SOCIALES Y HUMANIDADES

PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



Factores Asociados a la Ideación Suicida en Pacientes con Cáncer que reciben Quimioterapia.

TESIS PRESENTADA POR:

EVELYN LAURA APAZA CAMINO

Para obtener el Título Profesional de
Licenciada en Psicología.

AREQUIPA – PERÚ

2012

Esta tesis está dedicada con todo amor y agradecimiento:

A Dios Todopoderoso, por guiarme en cada uno de mis pasos.

*A mis padres Nestor y Nancy, por ser los pilares
fundamentales de mi vida, por su apoyo incondicional,
esfuerzo, dedicación y confianza.*

RESUMEN

Se analiza la asociación entre la ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia con algunos factores sociodemográficos y clínicos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Se aplicó un cuestionario para obtener información acerca de los factores sociodemográficos y clínicos y la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck y colaboradores. La muestra estuvo conformada por 95 pacientes con cáncer atendidos en dicha institución. Los resultados más significativos demuestran asociación entre el género masculino, el nivel de instrucción primaria y secundaria, el estado civil soltero, viudo y separado, el desempleo y el ingreso económico menor a 1000 soles como factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida. Los factores clínicos asociados son el tipo de cáncer localizado en el estómago, pulmón o páncreas y los estadios IV y terminales de la enfermedad. La frecuencia de ideación suicida es de 29,47%.

ABSTRACT

We analyze the association between suicidal ideation in cancer patients receiving chemotherapy with clinical and sociodemographic factors in the Regional Institute of Neoplastic Diseases South. The instruments used were a questionnaire to obtain information on sociodemographic and clinical factors and the Scale of Suicide Ideation (SSI) of Beck et al. The sample consisted of 95 patients with cancer treated at that institution. The results show significant association between male sex, the level of primary and secondary education, marital status single, widowed and separated, unemployment and income less than 1000 suns as sociodemographic factors associated with suicidal ideation. Associated clinical factors are the type of cancer found in the stomach, lung or pancreas and stages IV and terminal illness. The frequency of suicidal ideation is 29.47%.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO



Introducción

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma de la humanidad y sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica del contexto. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades a través de la historia humana (Arlaes, Hernández y Cañizares, 1998). Sin embargo, a pesar de esta antigüedad, actualmente, el suicidio es un problema de salud pública en el ámbito mundial (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003). Cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio y se cree que el número de víctimas anuales podría ascender a cerca de un millón y medio antes del año 2020.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, el suicidio es definido como “la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional” (OMS, 1992). Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido como un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio o acto no mortal de autolesión deliberada y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio. El suicidio, por tanto, es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí (Pérez, 2005).

Estudios internacionales presentan al intento de suicidio como el principal factor de riesgo para el suicidio consumado (Botega, 2005), siendo mayor el riesgo durante el primer año. Nizama (2011), reporta que la prevalencia anual de deseos de suicidio es de 8,5% en el ámbito urbano y de 9,4% en el medio rural, siendo mayor en el ámbito rural que el urbano. Asimismo, señala que determinados factores sociodemográficos como la edades jóvenes y en los adultos mayores, el género masculino, y algunas características propias de la enfermedad como el grado de

extensión de la misma y el pronóstico incrementan el riesgo de ideación suicida (Nizama, 2011).

La relación entre el suicidio y las enfermedades orgánicas es significativa. Hay que considerar que existen enfermedades (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, entre otras) que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo. También, factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como pérdida de la movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, tratamientos médicos agresivos, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales (Torpy, Lynn y Glass, 2005). La enfermedad orgánica aumenta el riesgo autolítico. Por ejemplo, la prevalencia de vida de ideación suicida es de 16% y se incrementa a 25.5% cuando se asocia a una enfermedad somática y 35% si tiene dos enfermedades (Nizama, 2011).

Fang y colaboradores (2012), concluyen que el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer es de 12,6%, durante la primera semana después del diagnóstico y de 3,1 durante el primer año post diagnóstico. El sexo femenino, el estadio terminal de la enfermedad, la quimioterapia prolongada y el desarraigo familiar se asocian a mayor riesgo de suicidio.

Spencer y colaboradores (2012) señalan que comparando los pacientes con y sin ideación suicida, los primeros reportan no tener alguna afiliación religiosa, el desorden de pánico y el estrés postraumático se asocian a un riesgo incrementado de ideación suicida por el diagnóstico de cáncer, al igual que el sentimiento de autoeficacia, la capacidad de autocuidado y la experiencia previa con el manejo del estrés.

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (2008), reporta que la incidencia del suicidio en los pacientes con cáncer puede ser igual a la de la población general o llegar a ser entre 2 y 10 veces más frecuente. Algunos estudios indican que

todos los pacientes con cáncer se encuentran con un riesgo incrementado de suicidarse. Los pensamientos o ideación suicidas pasivos son comunes en los pacientes con cáncer. Las sobredosis con analgésicos y sedantes son el método más común de suicidio en los pacientes con cáncer.

En el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur), se ha observado, que efectivamente muchos de los pacientes a quienes se diagnóstica cáncer, sobre todo en estadios avanzados, con frecuencia reportan al personal de salud que ya no desean seguir viviendo, que su vida carece de sentido y que prefieren morir antes que seguir sufriendo y causar sufrimiento y gastos económicos a sus familiares. Asimismo, se reporta que en algunas ocasiones ha habido pacientes incluso hospitalizados, que han tenido intentos de suicidio, lo que demuestra que la ideación suicida es frecuente en este tipo de pacientes, por lo que se considera que requieren ayuda profesional para ayudarlos a afrontar el diagnóstico y a sobrellevar los efectos causados por la quimioterapia.

En tal sentido, el psicólogo desempeña un rol importante en el manejo de los pacientes con cáncer, los pacientes que se encuentran en su fase terminal necesitan manifestaciones de afecto y apoyo, del contacto humano al que valoran. Muchas veces los pacientes expresan su miedo de morir solos y en un hospital. Es necesario que el psicólogo tenga este punto en cuenta. Es importante también llegar a un acuerdo con el equipo de salud y con la familia para que el paciente, si lo desea, conozca todo lo relacionado con la gravedad de su situación a fin de poder dejar arreglados sus asuntos no concluidos, tanto afectivos como materiales. Podría, pues, ser una misión del psicólogo hablar de estos temas con el paciente, además de ofrecerle la paz y la tranquilidad que necesita para poder tener una muerte digna.

Con los pacientes que no están en estadios terminales, la labor del psicólogo en un hospital oncológico resulta indispensable, pues no sólo consiste en atender las necesidades emocionales, afectivas y terapéuticas de los pacientes, sino también de impartir a todo el personal que allí labora los conocimientos referentes a las

relaciones humanas para que conviva con esos pacientes y les ofrezca no sólo una atención física sino también emocional, pues suele suceder que labore en estos sitios personal no identificado con los sentimientos y emociones de los pacientes que puede maltratarlos.

La información anterior ha motivado la realización del presente estudio el cual tiene como propósito establecer los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

El informe final está estructurado en capítulos. En el Primer capítulo se presenta el marco teórico de la investigación, el segundo capítulo contiene el diseño metodológico. El tercer capítulo incluye el análisis de los resultados obtenidos durante el proceso de ejecución, finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

Interrogante

El estudio está orientado a resolver la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

Variables

Variable 1: Factores sociodemográficos y clínicos asociados: es definida operacionalmente como todas las circunstancias, características demográficas o situaciones que presentan los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia que pueden aumentar el riesgo de que presenten ideación suicida. Se han estudiado los siguientes factores sociodemográficos:

Edad: Es el número de años que tiene el paciente contados desde la fecha de nacimiento. Su categoría de medición fue el número de años. Se midió en escala numérica discreta.

Género: Es la condición orgánica que distingue al varón de la mujer. Sus categorías fueron masculino o femenino. Se midió en escala nominal.

Raza: Se aplica la caracterización a los seres humanos según las características biológicas que presentan como color de piel y rasgos faciales característicos, así que teniendo en cuenta estas diferencias se tienen las categorías de: blanca, mestiza y negra. Se midió en escala nominal.

Nivel de instrucción: Es el grado de escolaridad más avanzado que han alcanzado los pacientes. Se considera las categorías de: Analfabeto, si no ha realizado estudios, Primaria, si ha culminado los seis años de la educación primaria, Secundaria, si ha culminado los cinco años de la educación secundaria y superior si ha culminado estudios superiores técnicos o universitarios. Se midió en escala ordinal.

Estado civil: Es la situación de las personas naturales determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del estado de soltería. Las categorías fueron: soltero, casado, conviviente, viudo o separado. Se midió en escala nominal.

Actividad laboral: Se refiere a la clase de trabajo que efectúa el paciente. Se consideraron las categorías de: Con empleo, refiriéndose al paciente que cuenta con un empleo ya sea dependiente o independiente y sin empleo a las personas que están desocupadas. Se midió en escala nominal.

Los factores clínicos estudiados fueron:

Tipo de cáncer según localización: Es la denominación de la enfermedad según el órgano primariamente afectado. Las categorías fueron determinadas según la frecuencia de los diferentes tipos de cánceres en nuestro medio, se consideraron: Cáncer de mama, Cáncer de cuello uterino, Cáncer de Próstata, Cáncer de estómago,

Cáncer de pulmón, Cáncer de páncreas, Cáncer de hígado y vías biliares y otros. Se midió en escala nominal.

Tiempo de enfermedad: Es el tiempo transcurrido desde que al paciente se le diagnóstico la enfermedad, la categoría de medición fueron meses. Se midió en escala de razón.

Estadio de la enfermedad: Es el grado de avance o extensión de la enfermedad. Se midió en los estadios I que indica que el tumor es menor de 2 cm y no hay metástasis. Estadio II es aquel en que el tumor no mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados. O aquel que mide entre 2 y 5 cm y puede o no haberse extendido o el tumor que mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados. El estadio III que se divide en estadio IIIA y IIIB: El estadio III A puede integrar a las siguientes formas:

- El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras.

- El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados.

El estadio III B puede darse en los siguientes casos:

- El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).

- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.

El Estadio IV se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. El estadio de la enfermedad se midió en escala nominal.

Variable 2: Ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia: Variable medida en escala nominal que comprende un amplio espectro de pensamientos, que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la

acción, la idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico, la idea suicida con una adecuada planificación.

Interrogantes secundarias

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la ideación suicida de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

Objetivo principal

Determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Objetivos específicos

- Establecer los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

- Precisar los factores clínicos asociados a la ideación suicida de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.
- Establecer la frecuencia de ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.



Antecedentes Teórico Investigativos

Cáncer

“Cáncer” es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2010).

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en 2008. Los principales tipos de cáncer son los siguientes:

- Cáncer de pulmón (1,37 millones de defunciones).
- Cáncer gástrico (736 000 defunciones).
- Cáncer hepático (695 000 defunciones).
- Cáncer colorrectal (608 000) defunciones.
- Cáncer de mama (458 000 defunciones).
- Cáncer cervicouterino (275 000 defunciones).

Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de los principales tipos de cáncer son: el consumo de tabaco y alcohol, la dieta inadecuada con alto contenido de carbohidratos simples, azúcar refinada, carnes rojas, alimentos salados y ahumados, alimentos cocidos a la parrilla, dieta rica en grasas y pobres en verduras y frutas y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en todo el mundo. Las infecciones crónicas por virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC) y algunos tipos de virus Papiloma Humano (PVH) son factores de riesgo destacados en los países de ingresos bajos y medianos. El cáncer cervicouterino, causado por

virus Papiloma Humano (PVH), es una de las principales causas de defunción por cáncer en las mujeres de países de ingresos bajos (De Vitta, Hellman y Rosenberg, 2008).

En cuanto a la fisiopatología del cáncer, es fundamentalmente una enfermedad de la regulación del crecimiento de los tejidos. Para que una célula normal se transforme en una célula de cáncer, los genes que regulan el crecimiento celular y la diferenciación deben ser alterados. Los cambios genéticos pueden ocurrir en muchos niveles, desde la ganancia o pérdida de cromosomas enteros a una mutación que afecta a un solo nucleótido de ADN. Hay dos grandes categorías de genes que se ven afectados por estos cambios.

Oncogenes pueden ser genes normales que se expresan a niveles inadecuadamente altos, o los genes alterados que tienen propiedades nuevas. En cualquier caso, la expresión de estos genes favorece el fenotipo maligno de las células cancerosas.

Genes supresores de tumores son genes que inhiben la división celular, la supervivencia, u otras propiedades de las células cancerosas. Genes supresores de tumores a menudo son discapacitados por el cáncer y produce la promoción de cambios genéticos. Normalmente, los cambios en los genes son necesarios para transformar una célula normal en una célula cancerosa.

Hay un esquema de clasificación para la diversidad de los diversos cambios genómicos que pueden contribuir a la generación de las células cancerosas. La mayoría de estos cambios son mutaciones, o cambios en la secuencia de nucleótidos del ADN genómico. Aneuploidía, es la presencia de un número anormal de cromosomas, es un cambio genómico que no es una mutación, y puede afectar a cualquier ganancia o pérdida de uno o más cromosomas a través de los errores en la mitosis.

A gran escala, las mutaciones implican la eliminación o aumento de una porción de un cromosoma. La amplificación genómica se produce cuando una célula se gana muchas copias (a menudo 20 o más) de un locus cromosómico pequeña, por lo general contienen uno o más oncogenes y el material genético adyacente.

La translocación ocurre cuando dos regiones cromosómicas separadas se vuelven anormalmente fundido, a menudo en un lugar característico. Un ejemplo bien conocido de esto es el cromosoma Filadelfia o el desplazamiento de los cromosomas 9 y 22, lo que ocurre en la leucemia mieloide crónica, y los resultados en la producción de la proteína de fusión BCR-ABL, una tirosina quinasa oncogénica que determina el desarrollo y proliferación del cáncer.

La alteración de un gen también puede resultar de la integración del genoma de un virus de ADN, o retrovirus, y un evento también puede dar lugar a la expresión de oncogenes virales en la célula afectada y sus descendientes (De Vitta, et al 2008).

Principales Tipos de Cáncer que Afectan a la Población de Arequipa

Se ha considerado de acuerdo a los tipos de cánceres más frecuentes en pacientes atendidos en el IREN Sur, entre éstos se tiene:

Cáncer de cuello uterino: Es una enfermedad por la que se forman células malignas en los tejidos del cuello uterino. El cáncer de cuello uterino por lo general evoluciona lentamente con el paso del tiempo. Antes de que el cáncer aparezca en el cuello uterino, las células del cuello uterino atraviesan cambios llamados displasias por los que empiezan a aparecer en el tejido del cuello del útero células que no son normales. Luego, las células cancerosas comienzan a crecer y diseminarse más profundamente en el cuello uterino y las áreas cercanas (De Vitta, et al 2008).

Aunque el cáncer invasivo de cuello uterino es una enfermedad potencialmente prevenible sigue siendo un problema de salud pública debido a que afecta con una frecuencia desproporcionada a los países menos desarrollados (83,1% de casos y 85,5% de muertes). Globalmente, esta entidad se diagnostica a 490.000 mujeres y causa 273.000 muertes anuales. En el Perú, la Tasa cruda de Incidencia de este tipo de cáncer es de 40,4% y la Tasa de Mortalidad es de 19,9%.

La causa del cáncer de cuello uterino es la infección por el Virus del Papiloma Humano, los virus del papiloma humano (VPH) de alto (tipos 16 y 18) y de mediano

riesgo (tipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59) cumplen con los criterios de causalidad. Los de alto riesgo fueron reclasificados como carcinogénicos aunque se sugirió incluir también a los de mediano riesgo y a los tipos 68, 73 y 82 y denominar a los tipos 26, 53 y 66 como probablemente carcinogénicos. Los niveles elevados de material genético del VPH tienen alto valor predictivo en la progresión de la enfermedad. El riesgo de neoplasia cervical es proporcional al número de infecciones por VPH y existe una curva dosis-respuesta que muestra que sólo la exposición persistente a la infección puede producir carcinogénesis (American Cancer Society, 2012).

Dentro del grupo de factores de riesgo directos se encuentran el tabaquismo, la influencia hormonal, la infección por *Chlamydia trachomatis*, el tipo de HLA, la inmunosupresión y la susceptibilidad genética. Los carcinógenos del tabaco pueden encontrarse en el moco cervical de las mujeres fumadoras y, por tanto, el consumo de tabaco es una variable obligatoria en los estudios de causalidad. La asociación entre el uso de contraceptivos orales y el carcinoma cervical no es consistente y pierde significación cuando se ajusta por la presencia de infección por VPH. La *C. trachomatis* actuaría como cofactor del VPH considerándose de alto riesgo a sus tipos I, D y G. La dieta y la actividad física no han mostrado asociación causal. El carcinoma del cuello uterino es infrecuente en mujeres de menos de 30 años, rarísimo antes de los 20 años y desciende a partir de los 60 años, sin embargo puede aparecer a cualquier edad; con el inicio precoz de relaciones sexuales se puede presentar antes de los 20 años. La incidencia más elevada del cáncer del cuello uterino está entre los 40 a 60 años; promedio: 45 a 55 años; desciende notablemente después de los 60 años. La máxima incidencia del carcinoma cervical in situ está entre los 30 a 40 años y el invasivo entre los 40 años a 50 años. Se ha reportado que la edad promedio de la displasia es de 34 años, in situ 41 años e invasivo 48 años y de la neoplasia intraepitelial 30 años.

Los factores de riesgo indirectos más frecuentemente estudiados son el inicio temprano de la actividad sexual, el número de compañeros sexuales, el tener un compañero sexual de alto riesgo, el antecedente de enfermedades sexualmente

transmitidas, la multiparidad, el estado civil, la pobreza y el antecedente de citología anormal.

Cáncer de mama: “El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. El cáncer de mama humano es una enfermedad clonal; una célula individual transformada (el producto de una serie de mutaciones somáticas adquiridas o de línea germinal) acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. En consecuencia, el cáncer de mama puede existir por un período largo como enfermedad no invasora o una enfermedad invasora” (De Vitta et al, 2008).

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en el mundo. Su frecuencia varía ampliamente, los países de Norteamérica y Europa son los que tienen frecuencia más alta y los países de Asia y África tienen la más baja. En general, los países latinoamericanos también tienen baja frecuencia, a excepción de Argentina y Uruguay, los cuales tienen tasas de incidencia similares a los países de Europa. Este hecho se explica quizá por el origen mayoritariamente europeo de su población, a diferencia del resto de los países latinoamericanos, donde el mestizaje entre indígenas, europeos y negros es la característica predominante.

Los factores de riesgo del cáncer de mama son:

- Envejecimiento.
- Menarquia a edad muy temprana.
- Menopausia tardía.
- Tener el primer hijo a edad avanzada.
- Mujeres que no tuvieron hijos.
- No haber dado de lactar.
- Tener antecedentes personales de cáncer de mama o de otras enfermedades mamarias no cancerosas.
- Tener antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, abuela, hermana, hija).
- Haber recibido algún tipo de radioterapia en el tórax o la mama.

- Tener sobrepeso (aumenta el riesgo de cáncer de mama después de la menopausia).
- Uso prolongado de la terapia de reemplazo hormonal (combinación de estrógeno y progesterona).
- Alteraciones de los genes vinculados al cáncer de mama, los genes BRCA1 o BRCA2.
- Tomar anticonceptivos orales.
- Consumir bebidas alcohólicas (más de un vaso al día).
- No hacer ejercicio regularmente.
- Dieta rica en grasa.

En las mujeres asintomáticas, mediante la mamografía se pueden detectar los cambios microscópicos sugestivos del cáncer de mama, como una masa pequeña e irregular, microcalcificaciones, engrosamiento de la piel, distorsión de las estructuras ductales o ligamentarias, o densidad asimétrica. Las masas palpables también pueden tener estas características, a menudo con espículas periféricas y con retracción del pezón o de la piel cuando está fijo a las estructuras subyacentes. Los signos y síntomas más frecuentes al momento de la presentación de la enfermedad son los siguientes:

- Masa, sobre todo si es dura, irregular y asintomática, o endurecimiento en la mama o en la axila.
- Secreción espontánea, persistente unilateral del pezón, de carácter serohemático o seroso.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría).
- Depresiones o rugosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón.

Los síntomas de propagación local o regional incluyen: Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas, piel de naranja, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos axilares. La evidencia de enfermedad metastásica incluye:

aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical supraclavicular, anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural, elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolor relacionado con la afección ósea, resultados anormales en las pruebas de función hepática.

Luego del examen clínico, que es de suma importancia y es el punto de partida para el diagnóstico del cáncer de mama, existen muchos métodos auxiliares en el área de Imágenes, que son de gran valor en el curso del estudio de esta enfermedad. Los más importantes y utilizados en la actualidad y estos son (De Vitta, 2008):

- **Mamografía:** Desde el año 1950, en que se desarrolló la técnica especial de Mamografía, este examen de diagnóstico por imágenes, que con los años se ha desarrollado mucho y ha alcanzado un altísimo grado de certeza, es un auxiliar de primera línea para conseguir estos objetivos. Ha tenido algunas evoluciones técnicas importantes en los últimos años, con una consecuente mejoría en la calidad de las imágenes y por consiguiente en su capacidad diagnóstica.

Al contrario del tórax, donde existen grandes diferencias de densidades en sus elementos constituyentes (hueso, músculos, grasa, etc.) que facilitan la lectura de la radiografía, en la mama esa tarea está dificultada porque las diferentes estructuras componentes del órgano tienen densidades muy semejantes entre sí. Por eso es necesaria una optimización de la técnica para crear el máximo de contraste posible entre pequeñas diferencias de densidades. De esta forma las lesiones neoplásicas (y las otras) serán tanto mejor visualizadas, cuanto mayor sea el contraste obtenido entre la lesión y el medio circundante.

La mamografía moderna puede detectar lesiones muy pequeñas de más o menos 5 mm, lesiones que son imposibles de palpar, así como las microcalcificaciones (menores de 1 mm) que son un elemento primordial en la detección precoz del cáncer de la mama, ya que el 71% de los llamados “Cáncer de Mama Mínimo” son diagnosticados por su presencia aislada. Sin embargo, incluso con una mamografía de elevada calidad, alrededor de 5 a 10% de los cánceres no son diagnosticados por esta técnica. Una de las causas más frecuentes para este hecho son

las mamas radiológicamente densas, que están compuestas casi fundamentalmente por tejido fibroglandular denso (frecuente en los grupos etáreos jóvenes), por este motivo no se debe solicitar mamografía a una paciente menor de 35 ó 40 años, esto de acuerdo al criterio del especialista, porque las lesiones malignas pueden ser muy difíciles de distinguir del tejido normal envolvente que no ofrece el contraste suficiente para hacerlas visibles (sería como buscar una bola blanca de billar en un campo de nieve). Los criterios mamográficos más importantes de sospecha de cáncer mamario son:

- Una tumoración dominante o asimétrica.
- Microcalcificaciones típicas.
- Un patrón estelar de tejido más denso.
- Bandas de tejido más denso hacia la periferia.
- Retracción cutánea o del pezón.
- Engrosamiento de la piel.

▪ **Ecografía:** Después de la mamografía es el método iconográfico más importante de que se dispone para valorar tumores mamarios malignos, ayuda muchas veces a establecer si una asimetría de densidad en la mamografía tiene un substrato patológico o sólo es simplemente una variación de lo normal. El uso de la ecografía no se limita por lo tanto a la diferenciación entre la naturaleza sólida o quística de un nódulo diagnosticado en la mamografía, su habilidad va más allá, pues consigue caracterizar una formación quística y un nódulo sólido en probablemente benigno o sospechoso de malignidad. Las microcalcificaciones son una importante limitación de la ecografía, puesto que al no ser capaz de detectarlas, no podrá ser utilizada por rutina en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Cuando existe concordancia entre el examen clínico y los hallazgos mamografía y ecográficos, la certeza de la impresión diagnóstica es mucho mayor, llegando muy cerca al 100%. En algunos casos particulares la ecografía deberá ser considerada como un método de primera línea, complementado o no por la mamografía, así tenemos estas tres indicaciones en las que la ecografía es la opción primaria: en mujeres jóvenes,

menores de 30-35 años, mujeres grávidas o en período de lactancia y seguimiento de la Mastopatía Fibroquística.

Cáncer de estómago: El cáncer gástrico es el carcinoma que se origina en la mucosa del estómago, debido a múltiples factores, dentro de ellos: el tipo de alimentación, los alimentos con alto contenido en nitrosaminas (comidas ahumadas), la infección por la bacteria del *Helicobacter Pilory*, el nivel socioeconómico bajo, y factores de tipo genético, etc (Centro de Investigación en Cáncer Maes Heller, 2004).

El Cáncer Gástrico continúa siendo una de las neoplasias malignas más comunes en el mundo; a pesar de la disminución en la incidencia de esta enfermedad en países desarrollados, en Europa del Este, Asia y América Latina muestran la incidencia más alta representando el 8,6% de nuevos cánceres en el año 2002. En Lima Metropolitana se presenta una incidencia de 20,6/100,000 habitantes y es la primera causa de muerte por cáncer para ambos sexos 16,5/100,000 habitantes (Centro de Investigación en Cáncer Maes Heller, 2004).

El adenocarcinoma representa entre 90 y 95% de todas las neoplasias malignas gástricas. En los dos últimos decenios, la incidencia del cáncer del cardias y la unión gastroesofágica ha estado subiendo rápidamente. La incidencia de este cáncer ha aumentado extraordinariamente, especialmente en pacientes menores de 40 años.

El cáncer del estómago ocupa el decimocuarto lugar en incidencia entre los principales tipos de neoplasias malignas. Si bien se desconoce la etiología precisa, entre los factores de riesgo reconocidos del cáncer del estómago se incluyen los siguientes (De Vitta et al, 2008):

- Infección gástrica por *Helicobacter pylori*
- Edad avanzada.
- Género masculino.
- Alimentación pobre en frutas y verduras.
- Alimentación alta en sal o comidas ahumadas o en conserva.

- Gastritis atrófica crónica.
- Metaplasia intestinal.
- Anemia perniciosa.
- Pólipos adenomatosos gástricos.
- Antecedentes familiares de cáncer de estómago.
- Tabaquismo.
- Enfermedad de Menetrier (gastritis hipertrófica gigante).
- Poliposis adenomatosa familiar.

El cáncer gástrico usualmente al inicio no presenta signos ni síntomas floridos, puede haber una historia de gastritis crónica en muchos de los casos, sólo con diagnóstico clínico y tratados con sintomáticos, sin un control endoscópico. Generalmente son precedidos de dolor localizado en epigastrio, hiporexia, plenitud gástrica, baja de peso, náuseas y vómitos. Cuando la enfermedad es avanzada, puede presentar signos como el ganglio supraclavicular izquierdo (Virchow), nódulo periumbilical (Hermana María José), nódulo en la axila izquierda (Irish), Ascitis o al tacto rectal las placas de Blummer. Después de una adecuada historia clínica, debe solicitarse:

- Endoscopía alta, este examen permite la localización de la lesión y la toma de muestra para el estudio histopatológico.
- Ultrasonografía Endoscópica permite definir con alta sensibilidad el grado de profundidad de la lesión en la pared gástrica y la evaluación de los ganglios regionales, pero aún no es de uso rutinario en nuestro medio.
- Radiografía de estómago contrastada, evalúa la localización y extensión de la lesión.
- Ecografía: es usada para evaluar enfermedad extra gástrica como por ejemplo posibles metástasis hepáticas y líquido libre en cavidad, en los países de bajo recurso económico dónde la Tomografía es más honerosa o no existe este último.

- Tomografía computarizada, sirve también para evaluar enfermedad metastásica y el compromiso por continuidad con otros órganos, es más sensible que la ecografía.
- Radiografía de Tórax, sirve para descartar metástasis pulmonar.
- Laparoscopia, usada como método de estadificación.

Cáncer de pulmón: Es la enfermedad tumoral maligna del pulmón. Los dos tipos más importantes de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y el cáncer de pulmón de células no pequeñas (De Vitta et al, 2008).

El cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer en hombres y mujeres. El cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer en hombres y mujeres. El cáncer de pulmón representa el 13% de todos los diagnósticos de cáncer y el 29% de las muertes por cáncer en hombres y mujeres. El número de muertes de los cuatro cánceres de mayor frecuencia (pulmón, mama, próstata y colorrectal) está disminuyendo excepto en un grupo: las mujeres con cáncer de pulmón. Las muertes por cáncer de pulmón aumentan algo menos del 1% por año tanto en mujeres blancas como negras.

Esta tendencia probablemente se debe al aumento del número de mujeres fumadoras. Por razones todavía poco claras, las personas negras poseen la mayor incidencia y los mayores índices de cáncer de pulmón (American Cancer Society, 2012).

Los factores de riesgo fundamentales para desarrollar cáncer de pulmón son los siguientes:

Tabaco: La mayoría de los cánceres de pulmón se producen en personas que fuman. El humo del tabaco daña las células de los pulmones, provocando un crecimiento anormal. El riesgo de que el tabaquismo lleve a desarrollar el cáncer es mayor para las personas que fuman en grandes cantidades y/o durante períodos más prolongados. La exposición regular al humo de cigarrillos, cigarros o pipas de otro fumador puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón aunque la persona no fume (el fumador pasivo). El factor más importante para la prevención del cáncer

de pulmón es evitar el humo del tabaco. Las personas que nunca han fumado poseen el nivel de riesgo más bajo de sufrir cáncer de pulmón.

Los fumadores pueden reducir el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer si dejan de fumar, pero su riesgo seguirá siendo mayor que el de las personas que jamás fumaron. Los intentos de prevenir el cáncer de pulmón con vitaminas u otros tratamientos no han dado resultado.

Asbesto: Son cristales semejantes al cabello que se originan en muchos tipos de roca y que a menudo se utilizan como aislante o material de construcción a prueba de incendio. Las fibras del asbesto pueden irritar el pulmón si se inhalan. Las personas fumadoras expuestas al asbesto en el trabajo (construcción naval, minería del asbesto, aislamiento o reparación de frenos) corren un riesgo mayor de desarrollar cáncer de pulmón. El uso de equipos de protección para respirar reduce este riesgo.

Radón: Gas invisible e inodoro presente de forma natural en ciertos suelos y rocas. La exposición al radón se ha asociado con un aumento del riesgo de ciertos cánceres, incluido el cáncer de pulmón. La mayoría de las ferreterías tienen equipos que pueden medirlos niveles de radón, y es posible tratar los sótanos para reducir la exposición a este gas.

Después de una adecuada historia clínica, debe solicitarse:

- Radiografía de Tórax, tiene mucha utilidad para establecer el diagnóstico ante la presencia de un nódulo pulmonar. sirve para descartar metástasis pulmonar.
- Ecografía: es usada para evaluar enfermedad extra pulmonar como por ejemplo posibles metástasis hepáticas y líquido libre en cavidad, en los países de bajo recurso económico dónde la Tomografía es más honerosa o no existe este último.
- Tomografía computarizada, sirve también para evaluar enfermedad metastásica y el compromiso por continuidad con otros órganos, es más sensible que la ecografía.

La cirugía es un método simple y seguro de curación de la mayoría de los tumores sólidos cuando se encuentran confinados al órgano de origen. Desafortunadamente, cuando el paciente se presenta ante el médico con un tumor sólido, en la mayoría de los casos (80%) ya presenta micrometástasis o metástasis a distancia (invasión). Por esta razón, con mucha frecuencia el cirujano debe hacer resección no sólo del órgano primario afectado sino además de las áreas regionales vecinas para lograr la curación. El cirujano juega un papel central no sólo en el tratamiento sino también en la prevención, en el diagnóstico, en el tratamiento paliativo y en la rehabilitación del paciente con cáncer.

Hoy en día, la cirugía es una importante arma terapéutica para la prevención del cáncer. Cuando se sabe de antemano que una persona tiene una alta probabilidad de desarrollar cáncer, se hace necesaria una intervención quirúrgica. Esta situación se presenta, por ejemplo, en las personas que tienen pólipos en el colon, los cuales pueden ser premalignos. En tal caso, la cirugía de extirpación de los pólipos se considera una medida preventiva. Otras situaciones de alto riesgo se presentan cuando hay una predisposición genética al cáncer; por ejemplo, al haber heredado un gen anormal. Tal es el caso del gen BRCA-1 y el cáncer de mama, en el que se sugiere a las pacientes la realización de una extirpación preventiva de la glándula mamaria, puesto que las mujeres que lo heredan presentan un 80% de posibilidad de desarrollar dicho cáncer.

El tratamiento quirúrgico puede ser curativo cuando el cáncer está confinado al órgano primario afectado. Los procedimientos quirúrgicos se emplean para disminuir la invasión del cáncer a ciertos órganos, efectuar resecciones de metástasis, tratar emergencias oncológicas y ayudar a los pacientes a tener una mejor calidad de vida. Para los tratamientos curativos de tumores sólidos es importante la selección de una técnica quirúrgica adecuada, que permita dejar los bordes del tejido afectado, libres de cáncer. Este tipo de cirugía se hace con frecuencia para la extirpación de los cánceres de la piel, los cuales pueden ser curados con cirugía en el 90% de los casos. El tratamiento quirúrgico también es útil en casos de metástasis únicas. Tal es el caso de las metástasis pulmonares y hepáticas. La resección de las metástasis del pulmón

puede curar la enfermedad en un 30% de los casos. Si adicionalmente se suministran otros tratamientos, este porcentaje se puede incrementar. También se pueden extirpar quirúrgicamente. Cuando una persona presenta una metástasis en el cerebro, ésta se puede extirpar. También se realiza tratamiento quirúrgico cuando se presentan emergencias oncológicas como hemorragias, perforaciones, abscesos y obstrucciones de órganos vitales. Cada emergencia quirúrgica es única y requiere de un estudio individualizado. En general, los pacientes con cáncer tienen bajos niveles de glóbulos blancos y plaquetas en la sangre, lo que los hace ser muy susceptibles a hemorragias y a desarrollar infecciones (Ministerio de Salud, 2011).

La radioterapia es un método de tratamiento que se aplica en el caso de determinadas enfermedades y que consiste en el empleo de radiaciones ionizantes, especialmente rayos X o radioactividad, por ejemplo la que supone los rayos gamma. Se aplica en diferentes esquemas y dosis según sea el tipo de cáncer de que se trate (Ministerio de Salud, 2011).

La radioterapia afecta no sólo las células tumorales sino también las células normales que rodean el tumor; sin embargo, éstas tienen la capacidad de recuperarse. Para ciertos tipos de cáncer, la radiación se usa como único tratamiento; para otros se combina con la quimioterapia, la cirugía u otros tratamientos, como, por ejemplo, la utilización de drogas que inhiben la producción de hormonas. La radiación puede usarse antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor y después de la cirugía para detener el crecimiento de cualquier célula cancerosa que permanezca en el cuerpo. Cuando no es posible curar el cáncer, la radioterapia puede dar alivio al reducir el tamaño de los tumores, reducir la presión dolorosa sobre otros órganos y mitigar las hemorragias y otros síntomas del cáncer, esto se conoce como *tratamiento paliativo*. Hay dos tipos de radioterapia: la interna y la externa. Para la radioterapia externa, el paciente no tiene que hospitalizarse; pero si vive fuera de la ciudad o lejos del hospital, tendrá que hacer los arreglos pertinentes para asistir todos los días al tratamiento y será necesario que un amigo cercano o un familiar lo acompañe. Este tipo de radioterapia no vuelve radioactiva a la persona; el paciente podrá estar tranquilamente con otras personas, incluyendo los niños, sin temor a transmitir

radiación. La radioterapia interna consiste en aplicar internamente una dosis de radiación a un órgano en particular. Este tipo de irradiación se utiliza para cáncer de cabeza y cuello, mama, útero y cuello del útero, tiroides y próstata; en algunas oportunidades se necesita la hospitalización. Durante este periodo es preciso restringir el número de visitas al paciente, puesto que la sustancia radioactiva del implante puede emitir rayos hacia afuera del cuerpo mientras lo tenga instalado. El número de sesiones de radioterapia dependerá del tipo de tumor, su localización, el equipo de radioterapia que se piense utilizar y la respuesta individual de cada paciente al tratamiento.

Los efectos secundarios más comunes de la radioterapia son la fatiga, los cambios en la piel y la pérdida del apetito. El cansancio o fatiga es el efecto más común, se presenta particularmente al final del tratamiento y puede durar varios días. La mayoría de los efectos secundarios son transitorios, es decir que desaparecerán en las semanas posteriores a la finalización del tratamiento. Además de la fatiga pueden presentarse otros efectos secundarios, que varían de acuerdo con la parte del cuerpo tratada y el tamaño del área irradiada, como dificultad para deglutir, hablar, lesiones en la boca y diarreas, entre otros. Estos efectos comienzan generalmente después de dos semanas de iniciado el tratamiento (Ministerio de Salud, 2011).

La quimioterapia consiste en la administración de fármacos citotóxicos capaces de destruir e inhibir el crecimiento y la reproducción de las células malignas en pacientes con enfermedad oncológica. A su vez destruyen células de desarrollo normal que se multiplican rápidamente (Casquero, Nicolás, Pérez y Rihuete, 2009).

Los efectos secundarios más comunes de la quimioterapia incluyen náuseas y vómitos, caída del pelo, cansancio y aumento de las probabilidades de contraer alguna infección, de que aparezcan moretones en la piel y de sangrados. No todas las personas experimentan efectos secundarios. La mayoría de estos efectos desaparecen gradualmente cuando termina el tratamiento. El tiempo de recuperación de algunos de estos efectos secundarios varía de una persona a otra y depende de muchos factores, entre los que se cuentan su estado general de salud y el tipo de medicamentos que esté recibiendo.

La hormonoterapia utiliza diferentes tipos de hormonas para tratar tipos de cánceres dependientes de hormonas, como es el caso del cáncer de mama.

La inmunoterapia consiste en la administración de anticuerpos con fines curativos, generalmente a través de un suero.

El tratamiento paliativo es el tratamiento de sostén que se aplica para paliar o disminuir los signos y síntomas en pacientes con cáncer avanzado o en estadios terminales.

- **Prevención:** El cáncer es, esencialmente, una enfermedad prevenible. De acuerdo con la experiencia acumulada y las evidencias científicas, la forma más efectiva de reducir el riesgo de cáncer es mediante el control del tabaquismo, el consumo de dietas balanceadas, el control de ciertas infecciones, desplegar una mayor actividad física y reducir la exposición a carcinógenos ocupacionales y ambientales.

La prevención del cáncer es una actividad que debe fundamentarse en modelos efectivos que puedan implementarse a través de programas nacionales. Estos programas deben incluir un nivel de acción en políticas públicas que permita el cumplimiento de metas beneficiosas para la población general. Las políticas, como elementos indispensables de la prevención del cáncer, deben plantearse según una perspectiva multisectorial para que incidan, precisamente, sobre factores como la dieta, el trabajo y los patrones de salud sexual y reproductiva, así como sobre la oferta de tabaco y alcohol (Ministerio de Salud, 2011).

- **Prevención primaria:** La prevención primaria es la que consiste en promoción de la salud (estilos de vida saludables) y reducción de los factores de riesgo (no exposición a agentes físicos, químicos y biológicos). Este nivel de intervención permite reducir, básicamente, el número de casos nuevos de cáncer (incidencia). Los factores de riesgo sobre los que se debe actuar son el consumo de tabaco o cigarrillo, la obesidad, el bajo consumo de frutas y verduras frescas, el exceso de consumo de alcohol, la actividad sexual desprotegida y la falta de higiene, entre otros. En este nivel de prevención son importantes las estrategias de

información, educación y comunicación. Para la prevención primaria del cáncer es importante tener en cuenta sus causas. En este sentido, es necesario seguir las siguientes recomendaciones para mantener un adecuado estado de salud: llevar una dieta balanceada, no consumir cigarrillo, vacunarse contra la hepatitis B, darles tratamiento adecuado a las infecciones como las producidas por el virus del papiloma humano (VPH), protegerse contra los rayos del sol, respetar las medidas de protección ocupacional y evitar el consumo de medicamentos o sustancias que puedan ser cancerígenos.

- **Prevención Secundaria:** Es aquella en la que se realiza la detección precoz o temprana del cáncer con el propósito de realizar el tratamiento oportuno. Este nivel de intervención permite, básicamente, reducir el número de muertes por cáncer (mortalidad) y es muy importante, pues, en sus etapas iniciales, la mayoría de los cánceres son asintomáticos, es decir, no presentan signos ni síntomas. No todos los cánceres se pueden detectar fácilmente. Algunos ejemplos de prevención secundaria serían los siguientes: para el control del cáncer de cuello uterino es fundamental la toma de la citología, para el del cáncer de mama son importantes el examen clínico de mama y la toma de mamografías (en mujeres mayores de cincuenta años) según la necesidad, para el del cáncer de estómago es importante la toma de endoscopias de vías digestivas altas y para el del cáncer de próstata (en hombres mayores de cuarenta años) se requieren exámenes clínicos de próstata (Ministerio de Salud, 2011).

- **Prevención Terciaria:** La prevención terciaria hace referencia a todos los procedimientos que se realizan en los pacientes con cáncer con el fin de evitar las complicaciones clínicas y las recaídas. En este nivel de prevención se busca alcanzar una rehabilitación más rápida limitando la discapacidad. En este sentido, es necesario cumplir con las recomendaciones médicas relacionadas con el tratamiento y los controles, que deben ser permanentes (Ministerio de Salud, 2011).

- **Participación del psicólogo en la atención al paciente con cáncer:** El psicólogo desempeña un rol importante en el manejo de los pacientes con cáncer, los pacientes

que se encuentran en su fase terminal necesitan manifestaciones de afecto y apoyo, del contacto humano al que valoran. Muchas veces los pacientes expresan su miedo de morir solos y en un hospital. Es necesario que el psicólogo tenga este punto en cuenta. Es importante también llegar a un acuerdo con el equipo de salud y con la familia para que el paciente, si lo desea, conozca todo lo relacionado con la gravedad de su situación a fin de poder dejar arreglados sus asuntos no concluidos, tanto afectivos como materiales. Podría, pues, ser una misión del psicólogo hablar de estos temas con el paciente, además de ofrecerle la paz y la tranquilidad que necesita para poder tener una muerte digna.

Con los pacientes que no están en estadios terminales, la labor del psicólogo en un hospital oncológico resulta indispensable, pues no sólo consiste en atender las necesidades emocionales, afectivas y terapéuticas de los pacientes, sino también de impartir a todo el personal que allí labora los conocimientos referentes a las relaciones humanas para que conviva con esos pacientes y les ofrezca no sólo una atención física sino también emocional, pues suele suceder que labore en estos sitios personal no identificado con los sentimientos y emociones de los pacientes que puede maltratarlos.

Ideación Suicida

El término suicidio proviene de dos expresiones latinas: sui y occidere que significan “matarse a sí mismo”. El suicidio, por tanto, es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí (Pérez, 2005).

El suicidio es una de las diez causas principales de muerte a nivel mundial, y en la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte. Anteriormente se pensaba que el suicidio era más frecuente en sociedades o países desarrollados; sin embargo, las tasas de suicidio no parecen estar relacionadas con el desarrollo técnico ni económico.

En el informe sobre la violencia de la OMS se detalla que, a pesar de que el medio rural tiene las tasas más bajas de suicidio, se está produciendo un aumento en la prevalencia de suicidio en dicho medio. La razón para el incremento del suicidio rural puede deberse, en primer lugar, a que los servicios médicos especializados, tanto psicológicos como críticos se concentran en las urbes, y por consecuencia la imposibilidad de prevenir el suicidio, así como brindar los cuidados críticos necesarios; además, en el medio rural existe un nivel educativo inferior, un mayor aislamiento social, así como una mayor dificultad para detectar los factores asociados a la ideación suicida. la prevalencia de los elementos del proceso suicida (ideación suicida, plan suicida e intento suicida), en la costa peruana y sierra peruana también guardan cierta diferencia, evidenciándose una mayor prevalencia en las provincias de la sierra peruana (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Las causas de los elementos del proceso de suicidio son generales y específicas (Instituto Nacional de Salud Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2006):

Causas Generales: Las personas que desean o intentan autoeliminarse, con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentimientos o pensamientos negativos.
- Sentimientos de vergüenza, culpa o sentirse una carga para sus seres queridos.
- Sentirse víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Fanger y colaboradores (2010) reportan que la prevalencia de conducta suicida es de 18,3%, el riesgo relativo para el suicidio es de 4,7%. Los factores asociados fueron la depresión, sexo femenino, bajo nivel de escolaridad, mayor tiempo de enfermedad, uso de psicofármacos.

Las conductas suicidas pueden desencadenarse por una situación o hecho que las personas perciben como agobiante, tales como (Instituto Nacional de Salud Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2006):

- Envejecimiento: los ancianos presentan la tasa más alta de suicidio.
- Muerte de un ser querido.
- Adicciones: sustancias lícitas e ilícitas, ludopatía, ciberadicción.
- Crisis emocional.
- Enfermedades físicas graves.
- Desempleo o pérdida del mismo.
- Problemas financieros.

Los factores de riesgo o desencadenantes del suicidio en adolescentes son (Instituto Nacional de Salud Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2006):

- Acceso a armas de fuego.
- Algún familiar con antecedente de suicidio (casi siempre alguien que compartía un trastorno del estado anímico).
- Historia de autoagresión.
- Antecedentes de abandono o maltrato.
- Vivir en comunidades donde ha habido brotes recientes de suicidio en jóvenes.
- Ruptura sentimental.
- Televisión que propala actos suicidas con sensacionalismo morboso.
- Enfermedad grave.

Los intentos suicidas frustrados son más comunes que los suicidios consumados. Muchos intentos de suicidio fallidos se llevan a cabo en una forma en que el rescate es posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado en busca de ayuda.

Causas Específicas: El suicidio es de causa multidimensional en el que intervienen factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. Actualmente, se sabe que es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional que no puede soportar (Instituto Nacional de Salud Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2006):

Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y vacuidad. Las tres características más comunes son: ambivalencia, impulsividad y rigidez.

- **Ambivalencia:** La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir. Si esta ambivalencia es usada por el médico para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse.

- **Impulsividad:** El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse.

- **Rigidez:** Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, humor y actuación. Sus razonamientos sufren de maniqueísmo pertinaz. Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente en riesgo suicida, el médico o el psicólogo gentilmente hace que el paciente adquiera conciencia de que existen otras opciones, así no sean las ideales.

Para la intervención en la ideación suicida, se debe tener en cuenta que si un paciente está perturbado emocionalmente, con ideas suicidas, pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico o psicólogo que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la oportunidad de un seguimiento ulterior debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado soporte familiar y social.

Crocetti y colaboradores (2012) en su estudio titulado: “Decessi per suicidio in pazienti con tumore” concluyeron que el suicidio es una de las mayores causas de

mortalidad en pacientes con cáncer con un riesgo muy incrementado en relación a la población general, los factores asociados son la edad entre 55 a 64 años, el cáncer de mal pronóstico, el tratamiento paliativo y la depresión.

El profesional deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente, y solicitar su ayuda. Entrar en un acuerdo de no suicidio es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el acuerdo. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan el compromiso que hacen a su psicólogo o médico tratante. El acuerdo es apropiado sólo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos. En un intento de suicidio sin comorbilidad psiquiátrica, el profesional puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos y psicoterapia. La mayoría de los pacientes se benefician al continuar en contacto con el profesional. Este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades individuales.

Exceptuando el caso de tratamiento de enfermedades subyacentes, pocos pacientes en riesgo suicida requieren apoyo por más de dos o tres meses. Este apoyo deberá centrarse en dar esperanza, estimular la independencia y ayudar al paciente a aprender diferentes formas de enfrentar acontecimientos estresantes. Preparar a la familia para que efectúe una supervisión cercana del paciente en riesgo autolítico, a quien también se le indica que solicite ayuda cuando no pueda controlar sus ideas e impulsos tanáticos. Igualmente, se le ofrece la posibilidad de una atención inmediata; por ejemplo, en caso de necesidad, accesibilidad a Servicios de Urgencia.

Cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio por falta de apoyo sociofamiliar, comportamiento impulsivo, intentos previos, plan suicida estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, entonces es necesario la hospitalización voluntaria o involuntaria para preservar su vida.

El tratamiento comprende un abordaje farmacológico y psicoterapia (Organización Mundial de la Salud, 2008): a) abordaje farmacológico: se emplean antidepresivos en el caso de depresiones con riesgo autolítico, en la fase aguda

suministrar antidepresivos asociados a sedantes para alcanzar un mayor efecto serotoninérgico. La acción de los antidepresivos sobre la impulsividad causada por la estimulación de los receptores de serotonina, muestran que el postulado del efecto serotoninérgico del litio, es congruente con los mecanismos de acción propuestos para los ISRS y la clozapina, como se evidencia en algunos estudios para disminuir el comportamiento suicida.

En situaciones de urgencia es conveniente usar benzodiacepinas como alprazolam y clonazepam que proporcionan un rápido alivio de la sintomatología ansiosa. El alprazolam en dosis de 0.5 mg. administrado por vía sublingual u oral es una alternativa adecuada. Se puede repetir esta dosis a los 20 minutos. Otras opciones son el diazepam, 5-10 mg; clonazepam, 0.5–1 mg o lorazepam, 1-2 mg. Por vía oral, todas las benzodiacepinas se absorben con facilidad. La absorción por vía intramuscular y rectal es errática, por lo que deben ser evitadas. Con la vía intravenosa hay que tener precauciones por el riesgo potencial de paro respiratorio. Su uso a largo plazo debe estar seguido de una supervisión continua debido a los efectos adversos, el riesgo de abuso, la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia.

Las sales de litio, además de usarse como estabilizadores del ánimo, tienen un efecto antidepresivo y reducen el riesgo de suicidio. Esta acción antisuicida puede estar mediada por sus marcadas propiedades serotoninérgicas y antiimpulsivas. También, se ha observado un descenso del riesgo autolítico en pacientes cuyo trastorno afectivo no responde al litio (Organización Mundial de la Salud, 2008).

b) Psicoterapia: se pueden emplear las modalidades de orientación psicodinámica, que aborda las motivaciones conscientes e inconscientes para dar esperanza y generar autoaceptación. La reestructuración cognitiva, que se aplica ante la presencia de pensamientos distorsionados, desesperanza, creencias irracionales, esquemas negativos, visión dicotómica de la vida y dificultad para resolver problemas relacionados con gran carga emocional.

c) Terapia Electro Convulsiva (TEC): La TEC es un tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo autolítico en los trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía Organización Mundial de la Salud, 2008).

En cuanto a la prevención de la ideación suicida, se han descrito como medidas generales de prevención Organización Mundial de la Salud, 2008):

- Controlar el abuso o dependencia alcohólica, así como también de otras sustancias, equipos electrónicos y juegos de apuestas.
- Inaccessibilidad a armas de fuego.
- Detectar antecedentes familiares de suicidio.
- Detectar enfermedades psiquiátricas, principalmente la depresión mayor.
- Estar atentos cuando una persona tenga tensiones graves, enfermedades terminales y eventos abrumadores. En estos casos el médico tratante deberá coordinar con el psicólogo la consulta a estos pacientes para evaluar la presencia de ideación suicida o el riesgo de suicidio para establecer el tratamiento preventivo más adecuado. Además el psicólogo debe ayudar al paciente en el afrontamiento de la enfermedad.
- Estar atentos cuando la persona verbaliza deseos de morir.
- Por otro lado, dada la complejidad del tema, vale la pena resaltar dos fenómenos preventivos importantes: el Rol de la familia y la Promoción de la salud mental y espiritual.

El suicidio, la ideación suicida y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida. Este enfoque nos conduce a valorar

adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros.

En ese sentido es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo importante. Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares.

La promoción de salud para prevenir la conducta suicida debe involucrar no sólo a los profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan más con los pacientes como los familiares, maestros y amigos. La familia debe cumplir su rol formativo, espiritual y educativo, y no únicamente limitarse a la función asistencialista, de crianza y proveedora de bienes materiales; de tal manera que en los hijos se formen principios, valores, sentimientos, actitudes y hábitos que les sirvan como factores protectores; ellos no deben ser "huérfanos, hijos de padres vivos". La sociedad, el Estado y las instituciones sociales no solamente deben preocuparse por la competitividad y productividad. Su función primaria es promover principios, valores y sentimientos superiores para el desarrollo personal.

En el círculo social íntimo se comparte la solidaridad, el altruismo y la fraternidad, lo cual sirve de soporte para superar el dolor y el sufrimiento. La persona debe cultivar la autoestima y buscar medios para reforzarla (Nizama, 2011).

Hipótesis

Los factores sociodemográficos como la edad, género, nivel de instrucción, estado civil y actividad laboral; y los factores clínicos como el tipo de cáncer, el tiempo de enfermedad y el estadio de la enfermedad están asociados con la ideación suicida en los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO



Tipo de Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo relacional porque establece la relación entre las variables. Es prospectivo, porque los datos fueron recolectados después de la planificación del estudio (Tamayo, 2002).

Técnicas e Instrumentos

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la encuesta.

Se aplicaron dos instrumentos, el primero fue el cuestionario, en el cual se obtuvo la información necesaria referida a los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes. Como este instrumento es sólo para recojo de información no requirió de validación (Se adjunta en anexos).

Para establecer la ideación suicida se aplicó la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck y colaboradores, cuantifica la intensidad y las dimensiones (grado y severidad) de la destrucción de los pensamientos y los deseos, las preocupaciones y amenazas de suicidarse, además de las características y las expectativas de intentar suicidarse, es decir, que los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas. La escala está formada por 21 reactivos, cada reactivo tiene tres posibles alternativas calificadas de acuerdo con la intensidad de 0 a 2. La suma de estos proporciona el grado de severidad de las ideas suicidas, los dos últimos reactivos no se califican ya que miden el número de intentos de suicidio y su severidad. La calificación de la escala se realiza de la siguiente manera: Las personas que tienen un puntaje menor a 1 se consideran sin ideación suicida, mientras que aquellos que tienen un puntaje mayor o igual a 1 se consideran con ideación suicida. Esta escala posee una alta confiabilidad por cuanto el Coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,93.

Estrategias de Recolección de Datos

- Una vez aprobado el proyecto se coordinó con el Director del Programa Profesional de Psicología para que me brinde una carta de presentación dirigida al

Director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas a efectos de que autorice la ejecución de la investigación en dicha institución.

- Obtenida la autorización, se procedió a identificar a los pacientes, previamente se realizó una prueba piloto del cuestionario, a efectos de realizar los ajustes necesarios.

- La investigadora acudió diariamente al Instituto para aplicar los instrumentos a la población de estudio, estos fueron aplicados de manera individual, previa explicación del propósito de la investigación y aceptación por parte de los pacientes.

- La etapa de recolección de datos se realizó durante el mes de setiembre, octubre e inicios de noviembre del año en curso, esta etapa se prolongó debido a que debido a ciertas dificultades que atravesó el hospital en la administración del mismo, disminuyeron el flujo de pacientes, dado que varios pacientes debieron ser atendidos en otros establecimientos de salud tanto del Ministerio de Salud como de EsSalud. Al concluir esta etapa se procedió a realizar la tabulación de la información.

Población y Muestra

El presente estudio fue realizado en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur), el mismo que está ubicado en la Avenida Los Incas s/n en el Distrito de Arequipa, en la Provincia y Departamento de Arequipa.

Población: La población estuvo constituida por todos los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, los que suman aproximadamente 1440 pacientes por año, con un promedio de 120 pacientes al mes. Por motivos de disponibilidad se trabajó con 95 pacientes que asistieron durante el mes de setiembre, octubre e inicios de noviembre. Se incluyó a los pacientes de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer que reciban quimioterapia.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes de ambos sexos, sin límite de edad.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes moribundos.
- Pacientes que no hablen castellano.
- Pacientes que reciben sólo radioterapia.

Criterios de Procesamiento de Información

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa Excel y luego se realizó el análisis estadístico. Para establecer la significancia de los resultados se aplicó la prueba t para variables ordinales y la prueba de Ji cuadrado para las variables nominales.



CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos con el instrumento. Son cuadros con sus respectivas interpretaciones. En la tabla 1 se presenta la frecuencia de ideación suicida, en la tabla 2 se presenta la intensidad de la ideación suicida.

De allí en adelante, desde la tabla 3 hasta la tabla 9 se analiza la asociación entre los factores sociodemográficos y la ideación suicida. Desde la tabla 10 hasta la 12 se analiza la asociación entre los factores clínicos y la ideación suicida.

Para verificar la hipótesis propuesta en esta investigación, que afirma que algunos factores sociodemográficos y clínicos estén asociados con la ideación suicida en los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia, se aplicó la prueba t para variables ordinales y principalmente el estadígrafo de contraste Chi cuadrado (X^2). El procedimiento es el siguiente:

Determinación de las frecuencias observadas y esperadas

- Las frecuencias observadas: O_{ij} son aquellas obtenidas directamente de la tabulación de los datos obtenidos con el instrumento (en la tabla, se encuentran en la columna N°.
- Las frecuencias esperadas son aquellas que se esperan obtener en los resultados de la investigación y se obtienen con la siguiente formula:

$$E = \frac{\text{Total de renglones} \times \text{Total de columnas}}{\text{Gran total}}$$

Cálculo de los grados de libertad: Son parámetros de probabilidad. Se calcula con la formula $(r - 1) (c - 1)$. Donde “r” representa a los renglones y “c” a las columnas. En el caso de las tablas analizadas en el presente estudio se tiene:

- En la tabla 4: $(2 - 1) (2 - 1) = 1$ grados de libertad que en la tabla de grados de libertad para Chi cuadrado corresponde al valor de 3,841 con un nivel de confianza de 0.05%

- En la tabla 7 tenemos: $(5 - 1) (2 - 1) = 4$ grados de libertad, que en la tabla le corresponde un valor de 9,488 con un nivel de confianza de 0.05%.

Cálculo de X^2 : Se calcula con la fórmula:

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Por ejemplo en la tabla 4 se obtiene un valor de X^2 de 6,5434 al analizar el sexo del paciente con la frecuencia de ideación suicida. Al obtenerse un resultado mayor que el valor de los grados de libertad, se asume que existe asociación estadísticamente significativa.

Por lo tanto se puede concluir que la hipótesis planteada al inicio de la investigación ha sido verificada, es decir, que existen factores sociodemográficos que se asocian a la ideación suicida de los pacientes.

TABLA 1

Frecuencia de Ideación Suicida en Pacientes con Cáncer que Reciben Quimioterapia.

Ideación Suicida	N°	%
Si	28	29,47
No	67	70,53
Total	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

En la tabla 1 se observa que la mayoría de pacientes no presenta ideación suicida (70,53%), pero hay un 29,47% de pacientes que si presenta ideación suicida.

TABLA 2

Intensidad de la Ideación Suicida en Pacientes con Cáncer que Reciben Quimioterapia.

Intensidad de la Ideación Suicida	Nº	%
< de 1 (sin ideación suicida)	67	70,53
≥ a 1 (con ideación suicida)	28	29,47
Total	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

En la tabla 2 se observa que el 70,53% de pacientes no tienen ninguna intensidad de ideación suicida, pues su puntaje es menor a 1; el 29,47% de pacientes tuvo puntajes \geq a 1, lo que demuestra que tienen ideación suicida.

Sin embargo cabe señalar que entre los pacientes que tenían ideación suicida, ninguno de ellos había presentado previamente intentos de suicidio.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA

TABLA 3

Asociación entre la Edad de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Edad	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	18 – 29	7	25,00	8	11,94	15
30 – 60	7	25,00	35	52,24	42	44,21
61 - 80	14	50,00	24	35,82	38	40,00
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

Prueba t= 1,36 P > 0,05 No significativo

Se observa en la tabla 3 que el 50% de pacientes que tienen ideación suicida tienen edades comprendidas entre los 61 a 80 años; porcentajes similares de 25% tienen entre 18 a 29 años y entre 30 a 60 años.

El mayor porcentaje de pacientes sin ideación suicida tienen entre 30 a 60 años; el 35,82% entre 61 a 80 años y el menor porcentaje entre 18 a 29 años (11,94%).

La prueba t demuestra que la edad de los pacientes no se asocia a la ideación suicida.

TABLA 4

Asociación Entre el Género de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Género	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Masculino	16	57,14	19	28,36	35
Femenino	12	42,86	48	71,64	60	63,16
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2 = 6,5434$ P < 0,05 Significativo

En la tabla 4 se observa que el 57,14% de pacientes que tienen ideación suicida son de género masculino, el 42,86% son de género femenino. En los pacientes que no tienen ideación suicida predomina el género femenino en 71,64% en comparación al masculino (28,36%).

La prueba de Ji cuadrado demuestra que el género masculino está asociado de manera significativa a la ideación suicida.

TABLA 5

Asociación Entre la Raza de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Raza	Con Ideación		Sin Ideación		Total	
	Suicida		Suicida			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Blanca	5	17,86	8	11,94	14	14,74
Mestiza	23	82,14	58	86,57	81	85,26
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2 = 0,4975$ $P > 0,05$ No significativo

En la tabla 5 se observa que el 82,14% de pacientes que tienen ideación suicida son de raza mestiza, el 17,86% son de raza blanca. En los pacientes que no tienen ideación suicida predomina la raza mestiza en 86,57% en comparación a la raza blanca en 11,94%.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que la raza no está asociada de manera significativa a la ideación suicida.

TABLA 6

Asociación Entre el Nivel de Instrucción de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Nivel de Instrucción	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
	Analfabeto	0	0,00	4	5,97	4
Primaria	5	17,86	26	38,80	31	32,63
Secundaria	13	46,43	30	44,78	43	45,27
Superior	10	35,71	7	10,45	17	17,89
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2= 6,1497$ $P < 0,05$ Significativo

Se observa en la tabla 6 que el 46,43% de pacientes que tienen ideación suicida tienen nivel de instrucción secundaria; el 35,71% tienen instrucción superior y el 17,86% tienen instrucción primaria. En los pacientes que no tienen ideación suicida, el 44,78% tiene instrucción secundaria, el 38,80% tienen instrucción primaria; 10,45% instrucción superior y el 5,97% son analfabetos.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que el nivel de instrucción secundaria y superior están asociados de manera significativa a la ideación suicida.

TABLA 7

Asociación Entre el Estado Civil de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Estado Civil	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Soltero	9	32,14	3	4,48	12
Casado	4	14,28	39	58,21	43	45,26
Conviviente	7	25,00	19	28,36	26	27,37
Viudo	6	21,43	2	2,98	8	8,42
Separado	2	7,14	4	5,97	6	6,31
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2= 22,2083$ P < 0,05 Significativo

En la tabla 7 se observa que el 32,14% de pacientes solteros tienen ideación suicida, al igual que el 25% de convivientes, 21,43% de viudos, 14,28% de casados y en menor porcentaje los separados (7,14%). En los pacientes que no tienen ideación suicida, el estado civil predominante es casado (58,21%), seguido de los convivientes en 28,36%, los separados en 5,97%, solteros en 4,48% y viudos en 2,98%.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que los estados civiles soltero, viudo y separado están asociados de manera significativa a la ideación suicida, mientras que los casados y convivientes no lo están.

TABLA 8

Asociación Entre la Actividad Laboral de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Actividad Laboral	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con empleo	10	35,71	45	67,16	55	57,89
Sin empleo	18	64,29	22	32,83	40	42,11
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2 = 8,0126$ P < 0,05 Significativo

En la tabla 8 se observa que el 64,29% de pacientes sin empleo tienen ideación suicida y el 35,71% de los pacientes con empleo también presentan ideación suicida. En los pacientes que no tienen ideación suicida, el 67,16% cuenta con empleo y el 32,83% no lo tiene.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que el desempleo está asociado de manera significativa a la ideación suicida.

TABLA 9

Asociación Entre el Ingreso Económico de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Ingreso Económico	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Menor de 1000 soles	16	57,14	22	32,83	38
Mayor de 1000 soles	12	42,86	45	67,17	57	60,00
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2 = 4,8614$ $P < 0,05$ Significativo

Se observa en la tabla 9 que el 57,14% de pacientes con ingreso económico menor de 1000 soles tienen ideación suicida y el 42,86% de los pacientes con ingreso mayor a 1000 soles, también presentan ideación suicida. En los pacientes que no tienen ideación suicida, el 67,17% cuenta con ingreso mayor de 1000 soles y el 32,83% tiene ingresos menores a 1000 soles.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que el ingreso económico menor a 1000 soles se asocia de manera significativa a la ideación suicida.

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA

TABLA 10

Asociación Entre e l Tipo de Cáncer de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Tipo de Cáncer	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mama	5	17,86	24	35,82	29	30,53
Cuello uterino	2	7,14	9	13,43	11	11,58
Estómago	9	32,14	4	5,97	13	13,68
Pulmón	4	14,28	2	2,98	6	6,31
Próstata	1	3,57	9	13,43	10	10,53
Leucemia	3	10,71	10	14,92	13	13,68
Linfoma No Hodking	2	7,14	9	13,43	11	11,58
Páncreas	2	7,14	0	0,00	2	2,10
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2= 22,8292$ P < 0,05 Significativo

En la tabla 10 se observa que los mayores porcentajes de pacientes que tienen ideación suicida corresponden a aquellos que tienen el tipo de cáncer localizado en órganos blanco, como el cáncer de estómago (32,14%), el cáncer de pulmón (14,28%), el cáncer de páncreas (7,14%). Los demás tipos de cánceres son más frecuentes, pero tienen menor porcentaje de pacientes con ideación suicida, como es el caso del cáncer de mama en que el 35,82% de afectadas no tienen ideación

suicida, el cáncer de cuello uterino, próstata y linfoma no Hodgkin, en el que cada uno de ellos tiene porcentajes similares de 13,43% que no tienen ideación suicida.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que el tipo de cáncer localizado en el estómago, pulmón o páncreas se asocia de manera significativa a la ideación suicida.



TABLA 11

Asociación entre el Tiempo de Enfermedad de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Tiempo de Enfermedad	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 6 meses	9	32,14	24	35,82	33	34,74
7 a 12 meses	5	17,86	35	52,24	40	42,10
Más de 12 meses	14	50,00	8	11,94	22	23,16
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2 = 0,1178$ $P > 0,05$ No significativo

En la tabla 11 se observa que el 50% de pacientes que tienen ideación suicida tienen un tiempo de enfermedad de más de 12 meses; 32,14% menor de seis meses y 17,86% entre 7 a 12 meses. En los pacientes que no tienen ideación suicida, el tiempo de enfermedad más frecuente es entre 7 a 12 meses en 52,24% seguido de los pacientes que tienen la enfermedad menos de seis meses (35,82%) y finalmente el 11,94% de pacientes que tienen la enfermedad por más de 12 meses.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que el tiempo de enfermedad no se asocia de manera significativa a la ideación suicida.

TABLA 12

Asociación entre el Estadio de la Enfermedad de los Pacientes que Reciben Quimioterapia y la Ideación Suicida.

Estadio de la Enfermedad	Con Ideación Suicida		Sin Ideación Suicida		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	0	0,00	5	7,46	5	5,26
II	1	3,57	21	31,34	22	23,17
III	3	10,71	36	53,73	39	41,05
IV	20	71,43	5	7,46	25	26,31
Terminal	4	14,28	0	0,00	4	4,21
Total	28	29,47	67	70,53	95	100

Datos obtenidos por la investigadora

$X^2= 12,0509$ P < 0,05 Significativo

En la tabla 12 se observa que el 71,43% de pacientes que tienen ideación suicida tienen su enfermedad en estadio IV y todos los pacientes en estadio terminal (14,28%), también tienen ideación suicida. En los pacientes que no tienen ideación suicida, el estadio de enfermedad más frecuente es el III en 53,73% seguido de los pacientes en estadio II en 31,34%.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que los estadios avanzados de enfermedad, es decir, aquellos que se encuentran en estadio IV y los pacientes terminales se asocian de manera significativa a la ideación suicida.

Discusión

En el presente estudio en el primer cuadro se observó la frecuencia de ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia y se observó que el 70,53% de pacientes no presenta ideación suicida, mientras que el 29,47% sí la presenta. Es decir, que en cuanto a la intensidad de la ideación suicida, los pacientes que la presentan son aquellos que alcanzaron un puntaje mayor o igual a uno en la escala aplicada para su evaluación.

Nuestros resultados son diferentes a los resultados del estudio de Fang y colaboradores quienes reportan que el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer es de 12,6%, durante la primera semana después del diagnóstico y de 3,1 durante el primer año post diagnóstico. De igual modo el estudio de Crocetti et al reportan que la ideación suicida en pacientes con cáncer alcanza una prevalencia de 19,25, porcentaje menor al encontrado en nuestro estudio.

En nuestros resultados vemos que la mayoría de pacientes que han conformado la serie de estudio tienen edades comprendidas entre los 30 a 60 años y entre 61 a 80 años, y son justamente estos rangos de edad en los que los diferentes tipos de cánceres afectan de modo más frecuente a los pacientes. También se ha observado, que la edad no está asociada de forma estadísticamente significativa a la ideación suicida de los pacientes, aunque porcentualmente se aprecia mayor frecuencia en los pacientes de 61 a 80 años.

Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Mondragón y cols quienes reportan que la edad de los pacientes no influye en la ideación suicida. Por otro, lado el estudio de Crocetti et al concuerdan con el nuestro pues reporta que los factores asociados a la ideación suicida y suicidio son la edad entre 55 a 64 años.

En nuestro estudio se observó que el género femenino es más frecuente en la población de estudio (63,16%) y que el género masculino se asocia de forma significativa a la ideación suicida ($P < 0,05$).

Sin embargo estos resultados no concuerdan con el estudio de Mondragón quien señala que las mujeres divorciadas o separadas presentan mayor riesgo de ideación suicida. De acuerdo con Weissman, las mujeres exceden en número a los hombres en porcentajes de intentos e ideas suicidas, en una razón promedio de 2:1, este autor considera que la ideación suicida y los intentos de suicidio son considerados como una conducta femenina, porque implica desesperanza, indecisión y algunas veces, expectativas de ser rescatadas; en cambio, en los hombres, aunque tengan sentimientos depresivos y desesperados pueden estar poco dispuestos a admitir sus ideas suicidas porque perciben la ideación suicida como un signo de debilidad.

En nuestro estudio se ha observado que la raza mestiza predominó en la muestra de estudio, sin embargo, este factor sociodemográfico no está asociado a la ideación suicida.

En relación al nivel de instrucción hemos observado que la secundaria y la primaria fueron los más frecuentes en la muestra, lo cual concuerda con la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática que señala que el 50,2% de la población peruana tiene instrucción secundaria. Además hemos observado que según resultados de la prueba de Ji cuadrado se demuestra que el nivel de instrucción secundaria y superior está asociado de manera significativa a la ideación suicida.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Fanger, Azevedo, Mauro, Lima y Gaspar (2010), quienes reportan que el bajo nivel de escolaridad está asociado a la depresión e ideación suicida.

En nuestro estudio se ha observado que el estado civil predominante en la muestra fue el casado en 45,26%, además, el estado civil está asociado a la ideación suicida sobre todo en los pacientes que no cuentan con pareja, es decir, los solteros, viudos y separados. Resultados similares reportó el estudio de Mondragón quien señala que la ideación suicida es más frecuente en los solteros y separados.

Al respecto, Gonzales, Saiz y Bobes (2007) señalan que es conocido que el suicidio o las ideas suicidas son más frecuentes en las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. El matrimonio parece proteger del suicidio, especialmente si se tienen hijos y si se es mujer. Como excepción se presenta el rango más joven de edad, en el que el matrimonio incrementa el riesgo de suicidio. Entre los intentos de suicidio también están más presentes que en la población general los solteros y los divorciados.

Nuestros resultados en relación a la asociación entre la actividad laboral y la ideación suicida, confirman la hipótesis, por cuanto se ha observado que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, los pacientes desempleados tienen con mayor frecuencia ideación suicida, en comparación con los pacientes que tienen empleo. En cuanto al ingreso económico, los pacientes con ingreso menor a 1000 soles mensuales también tienen mayor frecuencia de ideación suicida, siendo los resultados estadísticamente significativos.

La relación entre conducta suicida y desempleo ha sido comprobada en numerosas ocasiones. Schmidtke, Bille, De Leo, Kerkhof, Bjerke y Crepet (1996) señalan que entre los individuos activos, un 32% de los varones y un 23% de las mujeres se encontraban desempleadas. Kaplan señala que entre las diversas profesiones, las liberales son las más propensas al suicidio y, entre éstas, los médicos han sido considerados como los de más alto riesgo. Así mismo, Gonzales señala que entre los suicidas existe un porcentaje elevado de personas provenientes de una clase social muy baja e igualmente de las más elevadas, ejecutivos por ejemplo.

Al analizar la asociación de los factores clínicos con la ideación suicida, en nuestro estudio hemos encontrado que el tipo de cáncer está asociado a la ideación suicida siendo ésta significativamente en los pacientes que tienen cánceres cuya localización afecta órganos de mayor importancia desde el punto de vista vital, tal es el caso del estómago, pulmón y páncreas, por el contrario, la ideación suicida es menos frecuente en pacientes con cáncer cuello uterino, próstata y linfoma. Cabe señalar que el tipo de cáncer más frecuente en la muestra fue el cáncer de mama, seguido del cáncer de estómago, lo cual concuerda con los reportes de prevalencia de

estos cánceres en Arequipa, en el que el cáncer de mama es el más frecuente en mujeres y el de estómago en varones (IREN Sur).

Nuestros resultados demuestran que el tiempo de enfermedad no está asociado a la ideación suicida, sin embargo, porcentualmente ésta es más frecuente en los pacientes con tiempo de enfermedad mayor a 12 meses y en los que tienen la enfermedad menos de seis meses.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Fanger et al quienes señalan que a mayor tiempo de enfermedad, es mayor la ideación y/o conducta suicida.

La literatura señala que una enfermedad tan grave como el cáncer, contribuye a la consecución del suicidio a través de diversos mecanismos: mediante la exacerbación de una enfermedad psiquiátrica presente, por la limitación en la movilidad, la desfiguración, el dolor crónico o el trastorno social causado; la precipitación de un trastorno mental orgánico; por el efecto fisiopatológico que la propia enfermedad puede tener sobre el estado de ánimo, u otra área de la psicopatología que facilite el intento de suicidio; o por el efecto colateral psiquiátrico de algún fármaco (Mackenzie y Popkin, 2005).

En nuestro estudio se observó que el estadio de la enfermedad es un factor clínico asociado de manera significativa a la ideación suicida, siendo ésta más frecuente en los pacientes que se encuentran en estadio IV principalmente (71,43%) y en segundo lugar en los pacientes terminales (14,28%). Ningún paciente con enfermedad en estadio I tiene ideación suicida, el 3,57% de los que están en estadio II y el 10,71% del estadio III.

Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Fang y colaboradores quienes señalan que el estadio terminal de la enfermedad se asocia a la ideación suicida. De manera similar, el estudio de Crocetti et al señalan que los pacientes que tienen cáncer avanzado y por ende, mal pronóstico, tienen un riesgo muy incrementado de suicidio o ideación suicida en relación a los demás.

Camps (2004), señala que la enfermedad oncológica avanzada genera en los enfermos una serie de síntomas frecuentemente invalidantes y molestos que pueden provocar gran malestar psicológico tanto al paciente como a su familia. En este

contexto, incluso a pesar de la presencia de un aceptable control sintomático, algunos pacientes pueden experimentar ideación autolítica, estimándose este porcentaje entre un 8-10% de los pacientes en situación terminal.

Desde un punto de vista dinámico, todos tenemos de forma consustancial a nuestra naturaleza deseos suicidas en mayor o menor grado. Por ello, casi todas las personas han pensado en la posibilidad de matarse o han realizado actos que han puesto en peligro su vida de alguna forma. No por ello debemos considerar que todas estas personas llegarán a matarse. Siguiendo a Shneidman (2008), consideramos el objetivo principal de la evaluación de una persona con ideas suicidas, haya o no efectuado un intento, determinar cuál es su "letalidad", lo que viene a ser sinónimo de la mortalidad de las ideas o del acto suicida. Aunque existe un acuerdo general en el hecho de que todo el que se suicida o lo intenta no se encuentra en un estado "normal", es posible el suicidio con un grado mínimo de perturbación psíquica y, desde luego, sin que ningún diagnóstico psiquiátrico pueda establecerse. Por otro lado, enfermos psiquiátricos en el seno de graves crisis psicopatológicas pueden realizar intentos autolíticos de muy escasa letalidad. La naturaleza y el grado de perturbación psíquica no son, por tanto, necesariamente proporcionales al grado de letalidad, e interesa tener presente este punto a la hora de la evaluación del riesgo suicida de estas personas.

Para valorar esta llamada letalidad, el riesgo suicida, es necesario tener en cuenta la presencia de un perfil sociodemográfico y conductual que se relaciona con mayor riesgo, en función de los factores asociados más arriba.

Sin embargo, aunque el psicólogo clínico debe considerar los datos presentes en el paciente que estadísticamente se han asociado con un mayor riesgo de suicidio, siempre tendrá presente que los factores intrapsíquicos son los fundamentales a la hora de evaluar la vulnerabilidad del enfermo. Como dice Rives, "la evaluación de los pacientes suicidas sigue siendo un arte y no puede ser reducida a una lista".

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia son el género masculino, el nivel de instrucción secundaria y superior, los estados civiles soltero, viudo y separado, el desempleo y el ingreso económico menor de 1000 soles.

SEGUNDA: Los factores clínicos asociados a la ideación suicida de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia son los tipos de cánceres que se localizan en órganos blanco como el estómago, pulmón o páncreas, y los estadios IV y terminales de la enfermedad.

TERCERA: Los pacientes que reciben quimioterapia presentan ideación suicida en una frecuencia de 29,47%. Esta ideación suicida se caracteriza porque muchos pacientes han perdido el deseo de vivir presentando más bien deseos pasivos de morir en la mayoría de casos.

SUGERENCIAS

1. Desarrollar dentro de las instituciones de salud que cuentan con atención a pacientes oncológicos, programas que fomenten la mejora del aspecto emocional de los pacientes a quienes se diagnostica cáncer, así como también trabajar de forma obligatoria y permanente con el personal de salud para ayudarlos a mejorar la atención que brindan a los pacientes a efectos de poder identificar aquellos que presentan mayor ideación suicida y mayor riesgo de conducta suicida.

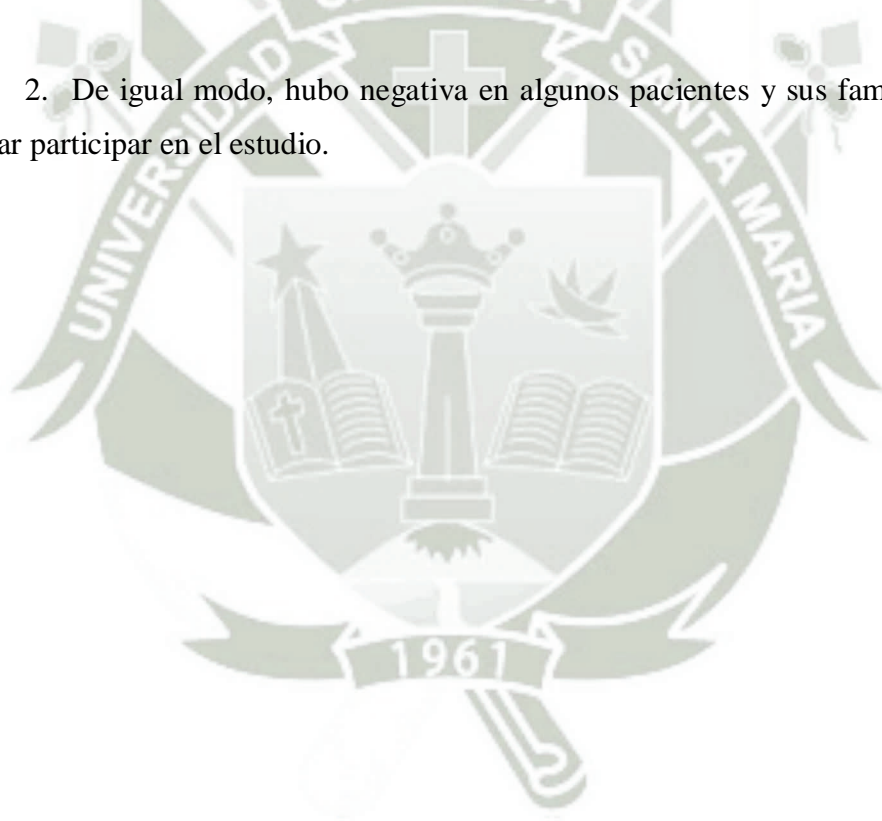
2. Estimular el desarrollo de una mayor comunicación entre los pacientes y el psicólogo clínico, para que este profesional pueda ofrecer al paciente el tratamiento psicológico que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.

3. Se sugiere que antes que el paciente reciba el tratamiento indicado para su enfermedad, el psicólogo clínico le realice una consulta previa con el objetivo de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este caso, el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y el tratamiento. Además se debe promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su familia.

LIMITACIONES

En el transcurso de la presente investigación la autora se encontró con varias limitaciones, entre las cuales se pueden mencionar:

1. En el trabajo de campo, tuvimos limitaciones debido a la negativa de algunos trabajadores del hospital para facilitarnos el acceso a los pacientes para poder aplicar los instrumentos. También hubo menor afluencia de pacientes de la esperada debido a problemas meramente administrativos, por lo que los pacientes fueron derivados a hospitales del MINSA y EsSalud para ser atendidos.
2. De igual modo, hubo negativa en algunos pacientes y sus familiares para aceptar participar en el estudio.



Referencias

- Arlaes, L., Hernández, G., Cañizares, T. (1998). Conducta suicida y factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*;14(2):122-6.
- Beck, A., Kovacs, M., Weissman, A. (1979) Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47, 343-352.
- Botega, N. (2005) Suicidal behaviour in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev. Bras Psiquiatr*, 27(1),45-53.
- Camps V. (2004). *Los Fines de la Medicina*. Disponible en: <http://www.fundaciongrifols.org>.
- Casquero, Gaudencia., Nicolás, Alejandra., Pérez, Ruth., Rihuete, Isabel. (2009) *Cuidados Estandarizados de Quimioterapia*. 1ra edición. España.
- Crocetti, E., Buzzoni, C., Caldarella, A., Intrieri, T., Manneschi, G., Sacchetti, C., Paci, E., Miccinesi, G. (2012). Decessi per suicidio in pazienti con tumore. *Epidemiol Prev*;36(2):83-7. Italy.
- De Vita, V., Hellman, S., Rosenberg, S. (2008) *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fang, F., Fall, K., Mittleman, M., Sparén, P., Ye, W., Adami, HO., Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *Engl J Med*;366(14):1310-8, 2012 Apr 5. United States.
- Fanger, P., Azevedo, R., Mauro, M., Lima, D., Gaspar, Karla. (2010). Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev. Assoc. Med. Bras* ;56(2):173-178.
- González, M., Sáiz, P., Bobes, J. (2007). Factores Sociodemográficos. En: Bobes, J., González, J., Sáiz, P. *Prevención de las Conductas Suicidas y Parasuicidas*. Tercera edición. Masson, S.A.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2006) Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Anales de Salud Mental.

- Kendal, W. (2006) Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Annals of Oncology*, doi:10.1093.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. editors. (2003) *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kaplan, H., Sadock, B., (2009). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Mackenzie, T., Popkin, M. (2005). Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med*; 17: 3-22.
- Ministerio de Salud. (2012) *Definición de factores sociodemográficos*. Obtenido de <http://minsa.gob.pe>. 2012.
- Moscicki, E. (1999) Identification of suicide risk factors using epidemiologic Studies. *Psychiatr Clin North Am*, 20(3), 499-517.
- National Cancer Institute. (2008). Cancer and Suicide. *Cancer Net*.
- Nizama, M. (2011). *Promoción de la Salud Espiritual*. Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Suicide rates per 100.000 by country, year and sex geneva2007*; available from: http://www.who.int/mental_health.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992) *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, S. (2005). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*;15(2):196-217.
- Rives W. (1999). Emergency department assessment of suicidal patients. *Pschyatr Clin North Am*; 22(4): 779-787.
- Shneidman ES. (2008). *Suicidio*. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, dirs. *Tratado de Psiquiatría*. Salvat editores, S.A.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe. U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the

WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.

Spencer, R., Ray, A., Pirl, W., Prigerson, H. (2012). Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *Am J Geriatr Psychiatry*;20(4):327-36. Estados Unidos.

Tamayo, J. (2002) *Estrategias para Diseñar y Desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud*. (1ra ed). Lima.

Torpy, J., Lynn, C., Glass, R. (2005). Suicide. *JAMA* ;293:2558.





ANEXO 1

**CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LOS
PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA**

I. Factores sociodemográficos

1. Edad.....
2. Género () Masculino () Femenino
3. Raza () Blanca () Mestiza () Negra
4. Nivel de instrucción () Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior
5. Estado civil () Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Separado
6. Actividad laboral () Con empleo () Sin empleo
7. Ingreso económico mensual promedio () Menor de 1000 soles () Mayor de 1000 soles

II. Factores clínicos

8. Tipo de cáncer () Mama () Cuello uterino () Próstata () Estómago
() Pulmón () Páncreas () Hígado y vías biliares () Otros.....
9. Tiempo de enfermedad..... Meses
10. Estadio de la enfermedad () I () II () III () IV () Terminal
11. Pronóstico () Favorable () Desfavorable.

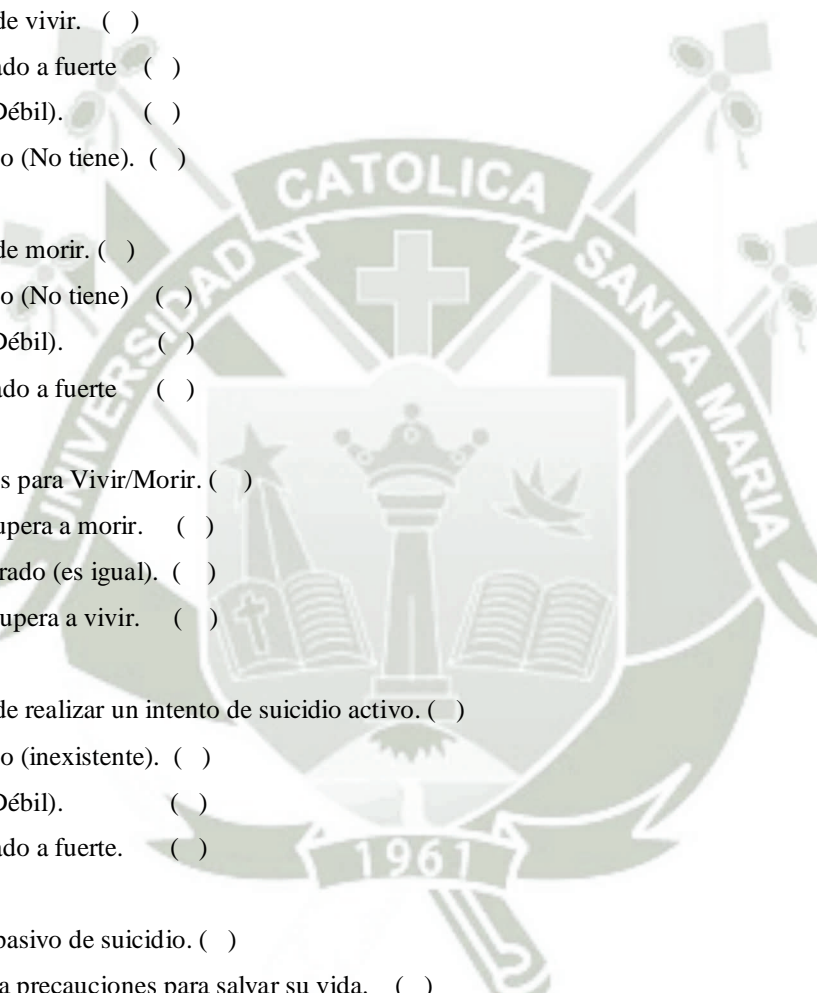
ANEXO 2

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

NOMBRE _____ (opcional)

Fecha _____

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

- 
1. Deseo de vivir. ()
 0. Moderado a fuerte ()
 1. Poco (Débil). ()
 2. Ninguno (No tiene). ()
 2. Deseo de morir. ()
 0. Ninguno (No tiene) ()
 1. Poco (Débil). ()
 2. Moderado a fuerte ()
 3. Razones para Vivir/Morir. ()
 0. Vivir supera a morir. ()
 1. Equilibrado (es igual). ()
 2. Morir supera a vivir. ()
 4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()
 0. Ninguno (inexistente). ()
 1. Poco (Débil). ()
 2. Moderado a fuerte. ()
 5. Deseo pasivo de suicidio. ()
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida. ()
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte. ()
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida. ()

II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()
- 0. Breves, periodos pasajeros. ()
 - 1. Periodos largos. ()
 - 2. Contínuos (Crónicos), casi contínuos. ()
7. Frecuencia. ()
- 0. Rara, ocasionalmente. ()
 - 1. Intermitente. ()
 - 2. Persistentes y contínuos ()
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()
- 0. Rechazo. ()
 - 1. Ambivalente; indiferente. ()
 - 2. Aceptación. ()
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()
- 0. Tiene sentido de control. ()
 - 1. Inseguridad de control ()
 - 2. No tiene sentido de control. ()
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()
- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene. ()
 - 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen. ()
 - 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen. ()
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()
- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza. ()
 - 1. Combinación de 0-2. ()
 - 2. Escapar, acabar, salir de problemas. ()

III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Sin considerar. ()
 - 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles. ()

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Método no disponible, no oportunidad. ()
 - 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente. ()
 - 2. Método y oportunidad disponible ()
 - 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método. ()

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento. ()
- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente. ()
 - 1. No está seguro de tener valor. ()
 - 2. Está seguro de tener valor. ()

15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ()
- 0. No. ()
 - 1. Sin seguridad, sin claridad. ()
 - 2. Sí. ()

IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación real. ()
- 0. Ninguna. ()
 - 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos). ()
 - 2. Completa. ()
17. Nota Suicida. ()
- 0. Ninguna. ()
 - 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar. ()
 - 2. Escrita. Terminada. ()
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ()
- 0. No. ()
 - 1. Sólo pensados, arreglos parciales. ()
 - 2. Terminados ()

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ()
- 0. Revela las ideas abiertamente. ()
 - 1. Revela las ideas con reservas. ()
 - 2. Encubre, engaña, miente. ()

20. Intento de suicidio anteriores. ()

0. No. ()

1. Uno. ()

2. Más de uno ()

