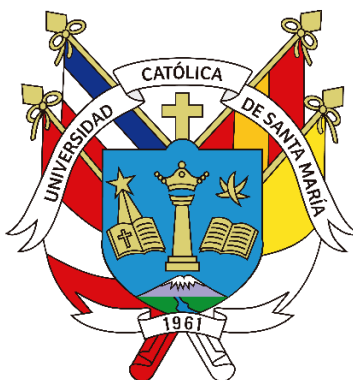


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



Factores asociados a ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica.

Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2024

Tesis presentada por los Bachilleres:

Alvitres Barrientos, Luis Ángel

ORCID: 0009-0000-5890-7981

Giron Lazarte, Katherine Elizabeth

ORCID: 0009-0002-0894-5247

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Alvarado Aco, Jose Eliseo

ORCID: 0000-0002-1675-972X

Arequipa – Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Marzo del 2024

Dictamen: 011741-C-EPMH-2024

Visto el borrador del expediente 011741, presentado por:

2017701042 - GIRON LAZARTE KATHERINE ELIZABETH

2015600521 - ALVITRES BARRIENTOS LUIS ANGEL

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29525538 - HUANQUI GUERRA CARLOS EFRAIN
DICTAMINADOR**



**29660143 - MENDOZA DEL SOLAR CHAVEZ GONZALO
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



Factores asociados a ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2024

ORIGINALITY REPORT

8%

SIMILARITY INDEX

9%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Universidad Nacional de Educacion Enrique Guzman y Valle Student Paper	2%
2	flauc-openaccess.urosario.edu.co Internet Source	1%
3	www.slideshare.net Internet Source	1%
4	www.grafiati.com Internet Source	1%
5	repositorio.autonomadeica.edu.pe Internet Source	1%
6	repositorio.javeriana.edu.co Internet Source	1%
7	doaj.org Internet Source	1%
8	repositorio.unsa.edu.pe Internet Source	1%

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi madre Elizabeth por siempre estar a mi lado, por darme sabiduría y fortaleza para cada reto en la vida que he tenido, por su inmenso amor y confianza en mi persona. No estaría donde estoy si no fuera por ella, ni sería lo que soy sin su presencia en mi vida.

A mi padre, Elías, por demostrarme que debo ser fuerte pase lo que pase, por enseñarme que siempre debo dar lo mejor de mi en toda situación, y por enseñarme a estar preparada para la vida.

A mi hermano, Marco, por su confianza ciega, y confiar en mi incluso cuando yo no lo hacía, por sacarme una sonrisa cada vez que me veía estresada o triste. Y por darme el regalo de un sobrino, Thiago el cual me hace inmensamente feliz solo con su existencia.

A mis amigos de la universidad e internado, por siempre ser un apoyo incondicional, por las risas y llantos.

Katherine.

Esta tesis se la dedico a mis amados padres, quienes supieron inculcarme valores que siempre perduraran conmigo, guiándome por el sendero de la vida y dándome fuerzas para afrontar los embates propios de la vida, enseñándome siempre actuar con respeto y dignidad.

A mis hermanos, por apoyarme en cada etapa de mi vida. Siempre velando por mi integridad y confiando en mi sus enseñanzas, las cuales me han ayudado en demasía y han aportado de sobremanera en mi sólida formación en valores y principios.

A mis amigos, por estar siempre en aquellos momentos adversos brindándome su ayuda desinteresada, su aprecio y cariño. Juntos hemos vivido experiencias inolvidables, las cuales estoy seguro de que perduraran siempre en nuestros recuerdos.

Luis Ángel

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios Todopoderoso, por guiar mis pasos, por siempre acompañarme en cada decisión y etapa de mi vida, por demostrarme que su amor y bondad no tiene fin, y además porque se que a donde el me lleve, siempre será la decisión correcta.

El infinito agradecimiento a mi familia, por tanto, apoyo a lo largo de toda mi vida, por su amor incondicional y su confianza ciega en mi persona, gracias a ustedes puedo decir meta cumplida.

A cada docente de la universidad, por sus infinitas enseñanzas, su paciencia, siendo un gran ejemplo e inspiración como profesionales.

A mis amigos de la universidad y colegio, por hacer de la vida un lugar más bonito.

Katherine.

Agradezco a mis padres por los consejos, el esfuerzo y apoyo sincero que me han brindado todos estos años de mi vida. Gracias a ellos me he forjado como una persona honorable y con vocación de servicio y porque siempre me han motivado para alcanzar mis anhelos y seguir mis convicciones.

Agradezco de la misma forma a mis hermanos ya que también influyeron en gran parte de mi formación. Sin lugar a duda, me sirvió de mucho sus consejos y la ayuda que siempre me brindaron en las vicisitudes de la vida.

Agradezco también a mi grupo de amigos. Fue un gran placer y honor haber compartido todos estos años de carrera con ustedes y espero que siendo colegas sigamos brindándonos el mismo cariño, respeto y apoyo para siempre.

Luis Ángel.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia y factores relacionados a ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

Métodos: Se estudió una muestra representativa de 200 pacientes con diagnóstico de cáncer que cumplieron criterios de selección; se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y clínicos y la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Se asocian variables con prueba de independencia chi cuadrado.

Resultados: El 44.50% de casos fueron varones y 55.50% mujeres, la edad promedio fue de 51.01 ± 13.37 años. El 52% educación secundaria y 37.50% superior. El 78% eran casados o convivientes, 18.50% de pacientes eran amas de casa, 31% trabajaban como obreros o empleados y 44% eran independientes. La duración promedio de enfermedad fue de 10.17 ± 5.98 meses. Afectó al sistema digestivo en 27%, a la piel en 16.50%; en 14% se trató de cáncer tiroideo, de mama en 12% entre otros. El 29.50% de casos estuvo en estadio I, y 52% en estadio II; el 14.50% de casos estuvieron en estadio III y 4% en estadio IV. En total el 87.50% de casos fue tratado con cirugía, 39% recibió quimioterapia, 11% radioterapia y 1% otro tipo de tratamientos. Se encontró que 14.50% de pacientes oncológicos tuvieron riesgo de ideación suicida. El riesgo fue ligeramente mayor en los pacientes menores de 30 años (23.08%), que en los adultos mayores (21.74%), y fue menor entre los adultos de 30 a 59 años (11.35%; $p > 0.05$). El riesgo de ideación suicida fue algo mayor entre varones (17.98%) que en mujeres (11.71%; $p > 0.05$). El riesgo fue mayor entre personas con educación secundaria (18.27%) y educación primaria (14.29%) que en personas con educación superior (9.33%; $p > 0.05$). El riesgo fue algo mayor en personas sin pareja (18.18%) que en personas con pareja (13.46%; $p > 0.05$). Los pacientes con ocupaciones sin remuneración tuvieron más riesgo de ideación suicida (20.41%) que los que tenían actividades remuneradas (12.58%; $p > 0.05$). El riesgo aumentó de alrededor de 14% entre los 6 meses y antes del año a 20% entre pacientes con 18 a 23 meses de enfermedad, y llegó a 40% en pacientes con más de 24 meses de enfermedad ($p > 0.05$). El riesgo de ideación suicida fue mayor entre pacientes con cáncer genital (22.73%) o cáncer hematológico (20%), así como en casos con cáncer digestivo (18.52%), y fue menor en pacientes con cáncer de piel (9.09%; $p > 0.05$). El riesgo de ideación suicida fue significativamente mayor en casos tratados con quimioterapia y radioterapia (75%) y con cirugía y quimioterapia (23.81%) o cirugía con quimio y radioterapia (23.08%), en comparación con aquellos pacientes tratados sólo con cirugía (6.96%) o solo quimioterapia (15.79%) ($p < 0.05$).

Conclusiones: El riesgo de ideación suicida en pacientes oncológicos tratados en el Hospital Honorio Delgado fue de 14.50% y asociado principalmente al tratamiento del cáncer con terapias combinadas.

Palabras clave: Ideación suicida, Enfermedad oncológica, Factores asociados.



ABSTRACT

Objective: Determine the frequency and factors related to suicidal ideation in patients with oncological disease at the Honorio Delgado Regional Hospital, Arequipa.

Methods: A representative sample of 200 patients diagnosed with cancer who met selection criteria was studied; A sociodemographic and clinical data sheet and the Beck Suicidal Ideation Scale (ISB) were applied. Variables are associated with the chi square independence test.

Results: A 44.50% of cases were men and 55.50% women, the average age was 51.01 ± 13.37 years. 52% secondary education and 37.50% higher education. 78% were married or cohabiting, 18.50% of patients were housewives, 31% worked as workers or employees and 44% were independent. The average duration of illness was 10.17 ± 5.98 months. It affected the digestive system in 27%, the skin in 16.50%; In 14% it was thyroid cancer, 12% breast cancer, among others. 29.50% of cases were in stage I, and 52% in stage II; 14.50% of cases were in stage III and 4% in stage IV. In total, 87.50% of cases were treated with surgery, 39% received chemotherapy, 11% radiotherapy and 1% other types of treatments. It was found that 14.50% of oncology patients were at risk of suicidal ideation. The risk was slightly higher in patients under 30 years of age (23.08%) than in older adults (21.74%), and was lower among adults 30 to 59 years of age (11.35%; $p > 0.05$). The risk of suicidal ideation was somewhat higher among men (17.98%) than among women (11.71%; $p > 0.05$). The risk was higher among people with secondary education (18.27%) and primary education (14.29%) than in people with higher education (9.33%; $p > 0.05$). The risk was somewhat higher in people without a partner (18.18%) than in people with a partner (13.46%; $p > 0.05$). Patients with unpaid occupations had a higher risk of suicidal ideation (20.41%) than those who had paid activities (12.58%; $p > 0.05$). The risk increased from about 14% between 6 months and before 1 year to 20% among patients with 18 to 23 months of illness, and reached 40% in patients with more than 24 months of illness ($p > 0.05$). The risk of suicidal ideation was higher among patients with genital cancer (22.73%) or hematological cancer (20%), as well as in cases with digestive cancer (18.52%), and was lower in patients with skin cancer (9.09%; $p > 0.05$). The risk of suicidal ideation was significantly higher in cases treated with chemotherapy and radiotherapy (75%) and with surgery and chemotherapy (23.81%) or surgery with chemo and radiotherapy (23.08%), compared to those patients treated with surgery alone (6.96. %) or only chemotherapy (15.79%) ($p < 0.05$).

Conclusions: The risk of suicidal ideation in cancer patients treated at the Honorio Delgado Hospital was 14.50% and mainly associated with cancer treatment with combined therapies.

Keywords: Suicidal ideation, Oncological disease, Associated factors



ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Enunciado del Problema.....	4
1.2. Descripción del Problema.....	4
1.2.1. Área del conocimiento.....	4
1.2.2. Análisis de Variables.....	4
1.2.3. Interrogantes básicas.....	5
1.3. Justificación del problema.....	6
2. OBJETIVOS	7
2.1. General.....	7
2.2. Específicos.....	7
3. HIPÓTESIS.	7
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. Síntomas depresivos en pacientes con cáncer	8
4.1.1. Síntomas afectivos.....	8
4.1.2. Síntomas cognitivos.....	8
4.1.3. Síntomas conductuales	9
4.1.4. Síntomas somáticos	9
4.2. Causas de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos	10
4.3. Consecuencias de la depresión en pacientes oncológicos	11
4.4. Manejo de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos	12
4.4.1. Abordaje físico	12

4.4.2.	Abordaje psicológico.....	12
4.5.	Ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica	15
4.6.	Suicidio en pacientes con enfermedad oncológica	17
4.7.	El diagnóstico de suicidio o ideación suicida en el CIE-11 y en el DSM 5	17
5.	Revisión de antecedentes investigativos.....	22
5.1.	A nivel local.....	22
5.2.	A nivel nacional.....	24
5.3.	A nivel internacional	25
CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS		27
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	28
1.1.	Técnicas.....	28
1.2.	Instrumentos	28
1.3.	Materiales de verificación:	28
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	28
2.1.	Ámbito.....	28
2.2.	Unidades de estudio:.....	28
2.2.1.	Criterios de selección:	29
2.3.	Temporalidad:.....	29
2.4.	Ubicación espacial:.....	29
2.5.	Tipo de investigación:	29
2.6.	Nivel de investigación:	29
2.7.	Diseño de investigación:.....	29
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
3.1.	Organización.....	30
3.2.	Recursos.....	30
3.3.	Validación de los instrumentos.....	30

3.4. Aspectos éticos	31
3.5. Criterios para manejo de resultados.....	31
CAPÍTULO III RESULTADOS	33
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	52
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	67
Anexo 2: Escala de ideación suicida	68
Anexo 3: Consentimiento informado	70
Anexo 4: Matriz de sistematización de información.....	71
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Enunciado del Problema.....	4
1.2. Descripción del Problema.....	4
1.2.1. Área del conocimiento.....	4
1.2.2. Análisis de Variables	4
1.2.3. Interrogantes básicas.....	5
1.3. Justificación del problema	6
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. General.....	7

2.2. Específicos.....	7
3. HIPÓTESIS.....	7
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. Síntomas depresivos en pacientes con cáncer	8
4.1.1. Síntomas afectivos.....	8
4.1.2. Síntomas cognitivos.....	8
4.1.3. Síntomas conductuales	9
4.1.4. Síntomas somáticos	9
4.2. Causas de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos	10
4.3. Consecuencias de la depresión en pacientes oncológicos	11
4.4. Manejo de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos	12
4.4.1. Abordaje físico	12
4.4.2. Abordaje psicológico.....	12
4.5. Ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica	15
4.6. Suicidio en pacientes con enfermedad oncológica.....	17
4.7. El diagnóstico de suicidio o ideación suicida en el CIE-11 y en el DSM 5	17
5. Revisión de antecedentes investigativos.....	22
5.1. A nivel local.....	22
5.2. A nivel nacional.....	24
5.3. A nivel internacional	25
CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS	27
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	28
1.1. Técnicas	28
1.2. Instrumentos	28
1.3. Materiales de verificación:	28
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	28

2.1. Ámbito	28
2.2. Unidades de estudio:.....	28
2.2.1. Criterios de selección:	29
2.3. Temporalidad:.....	29
2.4. Ubicación espacial:.....	29
2.5. Tipo de investigación:	29
2.6. Nivel de investigación:	29
2.7. Diseño de investigación:.....	29
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
3.1. Organización.....	30
3.2. Recursos.....	30
3.3. Validación de los instrumentos.....	30
3.4. Aspectos éticos	31
3.5. Criterios para manejo de resultados.....	31
CAPÍTULO III RESULTADOS	33
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	52
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	67
Anexo 2: Escala de ideación suicida	68
Anexo 3: Consentimiento informado	70
Anexo 4: Matriz de sistematización de información	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer según edad y sexo.....	34
Tabla 2 Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer	36
Tabla 3 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tiempo de enfermedad	38
Tabla 4 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: ubicación del cáncer.....	40
Tabla 5 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: estadio clínico	42
Tabla 6 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tratamiento ..	44
Tabla 7 Frecuencia y severidad de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de cáncer	46
Tabla 8 Asociación entre características sociodemográficas y riesgo de ideación suicida en pacientes con cáncer	48
Tabla 9 Asociación entre características clínicas del cáncer y riesgo de ideación suicida..	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer según edad y sexo.....	35
Gráfico 2 Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer..	37
Gráfico 3 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tiempo de enfermedad.....	39
Gráfico 4 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: ubicación del cáncer	41
Gráfico 5 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: estadio clínico.....	43
Gráfico 6 Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tratamiento	45
Gráfico 7 Frecuencia y severidad de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de cáncer	47
Gráfico 8 Asociación entre características sociodemográficas y riesgo de ideación suicida en pacientes con cáncer.....	49
Gráfico 9 Asociación entre características clínicas del cáncer y riesgo de ideación suicida	51

INTRODUCCIÓN

El carcinoma se posiciona como la segunda causa principal de defunciones a nivel global, mientras que la depresión es catalogada como la patología psíquica preeminente de la era contemporánea. La concurrencia de estas dos afecciones en un mismo individuo puede derivar en una combinación perniciosa, dado que existe la posibilidad de que los pacientes oncológicos manifiesten síntomas depresivos en alguna fase de su patología. La adaptabilidad al carcinoma es afectada por diversos factores asociados a la sociedad, el individuo afectado y la naturaleza misma de la enfermedad. Los elementos atribuibles al paciente abarcan su fase de vida, el entorno social, su capacidad de enfrentamiento, sus metas biológicas, personales y sociales, y cómo estos aspectos son modificados por la incidencia del carcinoma. El mecanismo de adaptación al carcinoma implica la activación de pensamientos, comportamientos y estrategias dirigidos a la reestructuración y adaptación ante las nuevas circunstancias vitales (1).

La identificación temprana de síntomas depresivos con relevancia clínica en pacientes que padecen de cáncer es crucial para atenuar las adversidades resultantes de tal coexistencia. El trastorno depresivo mayor, una afección del ánimo, se distingue por una duración mínima de dos semanas donde predomina un humor melancólico o una merma del interés o satisfacción en prácticamente todas las actividades. La incidencia de la depresión mayor en individuos diagnosticados con cáncer fluctúa entre el 5% y el 8%.

Factores como el enfrentamiento a la enfermedad, conflictos sin resolver, la pertenencia a un entorno familiar disfuncional y el consumo de alcohol, emergen como riesgos para la ideación y el intento suicida, subrayando así la importancia de las redes de apoyo como fundamentales. La carencia de soporte familiar y social puede propiciar en el individuo pensamientos negativos vinculados a la ideación suicida, buscando principalmente eludir el sufrimiento físico y emocional. El avance de la enfermedad o su etapa igualmente constituye un riesgo para que el paciente oncológico contemple o ejecute el suicidio. Adicionalmente, se observa una propensión al incremento de la ideación suicida o al número de suicidios posterior al diagnóstico de cáncer, tendencia que decrece conforme transcurre el tiempo (2).

Es de gran importancia establecer la frecuencia de este pensamiento suicida para establecer medidas de prevención, primarias o secundarias, para evitar un peor impacto negativo de la enfermedad y al conocer los factores asociados, dirigir los esfuerzos a medidas específicas en los pacientes oncológicos.

Los resultados de la investigación servirán para implementar medidas de prevención de suicidio en un grupo creciente de pacientes con patología oncológica en los que los problemas de salud mental son relevantes pero a veces poco estudiados.





1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y los factores relacionados a la presentación de ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Ideación suicida, cáncer

1.2.2. Análisis de Variables

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
<i>Variable dependiente</i>			
Ideación suicida	Respuesta a test SSI de Beck	Con ideación, sin ideación	Nominal
<i>Variables independientes: sociodemográficas</i>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino, femenino	Ordinal
Nivel de instrucción	Último año de estudios concluidos	Iletrado, primaria, secundaria, superior	Ordinal
Estado civil	Situación conyugal	Soltero, conviviente, casado, separado, viudo	Nominal
Ocupación	Grupo laboral	Estudiante, desempleado, ama de casa, obrero,	Nominal

		empleado independiente, jubilado	
<i>Variables independientes: clínicas</i>			
Tiempo de enfermedad	Fecha de diagnóstico	Meses	De razón
Tipo de neoplasia	Diagnóstico histopatológico según sistema afectado	De mama, de cérvix, próstata, pulmón, gástrico, colon, etc.	Nominal
Estadío clínico	Estadío según TNM	Estadío I a IV	Ordinal
Tipo de tratamiento	Modalidad de tratamiento	Paliativo, quirúrgico, radioterapia, quimioterapia	Nominal

1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
3. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
4. ¿Cuáles de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa constituyen factores asociados a la ideación suicida?

1.3. Justificación del problema

El estudio reviste **originalidad** puesto que no se han establecido las características del paciente con enfermedad oncológica que intervienen en la ideación suicida en nuestro medio en forma reciente.

Tiene **relevancia científica**, debido a la influencia de la salud física en la salud mental, siendo el cáncer una causa frecuente de muerte en nuestro medio, y el suicidio y su ideación un problema de salud pública.

Tiene **relevancia práctica** porque permitirá conocer la magnitud de un problema de salud mental en un grupo específico de pacientes como son los pacientes oncológicos, en los que se podrá intervenir en forma primaria o secundaria para la prevención del suicido a través de la detección oportuna de su ideación.

Tiene **relevancia social** porque beneficiará a un grupo creciente de la población que se ve afectada por enfermedades neoplásicas en las que la expectativa de supervivencia mejora cada vez más con los avances tecnológicos para la detección y tratamiento, mientras que los problemas de salud mental son de difícil detección y manejo.

El estudio es **contemporáneo** ya que tanto el cáncer como los trastornos del estado de ánimo con la depresión, la ideación suicida y el intento de suicidio son dos problemas frecuentes y crecientes, y cuya coexistencia puede agravar su magnitud.

El estudio es **factible** por el diseño prospectivo en el que se cuenta con instrumentos validados y la motivación de los investigadores para la realización del estudio.

Satisface la **motivación personal** de desarrollar una investigación en el campo de la psiquiatría y la oncología como expectativas de futuro desarrollo profesional.

Se satisface así las **políticas de investigación** de la Universidad como exigencia para la obtención del título profesional.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Determinar la frecuencia y los factores relacionados a la presentación de ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. Específicos

1. Identificar la frecuencia de ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.
2. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.
3. Identificar las características clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.
4. Establecer cuáles de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa constituyen factores asociados a la ideación suicida.

3. HIPÓTESIS.

Es probable que algunas características clínicas o del tratamiento oncológico se asocien a síntomas de ideación suicida en pacientes oncológicos tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Síntomas depresivos en pacientes con cáncer

El diagnóstico de cáncer puede producir un cambio drástico en la vida de una persona. Además del riesgo mediato de vida, la frustración de los planes a futuro, el sufrimiento personal y familiar, pueden afectar el estado de equilibrio mental de la persona. Para evitar mezclar los sentimientos naturales de tristeza que pueden aparecer en personas diagnosticadas con enfermedades como el cáncer, es importante delimitar con precisión las características de la depresión (3).

La depresión se reconoce como un síndrome clínico y generalmente se considera un trastorno mental; en los manuales de diagnóstico se categoriza específicamente como un trastorno del ánimo o afectivo. Para entender mejor este síndrome, los síntomas generales de la depresión se dividen en cuatro grandes categorías (4).

4.1.1. Síntomas afectivos

Estado de ánimo bajo o tristeza, junto con un sentimiento de vacío que a menudo se acompaña de disminución del afecto, desdicha, la incapacidad de encontrar placer en actividades previamente disfrutadas, sentimientos de culpa, inutilidad o de ser menos que los demás; experiencias de desesperanza y elevados niveles de ansiedad. En pacientes con cáncer, estos estados emocionales pueden ser vistos como "normales" tanto por el paciente como por su entorno; no obstante, si estos síntomas persisten, podrían señalar la presencia de una depresión clínica (4).

4.1.2. Síntomas cognitivos

Problemas en la atención, concentración, memoria, capacidad de decisión y alteración del juicio, ya que el paciente tiene creencias fatalistas (perspectiva sombría de sí mismo y del futuro) y pensamientos de muerte o ideas suicidas. La depresión en el paciente con cáncer suele asociarse a pensamientos negativos intrusivos relacionados a la enfermedad y la muerte, que a su vez contribuyen a que se mantengan estrategias de afrontamiento poco adaptativas y una visión negativa del futuro(4).

4.1.3. Síntomas conductuales

Enlentecimiento o agitación psicomotriz, reducción de la energía y por consecuencia reducción del nivel de actividad; puede presentarse conducta suicida o autodestructiva, entre otras (4).

4.1.4. Síntomas somáticos

Desgano y fatiga, alteraciones en el apetito (incremento o decremento), alteraciones en el peso (generalmente pérdida), alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnia) y, por último, afectación de la conducta sexual (pérdida de la libido) (4).

En aquellos pacientes que padecen de cáncer, tanto los síntomas de comportamiento como los físicos pueden ser resultado no solo de la depresión, sino también, y en gran medida, de la enfermedad física que enfrentan. La determinación de la presencia de un episodio depresivo mayor se hace según la duración de los síntomas depresivos, exigiéndose que estos perduren al menos dos semanas, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por tener una duración habitual de dos años o más. La severidad de la depresión puede identificarse evaluando la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas observados. Así, un trastorno depresivo leve se manifiesta comúnmente con cambios en el ánimo y el comportamiento, problemas de sueño, pesimismo, ansiedad y falta de energía. En el caso del trastorno depresivo moderado, los pacientes experimentan una disminución en su estado de ánimo, junto con ansiedad, irritabilidad, agitación, desinterés, falta de placer y concentración, y dificultades de memoria. Por otro lado, el trastorno depresivo grave se distingue por un aumento en la intensidad de los síntomas y la aparición de otros nuevos, como delirios y alucinaciones (5).

La depresión en individuos diagnosticados con cáncer inicialmente puede ser transitoria, extendiéndose posteriormente por varios días o semanas. Este estado puede manifestarse a través de sentimientos de incredulidad, negación o desesperanza, o empezar con un período de disforia, durante el cual es posible que se experimenten alteraciones en el sueño y el apetito, ansiedad, reflexiones obsesivas y miedo al futuro. Los pacientes con cáncer pueden experimentar miedo, preocupaciones, ansiedad, sentimientos de impotencia, pesadillas e insomnio, problemas sexuales y disfunciones, así como efectos neuropsicológicos tanto a corto

como a largo plazo, afectando hasta un 43% de los pacientes dependiendo del tipo de tumor y tratamiento de radioterapia recibido. Como síndrome clínico, la depresión tiene la capacidad de influir en la evolución de enfermedades físicas, ya sea por adoptar actitudes que interfieren con el tratamiento o porque puede impactar directamente procesos biológicos esenciales, como la función del sistema inmunológico. Los factores psicosociales presentes en la vida diaria pueden inducir estados de ansiedad, depresión y estrés, lo que conlleva a un desbalance en la función de los sistemas autonómico, endocrino e inmunológico, pudiendo incluso promover el desarrollo o avance del cáncer. Por ello, es crucial que los profesionales médicos identifiquen a tiempo los síntomas de depresión para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (4).

4.2. Causas de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos

Los individuos diagnosticados con cáncer se enfrentan a una mayor vulnerabilidad hacia la depresión, influenciada tanto por la enfermedad en sí como por elementos adicionales relacionados con su ambiente y su historia vital, afectando así la eficacia de su tratamiento. Hay múltiples factores que contribuyen a la depresión en quienes padecen de cáncer, incluyendo la edad, siendo más común en jóvenes en ciertos casos. El género también juega un rol, aunque su incidencia varía entre diferentes estudios, así como la etapa de la enfermedad, que puede llevar a una mayor restricción o discapacidad física; la presencia de síntomas físicos derivados de los tratamientos; el tipo específico de cáncer, con una incidencia más alta de depresión en aquellos que sufren de cáncer de páncreas, orofaríngeo o del sistema nervioso central; los antecedentes psicológicos del individuo, trastornos anteriores, el limitado apoyo social y los riesgos biopsicosociales son también factores significativos. Los siguientes son los factores de riesgo más determinantes en el desarrollo de depresión en pacientes oncológicos (6).

- a) el tipo de cáncer (cánceres que presentan síndromes paraneoplásicos y cánceres con liberación de citoquinas);
- b) el estadio del cáncer (se observa una mayor presencia de trastorno mental en los pacientes más sintomáticos);
- c) el tratamiento oncológico en curso;

- d) los antecedentes de depresión (tener un diagnóstico previo de depresión es el mayor factor de riesgo para desarrollar este trastorno en una enfermedad oncológica);
- e) el dolor (sobre todo el dolor crónico persistente o no bien controlado);
- f) una red social limitada;
- g) un estado funcional pobre, y
- h) la edad (los pacientes con menos edad son más propensos a sufrir depresión) (4).

Además, es común que los pacientes con cáncer presenten pensamientos suicidas, los cuales son desencadenados por las circunstancias particulares de cada caso. Estas pueden incluir un estadio avanzado de la enfermedad con un pronóstico desfavorable; el tipo y ubicación del tumor, siendo más prevalente en casos de cáncer de cabeza y cuello; la existencia de un trastorno depresivo, o sentimientos de desesperanza, falta de control y desamparo; el aumento de síntomas físicos o su persistencia, el delirium y estados de confusión; antecedentes de problemas psicológicos, así como historial de intentos de suicidio previos (7).

4.3. Consecuencias de la depresión en pacientes oncológicos

La relación entre cáncer y depresión no solo genera sufrimiento, sino que también deteriora significativamente la calidad de vida. Esto se debe a que afecta negativamente la adherencia al tratamiento contra el cáncer, incrementa el riesgo de suicidio, representa un peso psicológico para los familiares y extiende el periodo de estancia hospitalaria. Además, la depresión reduce la capacidad del paciente para enfrentarse a su enfermedad y exacerba tanto la frecuencia como la severidad de los síntomas físicos. La existencia de depresión durante el tratamiento de cáncer disminuye la adherencia a la terapia, lo que a su vez aumenta los índices de mortalidad y morbilidad. En conclusión, la combinación de cáncer y depresión es altamente perjudicial. En casos de cáncer de mama, pulmón, cerebro, piel y sangre, se ha observado que la presencia de síntomas depresivos incrementa la mortalidad en un 25%, y este porcentaje asciende a un 39% en aquellos pacientes diagnosticados con depresión mayor o menor, incluso después de ajustar por los pronósticos clínicos conocidos que afectan la supervivencia (8).

4.4. Manejo de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos

El tratamiento de los síntomas depresivos se ha abordado desde diversos ángulos, los que se presentan agrupados en categorías para su mejor comprensión.

4.4.1. Abordaje físico

El tratamiento principal de la depresión en el ámbito somático se basa en la farmacología. Los medicamentos que inhiben la recaptura de serotonina son efectivos para tratar la depresión en pacientes oncológicos, siendo la paroxetina una de las más destacadas en términos de eficacia. Los antidepresivos con acción dual también se han mostrado eficientes, gracias a su rápida acción y su capacidad para aliviar síntomas secundarios, incluyendo problemas vasomotores y dolor. La mirtazapina resulta especialmente beneficiosa para manejar síntomas como el dolor, náuseas, insomnio y ansiedad (9).

La responsabilidad de recetar estos tratamientos recae en el médico oncólogo, trabajando en conjunto con el psiquiatra. La selección del medicamento adecuado debe fundamentarse en el análisis del cuadro sintomático del paciente, evaluando los beneficios, la tolerancia y la relación riesgo-beneficio, con el objetivo de elaborar un plan terapéutico personalizado para cada individuo (4).

Es crucial ejercer precaución respecto a las interacciones entre medicamentos. Antidepresivos tales como la fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina interfieren en el metabolismo de los agentes antineoplásicos a través de la inhibición del CYP4503A4, lo cual puede resultar en una reducción de la efectividad de estos o en un aumento de su toxicidad. Por otro lado, fármacos como el citalopram, escitalopram, venlafaxina y mirtazapina son inhibidores más débiles de este sistema, por lo que representan opciones más seguras (9).

4.4.2. Abordaje psicológico

Es esencial proporcionar asesoramiento psicológico y terapia adecuada desde el momento en que se realiza el diagnóstico de cáncer. En otras palabras, no se debe aguardar a que el paciente con cáncer desarrolle un trastorno psicológico, dado que actuar en las fases tempranas (prevención primaria) ayuda a evitar el desarrollo posterior de trastornos psicopatológicos, como la depresión. Si la depresión ya se ha manifestado y ha sido diagnosticada, es imprescindible implementar una intervención psicológica que reduzca su efecto en la patología

física (prevención secundaria), con el fin de evitar que empeore. Existen distintas estrategias de intervención psicológica, las cuales se pueden dividir en dos tipos: individual y familiar/social (9).

4.4.2.1. Abordaje psicológico individual

Una de las terapias individuales con mayor eficacia demostrada en el tratamiento de la depresión es la terapia cognitivo-conductual desarrollada por Beck. Esta terapia se fundamenta en un modelo de vulnerabilidad al estrés, donde se desencadenan patrones de pensamiento distorsionado que influyen en cómo el individuo percibe, procesa e interpreta la información sobre sí mismo, el entorno y el futuro, lo cual contribuye al inicio y perpetuación de los síntomas depresivos. La finalidad de esta terapia es ayudar al paciente a modificar sus creencias acerca de sí mismo, del mundo y del futuro hacia una perspectiva más realista y saludable, promoviendo así una mejor adaptación a la vida en su conjunto (9).

Por otro lado, estrategias como el *mindfulness*, o atención plena, han adquirido gran relevancia en los últimos años; dicha estrategia, derivada de las prácticas meditativas del budismo Zen, consiste en ‘prestar atención de un modo particular: deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar’. Es decir, ser plenamente conscientes de lo que ocurre en el momento presente, sin filtros ni prejuicios (4).

Se han empleado otras técnicas como la relajación y terapias de visualización para llevar a cabo intervenciones efectivas. Estas prácticas contribuyen a disminuir el impacto del estrés relacionado con el diagnóstico de cáncer y el temor hacia la enfermedad, además de potenciar la respuesta inmunitaria a través del fomento de creencias positivas. También promueven el incremento de la motivación necesaria para realizar cambios en el estilo de vida, refuerzan el anhelo de vivir, ayudan a manejar sentimientos de desesperanza y permiten revisar y ajustar las percepciones que tiene el paciente acerca de su enfermedad (10).

La autotranscendencia o espiritualidad puede ser un recurso para mitigar los efectos adversos de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer. Se define como el proceso de ir más allá de las propias creencias y comportamientos que reflejan una perspectiva personal hacia una conexión con una dimensión más amplia y trascendental, la cual adquiere un profundo significado en diferentes etapas de la enfermedad, identificadas como momentos decisivos en la vida del individuo. Este enfoque puede facilitar la aceptación de la enfermedad por parte del paciente y promover que otros reconozcan su estado de salud.

La autotranscendencia tiene un impacto positivo en la salud y el bienestar, fomentando al mismo tiempo prácticas de vida saludables que contribuyen de manera importante a la salud de los pacientes oncológicos. Se continúa avanzando en el desarrollo de técnicas específicas para el manejo de la depresión en este grupo de pacientes. Sin embargo, es crucial que los especialistas en salud mental apliquen los métodos existentes para tratar la depresión convencional y realicen un seguimiento detallado de la evolución de los síntomas emocionales y físicos, en beneficio tanto del paciente como de su entorno familiar (11).

4.4.2.2. Abordaje psicológico familiar/social

Ante el diagnóstico de cáncer, la familia se convierte en el principal pilar de soporte social, emocional, personal y financiero para el paciente. Por esta razón, es fundamental que el especialista en salud mental atienda las distintas situaciones complejas que puedan presentarse dentro del círculo de apoyo familiar o social del paciente con cáncer. Los conflictos dentro de la familia y los sentimientos de culpa, por ejemplo, pueden agravar el progreso de la enfermedad, mientras que la cohesión y la solidaridad familiar, así como las habilidades de los miembros de la familia para cuidar al paciente, representan valiosos elementos de resguardo (4).

Tradicionalmente, el apoyo psicológico a las familias y a quienes respaldan al paciente con cáncer se ha proporcionado mediante grupos terapéuticos o de apoyo. No obstante, el especialista en salud mental también deberá considerar la posibilidad de intervenciones individuales con familiares o

amigos específicos cuando sea necesario. Además, es esencial que el personal médico y de enfermería reciba formación especializada para el manejo adecuado de pacientes con cáncer que presentan depresión. Esto ha llevado a que psicólogos y psiquiatras dediquen un tiempo considerable a capacitar a los equipos de salud en psicopatología y en el desarrollo de herramientas de detección adaptadas a la realidad de los pacientes. Estas herramientas tienen como fin identificar problemas emocionales desde etapas tempranas del tratamiento médico, optimizar los recursos de atención sanitaria y planificar el cuidado de pacientes con significativo malestar psicológico, evitando la necesidad de extensas entrevistas diagnósticas o largos cuestionarios (11).

Es fundamental recordar que la atención integral debe ser proporcionada por todos los profesionales involucrados en el cuidado de los pacientes. Aquel médico o enfermero que se enfoque exclusivamente en los aspectos físicos, así como el psicólogo que se limite a los psicológicos, estarán llevando a cabo una intervención incompleta que podría resultar perjudicial para la salud de sus pacientes. Especialmente en el caso de los pacientes con cáncer, descuidar alguna de estas dimensiones —física, psicológica o social— puede afectar negativamente la evolución de la enfermedad y conducir a un pronóstico desfavorable (4).

4.5. Ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica

El diagnóstico de cáncer puede provocar en el paciente varias emociones e interrogantes fuertes que permean su existencia, lo que puede generar una gama de sentimientos, momentos de gran desequilibrio y conflictos emocionales, provocando sufrimientos de gran magnitud. Algunas personas ven el diagnóstico como una certeza de que la muerte se acerca y esto puede desencadenar algunas reacciones negativas en el paciente y su familia. Después de recibir noticias sobre la enfermedad, pueden surgir algunas respuestas como ira, depresión y ansiedad, por lo que se requiere atención psicológica dedicada para ayudar al paciente en este período de dificultad e incertidumbre (12).

El suicidio es una acción consciente que realiza el individuo con el fin de provocar su propia muerte. Normalmente el individuo que decide realizar el acto se encuentra en un estado de vulnerabilidad y ve que la mejor solución para poner fin a su

sufrimiento es no continuar con su propia vida. El suicidio es un acto considerado multifactorial y tiene como factor principal el sufrimiento frente a todos los aspectos que contribuyen a la realización del acto (13).

La ideación suicida es un problema frecuente en la población general y mayor en los pacientes con cáncer, y se encuentra definida como una variedad de contemplaciones, deseos y preocupaciones acerca de la muerte y el suicidio. La IS puede ser activa (pensamientos específicos de suicidarse) o pasiva (desear estar muerto o quedarse dormido y no despertar) (14).

Como principales factores de riesgo asociados a la ideación suicida, o suicidios consumados, pueden presentar diferentes factores de riesgo que pueden estar vinculados a diferentes áreas de la vida de los individuos, tales como: aspectos sociodemográficos, desempleo, baja educación, falta de acceso al desarrollo personal. Estado civil y aislamiento social. También se pueden considerar otros factores igualmente importantes, como: diagnósticos previos de trastornos mentales vinculados a la depresión, la bipolaridad y la esquizofrenia y que afectan alrededor del 90% de la población con ideación o suicidio consumado. También es posible encontrar otras afecciones secundarias, como casos de abuso de alcohol y drogas. En los pacientes con cáncer existe un mayor riesgo de suicidio, ya que el diagnóstico de cáncer puede causar un sufrimiento altamente complejo en el individuo, ya que puede enfrentar cuestiones que lo hagan reflexionar sobre su muerte, provocando así un período de grandes exigencias existenciales. Hay casos en los que los pacientes ven el suicidio como la única opción para acabar con el sufrimiento, el estigma y el dolor que les provoca el diagnóstico (4).

Se descubrió que los distintos tipos de cáncer, el estadio en que se encuentra la enfermedad y los antecedentes psicológicos son factores significativos para la aparición de pensamientos suicidas. No obstante, también se logró entender la importancia de los efectos sociales, el severo dolor físico y la pérdida de autonomía y control como elementos críticos para el surgimiento de ideaciones suicidas. Se determinó que un número considerable de pacientes oncológicos con episodios de ideación suicida presentaban síntomas de depresión y ansiedad, y que el diagnóstico y tratamiento del cáncer representaban una carga emocional y física considerable, lo que provocaba cambios psicológicos profundos en los pacientes, afectados por todos los aspectos que implica vivir con la enfermedad. Esto repercutía en su calidad de

vida, generaba vulnerabilidad emocional y desesperanza respecto a la posibilidad de recuperarse, incrementando la inclinación a terminar con el sufrimiento físico y psicológico mediante el suicidio (15).

4.6. Suicidio en pacientes con enfermedad oncológica

Es habitual que los pacientes con cáncer experimenten pensamientos suicidas de manera ocasional. Sin embargo, la ideación suicida constante, aunque menos común, demanda una atención particular debido a las altas tasas de suicidio observadas en este grupo. Identificar el riesgo de suicidio es crucial para desarrollar y aplicar medidas preventivas que reduzcan este riesgo en el ámbito de la oncología. La incidencia de suicidio entre pacientes oncológicos es el doble que la de la población general. Los factores que incrementan el riesgo de suicidio incluyen ser hombre, mayor de 65 años, soltero, el primer año tras el diagnóstico, tener tumores de alta letalidad, estar en una fase avanzada de la enfermedad, y la presencia de síntomas físicos como el dolor, problemas psiquiátricos, limitaciones funcionales y factores sociofamiliares negativos. Los tipos de cáncer más relacionados con altas tasas de suicidio incluyen el cáncer de pulmón, estómago y de cabeza y cuello. Por lo general, las medidas para intervenir en pacientes oncológicos con ideación suicida son similares a las aplicadas en la población general, como la psicoterapia cognitivo-conductual y los antidepresivos (16).

4.7. El diagnóstico de suicidio o ideación suicida en el CIE-11 y en el DSM 5

La forma de referirse al suicidio ha cambiado a lo largo del tiempo, adaptándose a los progresos en la investigación científica sobre el comportamiento suicida, el aumento de la defensa de las víctimas y los supervivientes del suicidio, y el intento de disminuir el estigma ligado al suicidio.

La conducta suicida incluye:

- a. Suicidio consumado: acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- b. Intento de suicidio: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- c. Ideación suicida: Pensamientos, planes y actos preparatorios para el suicidio (17).

El autolesionarse sin intención de causar la muerte se conoce como lesión autolítica no suicida. Este comportamiento incluye acciones como hacerse rasguños o cortes en los brazos, quemarse con un cigarrillo o tomar una sobredosis de vitaminas. Este tipo de lesión puede servir como un mecanismo para disminuir la tensión, ya que el dolor físico puede ayudar a mitigar el sufrimiento psicológico. Asimismo, puede actuar como un llamado de atención de individuos que, a pesar de todo, quieren seguir viviendo. No se debe subestimar la importancia de estos comportamientos, dado que aquellos que tienen historial de autolesiones no suicidas corren un mayor riesgo de suicidio en el futuro (18).

El comportamiento suicida representa un problema de salud pública bastante común, afectando a personas de ambos sexos, de cualquier edad, raza, religión, condición económica, grado de educación y orientación sexual. Aunque no se puede hablar de un perfil característico de persona suicida, ciertos grupos presentan tasas más elevadas de suicidio, incluyendo hombres en edad madura y avanzada, jóvenes de origen nativo americano y aquellos que se identifican como parte de la comunidad LGBTQ (19).

Según la 11ava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), se encuentra como manifestación de otros trastornos, como el trastorno bipolar, la depresión ansiosa, el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, así como en los trastornos de la personalidad y se registra con códigos diversos (PB80- PD3Z) (20,21).

Para el DSM 5 existe la categoría de trastornos de comportamiento suicida:

Criterios propuestos

- A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Nota:
Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.
- B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
- D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso (4).

4.7.1. Especificar si

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento. En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento (4).

4.7.2. Especificadores

El comportamiento suicida a menudo se categoriza por la violencia del método utilizado. Habitualmente las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por arma de fuego y otros métodos se consideran violentos. Otra dimensión para clasificarlo son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren una hospitalización médica que supere una visita al servicio de urgencias. Una dimensión adicional a considerar sería el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias de cara al pronóstico médico de un intento de suicidio. Si el comportamiento suicida tuvo lugar de 12-24 meses antes de la evaluación, se considera que la afección está en remisión inicial. Los individuos siguen presentando un mayor riesgo de posteriores intentos de suicidio y de muerte en los 24 meses posteriores a un intento de suicidio, y el período de 12-24 meses, posteriores a que tuviese lugar el comportamiento, se especifica como "remisión inicial" (4).

4.7.3. Características diagnósticas

El comportamiento suicida suele clasificarse según la violencia del método empleado. Las sobredosis de sustancias, sean legales o ilegales, se categorizan como métodos no violentos, mientras que lanzarse al vacío, las heridas de bala y otros métodos se consideran violentos. Una segunda manera de clasificar estos comportamientos es por las consecuencias médicas que acarrear, considerándose los intentos de gran letalidad como aquellos que necesitan hospitalización más allá de una simple visita a urgencias. Un aspecto adicional importante es el nivel de planificación versus la impulsividad del acto, lo cual

puede influir en el pronóstico médico de un intento suicida. Si el comportamiento suicida ocurrió entre 12 y 24 meses antes de la evaluación, se entiende que la condición está en una fase de remisión inicial. Las personas mantienen un riesgo elevado de realizar nuevos intentos de suicidio y de fallecer en los 24 meses siguientes a un intento, siendo el lapso de 12 a 24 meses después del acto clasificado como remisión inicial (4).

4.7.3.1. Determinar el grado de intención

Evaluar la intención suicida puede ser complicado. Los individuos a menudo no admiten su intención, particularmente cuando reconocerla podría llevar a una hospitalización o causar dolor a sus familiares y amigos. Entre los indicadores de riesgo se incluyen el nivel de planificación, como elegir un momento y lugar que reduzcan las posibilidades de ser salvados o interrumpidos, y el estado mental del individuo en el instante del acto, siendo particularmente alarmante la agitación severa, una reciente alta hospitalaria o la interrupción de medicamentos estabilizadores del estado de ánimo, como el litio, o antipsicóticos, como la clozapina, en casos de esquizofrenia. Factores desencadenantes pueden ser recibir un diagnóstico médico grave reciente, como el cáncer, la muerte súbita e inesperada de un ser querido, perder el trabajo o ser desalojado. En contraste, indicadores menos confiables incluyen hacer planes para el futuro o la disposición a firmar un acuerdo de no suicidio (4).

4.7.3.2. Cumplimiento de criterios

Para satisfacer los criterios diagnósticos, la persona debe haber realizado por lo menos un intento de suicidio previamente. Dichos intentos pueden abarcar acciones donde, después de comenzar el intento suicida, el individuo reconsidera su decisión o es interrumpido por alguien más. Un ejemplo sería alguien que planea tomar una cierta cantidad de medicación o veneno pero se detiene o es detenido antes de consumir la dosis completa. Si otra persona convence al sujeto de desistir o este cambia de opinión antes de empezar la acción, entonces no se justifica el diagnóstico. El acto en cuestión no debe ajustarse a los criterios de autolesión no suicida, es decir, no debe involucrar episodios autolesivos reiterados (al menos cinco veces en los últimos 12

meses) realizados para mitigar un malestar emocional/cognitivo o para inducir un estado anímico positivo. Además, el acto no debe haber sido cometido en medio de un delirio o estado confusional. Si la persona se intoxicó deliberadamente antes de proceder con la acción para reducir la ansiedad anticipatoria o disminuir la resistencia al comportamiento planeado, entonces sí se debería considerar el diagnóstico (4).

5. Revisión de antecedentes investigativos

5.1. A nivel local

Autores: Arteta GC.

Título: Relación de los niveles de depresión y niveles de Autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR, Arequipa 2022.

Resumen: El presente estudio tiene como objetivo establecer la relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima a las pacientes mastectomizadas atendidas en las áreas de hospitalización y quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN – SUR). La metodología empleada fue el cuestionario, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Escala de Autoestima de Rosenberg, aplicado a 44 pacientes mastectomizadas atendidas durante el mes de Marzo del 2022. Se concluye que los niveles de depresión encontrados son el nivel moderado, seguido del nivel grave y leve; los niveles de autoestima son de media a baja. Existiendo una relación estadística significativa ($P < 0.05$) entre los niveles de depresión y autoestima (22).

Autores: Montalván S.

Título: Factores Asociados a los Niveles de depresión y ansiedad en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2021.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, no experimental, observacional. La muestra estuvo constituida por todos los pacientes oncológicos médico quirúrgicos atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche en el período de estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión (26), pacientes desde 15 a más de 60 años. Se utilizó encuesta como técnica y cuestionarios como instrumentos, uno simple de autoadministración para la recolección de datos con preguntas relacionados a los factores demográficos, sociales y características del cáncer, y el cuestionario de la Escala de HADS (Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión), la cual a través de 7 ítems evalúa ansiedad y 7 ítems evalúa depresión y el consentimiento informado. Para la estadística se aplicó

la prueba de Chi Cuadrado y/o la prueba exacta de Fisher, según correspondió. Los índices psicométricos fueron estudiados de manera exhaustiva, mostrando la consistencia interna alfa de Cronbach. Se encontró que solo el 11.5% de los pacientes presentan tanto ansiedad como depresión. Los factores socio demográficos como edad, sexo, estado civil, ocupación e ingreso económico, no mostraron asociación con la ansiedad y depresión. Además el tipo de cáncer que se asocia más con la ansiedad es el cáncer de cuello uterino. Se concluye que la mayoría de los pacientes internados en el Servicio de Oncología, no presentan síntomas de ansiedad y depresión, y que es el síndrome de ansiedad el que está asociado al tipo de cáncer (23).

Autores: Apaza EL.

Título: Factores Asociados a la Ideación Suicida en Pacientes con Cáncer Que Reciben Quimioterapia.

Fuente: Tesis para título profesional, Programa Profesional de Psicología, Universidad Católica de Santa María 2013.

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% (24).

Autores: Huayhuacuri JF, Provincia LP.

Título: Factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida en pacientes oncológicos en el Hospital III Goyeneche 2018.

Resumen: La muestra está constituida por 115 pacientes con cáncer y se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck (SIS) y una Ficha Sociodemográfica de elaboración propia. El estudio fue desarrollado siguiendo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional. Entre los resultados más importantes se encontró que existe un 48.7% de evaluados que presentan ideación suicida, están diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, en el estadio II, con un tiempo de enfermedad mayor a 12 meses, son solteras, no cuentan con redes de apoyo emocional y han presentado ideas de muerte al momento de su diagnóstico. Por esta razón se propone la creación de un equipo multidisciplinario entre especialistas de salud mental, médicos oncólogos, enfermeras y trabajadores sociales para asistir de manera oportuna a las necesidades del paciente con cáncer y frenar el riesgo de suicidio (25).

5.2. A nivel nacional

Autores: c, Domínguez DD, Cortez MS.

Título: Ideación Suicida en pacientes con cáncer de mama estadios III-IV, Chiclayo.

Resumen: Se buscó determinar los niveles de ideación suicida, según dimensión y describir aspectos psicosociales (N= 75) pacientes, 18 a 75 años con cáncer de mama, estadios III - IV, hospital estatal, Chiclayo, agosto a diciembre, 2016. Investigación no experimental, descriptiva. Escala utilizada, Ideación Suicida de Beck. Se obtuvo niveles bajos en actitud hacia la vida/ muerte, proyecto de intento suicida, desesperanza y pensamientos/deseos suicidas. La mayoría era casada, ama de casa y paciente en estadio III; tiempo de diagnóstico de 7 a 12 meses; importancia a la religión, más frecuente, católica. Calificaron, nivel de dolor como intenso; recibir apoyo emocional y económico, principalmente de la familia. Nivel bajo de ideación suicida (26).

Autores: Navarrete JP.

Título: Depresión asociado a ideación suicida en pacientes con cáncer.

Resumen: Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, analítico y de corte transversal. Se evaluó a 194 pacientes con diagnóstico de Cáncer de consultorio externo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas aplicando las escalas de Zung y de Beck. El periodo fue durante el mes de Marzo 2018. No se apreciaron diferencias significativas en relación con las variables sexo y tiempo de enfermedad entre los pacientes con diagnóstico de Cáncer atendidos en consultorio externo. Sin embargo, sí se identificó significancia estadística en cuanto a la edad. La prevalencia de ideación suicida en pacientes con Cáncer fue del 9.8% mientras que de estos el 100% también presentó depresión; asociación que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.00$) Conclusiones: La depresión es un factor estrechamente asociado a ideación suicida en pacientes con cáncer (27).

5.3. A nivel internacional

Autores: Puertas AC, Quezada JG.

Título: Ideación suicida en pacientes con diagnóstico de cáncer.

Resumen: El presente trabajo se centra en investigar el porcentaje de prevalencia de ideación suicida en los pacientes que padecen cáncer diagnosticado, además de identificar los factores que están relacionados con la aparición de la misma bajo estas condiciones. El estudio se basa en una revisión de literatura científica; para su elaboración, se utilizaron 12 artículos científicos publicados en varios países del mundo, en un periodo de tiempo comprendido entre el 2012 y el 2023. Se hizo uso de artículos científicos basados en estudios bibliográficos e investigaciones de campo para expandir la población de estudio y poder diversificar y expandir los datos en función del número de casos. Resultados: la prevalencia de ideación suicida en pacientes con un diagnóstico de cáncer fue de 15,25%, de un total de 12179 individuos que fueron el total de casos recopilados por los artículos científicos analizados. Adicionalmente, se pudo identificar que los factores asociados más frecuentes a la ideación suicida en esta población son: la depresión, la ansiedad, el dolor y la etapa en la que se encuentra la enfermedad (28).

Autores: Llorente YJ, Macea BA, Herrera JL.

Título: Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia.

Resumen: Estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. Se aplicó el instrumento escala de Zung para depresión y una cédula de datos sociodemográficos en pacientes diagnosticados con cáncer, asistentes a una Institución especializada de IV nivel de complejidad de la ciudad de Montería. Resultados: Los tipos de cáncer más comunes fueron: el de mama 22,2%; y colon y útero igual representación 18,2%. En cuanto a la depresión se encontró ligeramente deprimido 49,5%; moderadamente deprimido 15,7%; severamente deprimido 1% y rango normal 33,8%. Los casos de depresión en sus diferentes categorías según la escala de Zung fueron encontrados en pacientes con cáncer de colon y mama. Se encontró que en total 65,2% de los pacientes presentaban algún grado de depresión. La depresión en pacientes con cáncer es un fenómeno común en las personas con este padecimiento e incidencia es similar en hombres y mujeres, a su vez esta depende de factores tales como el tipo y severidad del cáncer, la edad y el acceso a redes de apoyo tanto para la persona como a la familia (29).

Autores: Solórzano LS.

Título: Ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer.

Resumen: El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre ideación suicida y desesperanza en 160 pacientes con cáncer. La ideación suicida se midió a través de dos ítems de una entrevista semiestructurada, la escala de ideación suicida (ISS), el ítem 9 del inventario de depresión de Beck (BDI-IA). La desesperanza se midió con la escala de desesperanza de Beck (BHS). Los resultados obtenidos indicaron una relación significativa ($p=.000$) entre ideación suicida y desesperanza; una prevalencia de ideación suicida en los pacientes con cáncer entre 4.4% y 13.8% y de riesgo de suicidio entre 5.6% y 30.6%; y algún grado de desesperanza en 31.9 % de los participantes. De acuerdo con lo anterior, se confirma que existe relación entre la desesperanza y la ideación suicida en pacientes oncológicos adultos. Adicionalmente, que estas variables están presentes en los pacientes y que ameritan atención en la intervención interdisciplinaria (30).

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. Instrumentos

El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la escala de ideación suicida SSI de Beck (Anexo 2).

1.3. Materiales de verificación:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en el en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. Unidades de estudio:

Pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

Población: Todos los Pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa durante el mes de enero y febrero del año 2024.

Muestra: se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de ideación suicida en pacientes oncológicos = 15.25% (28).

$$q = 1 - p$$

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por lo tanto: $n = 198.6 \approx 200$ casos, que serán elegidos de manera aleatoria sistemática y deberán cumplir los criterios de selección

2.2.1. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica
- Mayores de edad
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

2.3. Temporalidad:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de enero a febrero del año 2024.

2.4. Ubicación espacial:

Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.5. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

2.6. Nivel de investigación:

Es un estudio cuantitativo, no experimental, de asociación.

2.7. Diseño de investigación:

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital para la realización del estudio.

Se entrevistó a los pacientes en la sala de consulta externa y hospitalización de oncología y se les explicó el motivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria a través de la firma de un consentimiento informado (Anexo 3). Se aplicó un cuestionario de datos sobre aspectos sociodemográficos y clínicos y se revisaron las historias para completar información acerca de las características clínicas de la enfermedad oncológica (Anexo 1) y la escala de ideación suicida SSI de Beck (Anexo 2) .

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadores, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos no requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de datos.

La ideación suicida se evaluará por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede

abarcó la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros. La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada; el ítem 20 no se considera por ser descriptivo. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando. Una puntuación de 1 a más es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación mayor riesgo (31).

La escala ha sido validada en el Perú por Salvarrey en el año 2022, obteniendo una adecuada consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.831 (32).

3.4. Aspectos éticos

A través del proceso de investigación en la práctica de la ciencia se tuvo en cuenta los principios éticos de respeto, justicia, responsabilidad, honestidad y libertad. Se aplicó el principio de autonomía con la participación voluntaria a través de la firma de un consentimiento informado (Anexo 3).

3.5. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

Se realizó el llenado de las fichas.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados fueron codificados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos diseñada en una hoja de cálculo electrónica Excel versión 2019.

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La asociación de variables entre grupos de casos (con ideación suicida) y controles (sin ideación suicida) se realizará mediante prueba chi cuadrado para variables categóricas. Para el análisis de datos se empleó el programa Excel 2019 y el paquete SPSSv.24.0 para Windows.

CAPÍTULO III

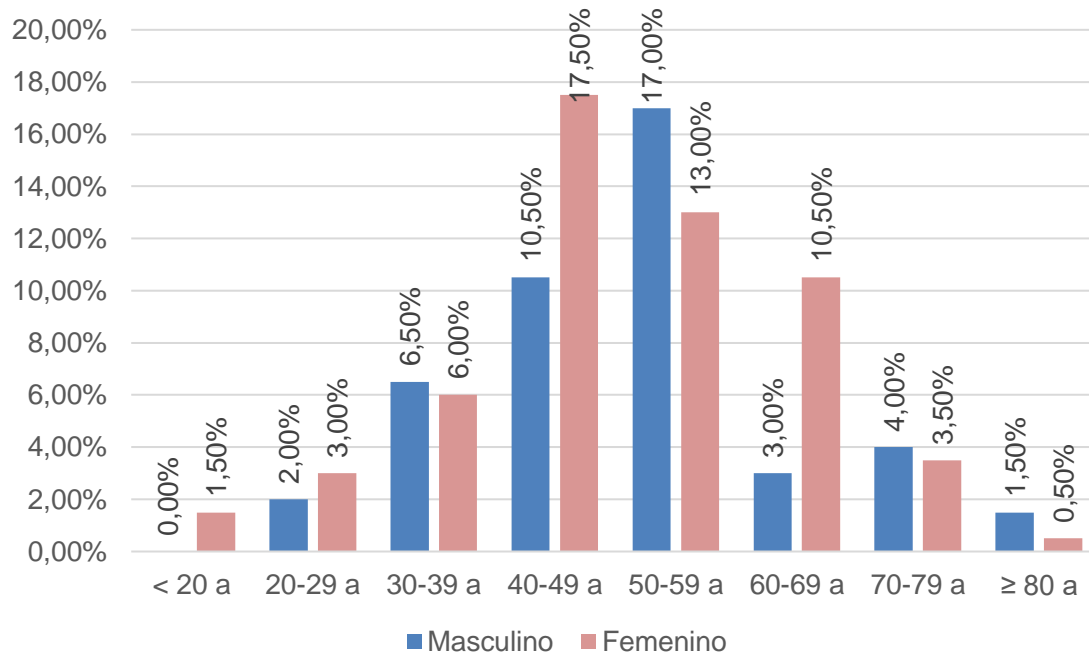
RESULTADOS

Tabla 1
Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer según edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	0	0.00%	3	1.50%	3	1.50%
20-29 a	4	2.00%	6	3.00%	10	5.00%
30-39 a	13	6.50%	12	6.00%	25	12.50%
40-49 a	21	10.50%	35	17.50%	56	28.00%
50-59 a	34	17.00%	26	13.00%	60	30.00%
60-69 a	6	3.00%	21	10.50%	27	13.50%
70-79 a	8	4.00%	7	3.50%	15	7.50%
≥ 80 a	3	1.50%	1	0.50%	4	2.00%
Total	89	44.50%	111	55.50%	200	100.00%

Gráfico 1

Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer según edad y sexo



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Masculino: 51.61 \pm 13.21 años (21 – 84 años)
- Femenino: 50.52 \pm 13.53 años (18 – 80 años)
- General: 51.01 \pm 13.37 años (18 – 84 años)

Tabla 2
Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer

		N°	%
Instrucción	Primaria	21	10.50%
	Secundaria	104	52.00%
	Superior	75	37.50%
E. civil	Soltero	28	14.00%
	Conviviente	79	39.50%
	Casado	77	38.50%
	Separado	7	3.50%
	Divorciado	1	0.50%
	Viudo	8	4.00%
Ocupación	Ama de casa	37	18.50%
	Desempleado	6	3.00%
	Estudiante	6	3.00%
	Jubilado	1	0.50%
	Empleado	61	30.50%
	Obrero	1	0.50%
	Independiente	88	44.00%
Total		200	100.00%

Gráfico 2

Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer

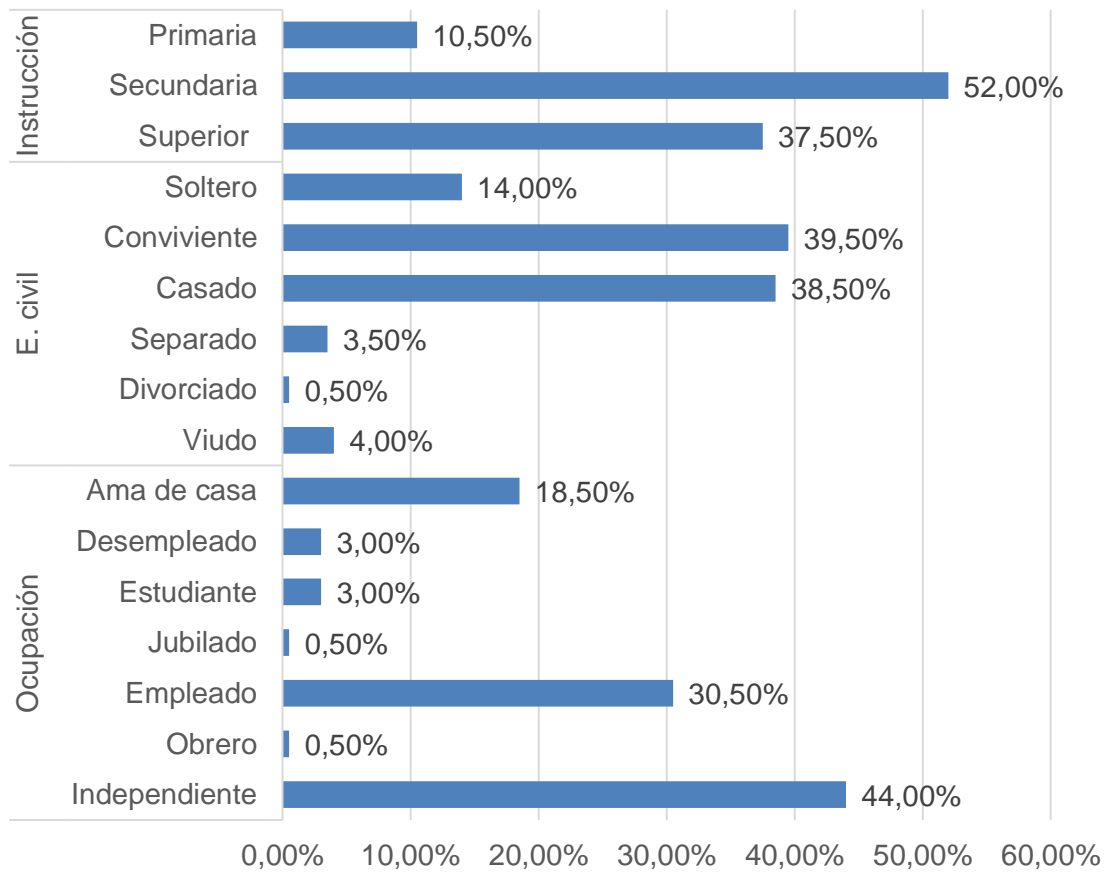
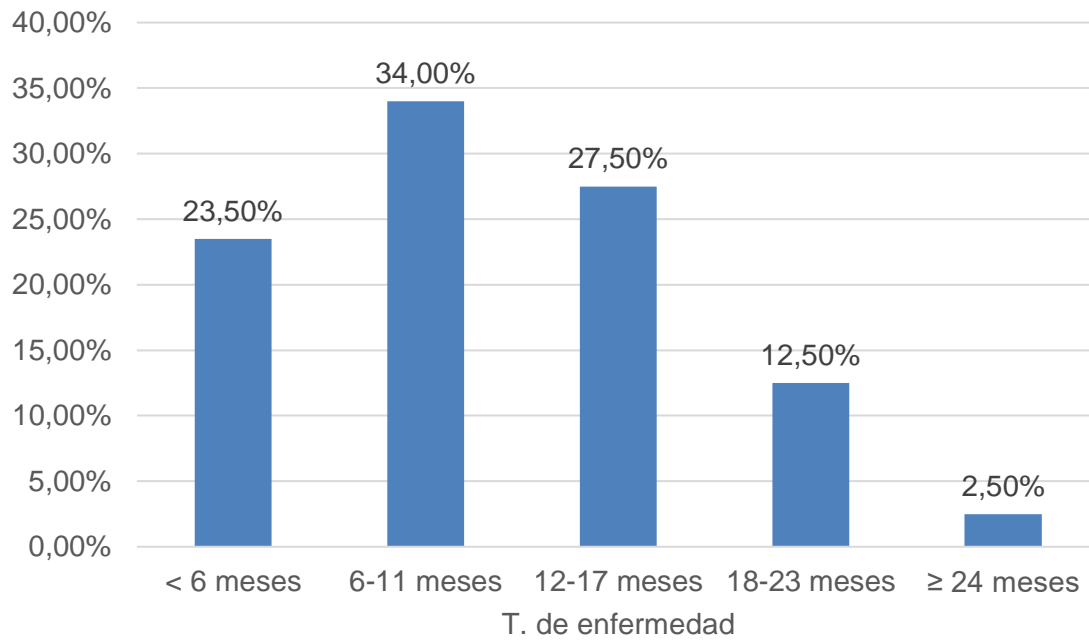


Tabla 3
Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tiempo de enfermedad

	N°	%
< 6 meses	47	23.50%
6-11 meses	68	34.00%
12-17 meses	55	27.50%
18-23 meses	25	12.50%
≥ 24 meses	5	2.50%
Total	200	100.00%

Gráfico 3**Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tiempo de enfermedad**

Duración promedio \pm D. est. (mín – máx): 10.17 \pm 5.98 meses (1 – 36 meses)

Tabla 4
Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: ubicación del
cáncer

	N°	%
Digestivo	54	27.00%
Piel	33	16.50%
Tiroideo	28	14.00%
Mama	24	12.00%
Genital	22	11.00%
Hematológico	20	10.00%
P. blandas	18	9.00%
Neurológico	1	0.50%
Total	200	100.00%

Gráfico 4
Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: ubicación del
cáncer

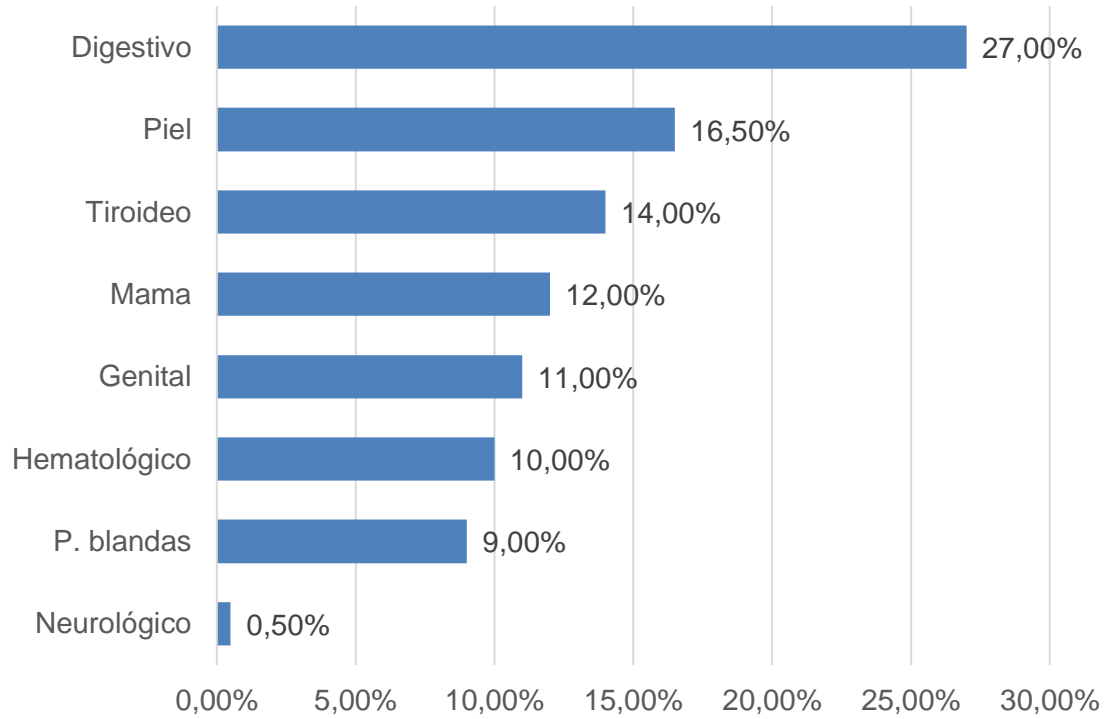


Tabla 5
Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: estadio clínico

	N°	%
Estadio I	59	29.50%
Estadio II	104	52.00%
Estadio III	29	14.50%
Estadio IV	8	4.00%
Total	200	100.00%

Gráfico 5
Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: estadio clínico

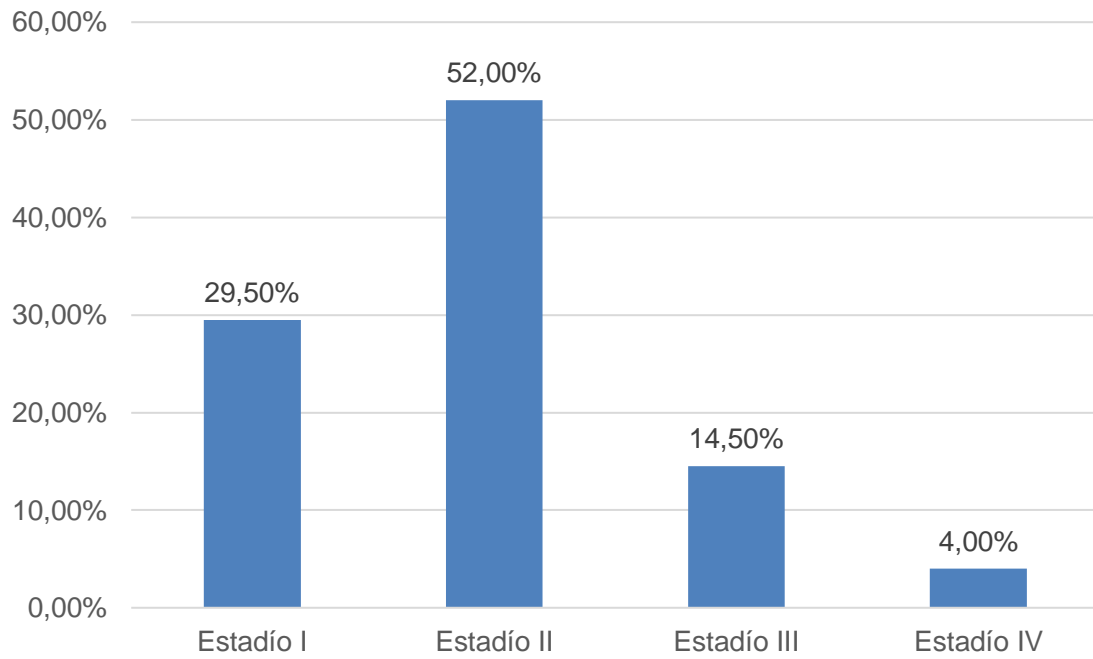


Tabla 6**Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tratamiento**

	N°	%
Cirugía	115	57.50%
QT	19	9.50%
Cirugía + QT	42	21.00%
Cirugía + QT + RT	13	6.50%
Cirugía + RT	5	2.50%
QT + RT	4	2.00%
Otros	2	1.00%
Total	200	100.00%

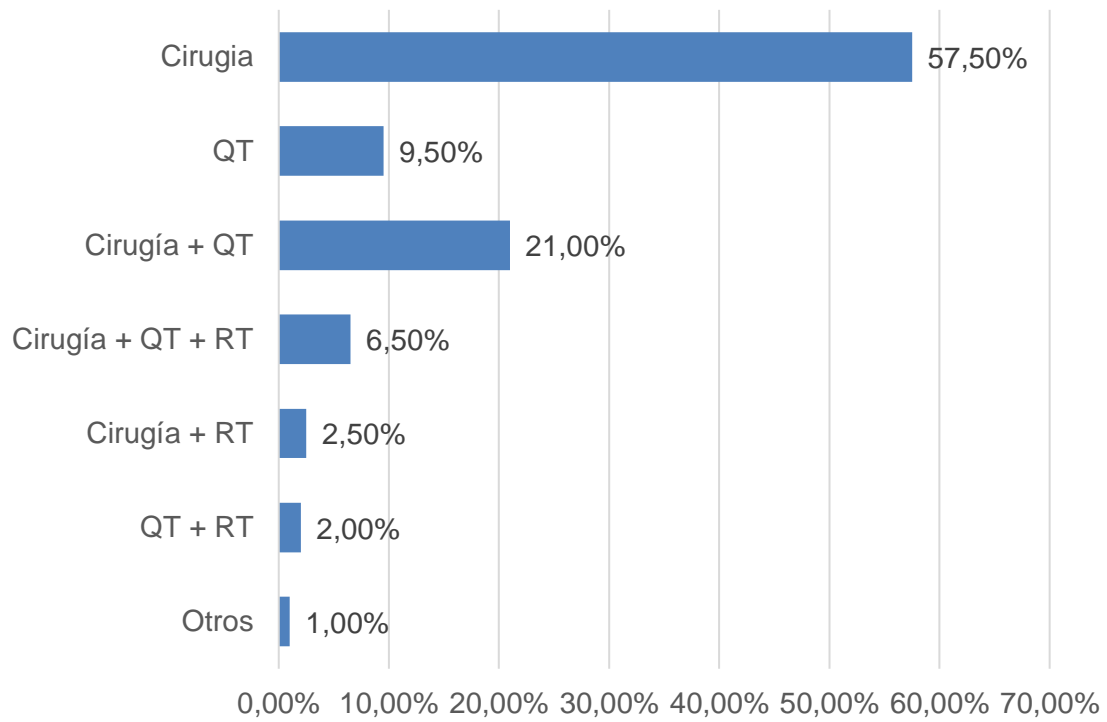
Gráfico 6**Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer: tratamiento**

Tabla 7**Frecuencia y severidad de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de cáncer**

	N°	%
Sin riesgo	171	85.50%
Con riesgo	29	14.50%
<i>Leve</i>	20	68.97%
<i>Moderado</i>	6	20.69%
<i>Severo</i>	3	10.34%
Total	200	100.00%

Gráfico 7

Frecuencia y severidad de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de cáncer

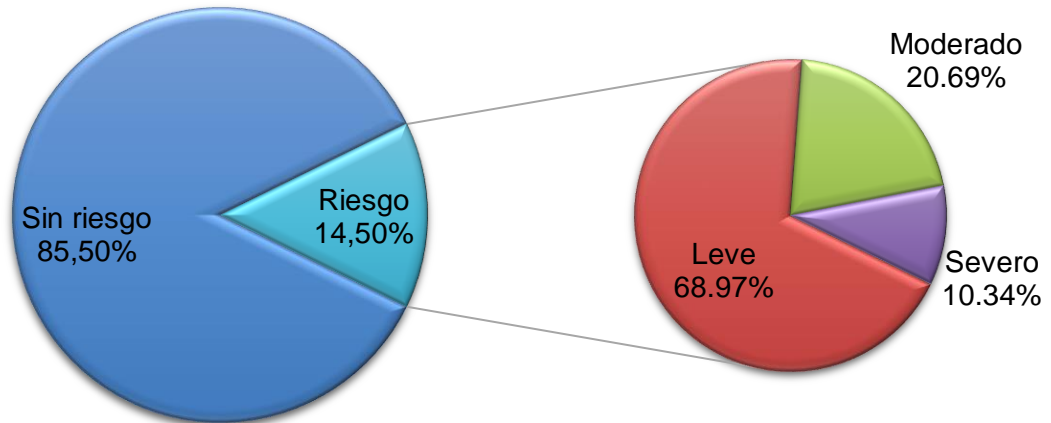


Tabla 8
Asociación entre características sociodemográficas y riesgo de ideación suicida en
pacientes con cáncer

			Con riesgo		Sin riesgo		Chi ² (p)
		Total	N°	%	N°	%	
Edad	< 30 a	13	3	23.08%	10	76.92%	3.85 (0.15)
	30-59 a	141	16	11.35%	125	88.65%	
	≥ 60 a	46	10	21.74%	36	78.26%	
Sexo	Masculino	89	16	17.98%	73	82.02%	1.56 (0.21)
	Femenino	111	13	11.71%	98	88.29%	
Instrucción	Primaria	21	3	14.29%	18	85.71%	2.81 (0.25)
	Secundaria	104	19	18.27%	85	81.73%	
	Superior	75	7	9.33%	68	90.67%	
E. civil	Sin pareja	44	8	18.18%	36	81.82%	0.62 (0.43)
	Con pareja	156	21	13.46%	135	86.54%	
Ocupación	No remunerada	49	10	20.41%	39	79.59%	1.83 (0.18)
	Remunerada	151	19	12.58%	132	87.42%	
Total		200	29	14.50%	171	85.50%	-

Gráfico 8

Asociación entre características sociodemográficas y riesgo de ideación suicida en pacientes con cáncer

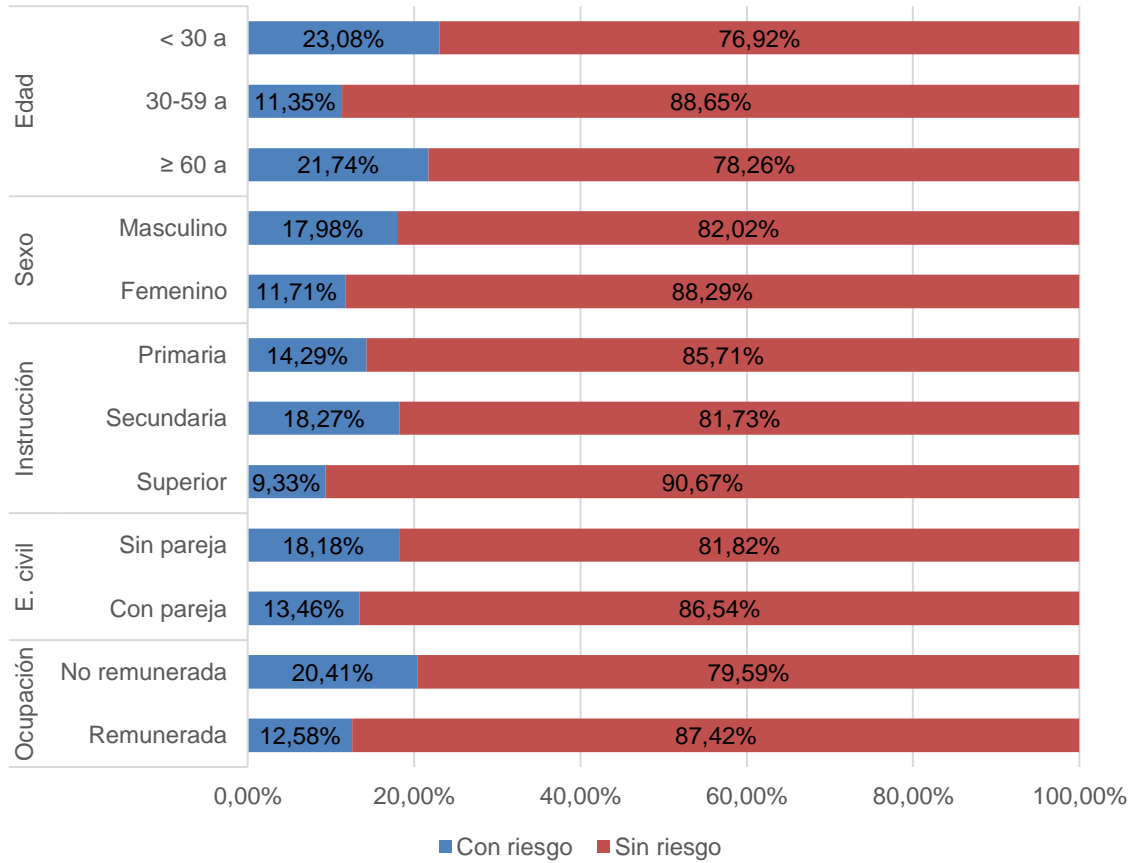
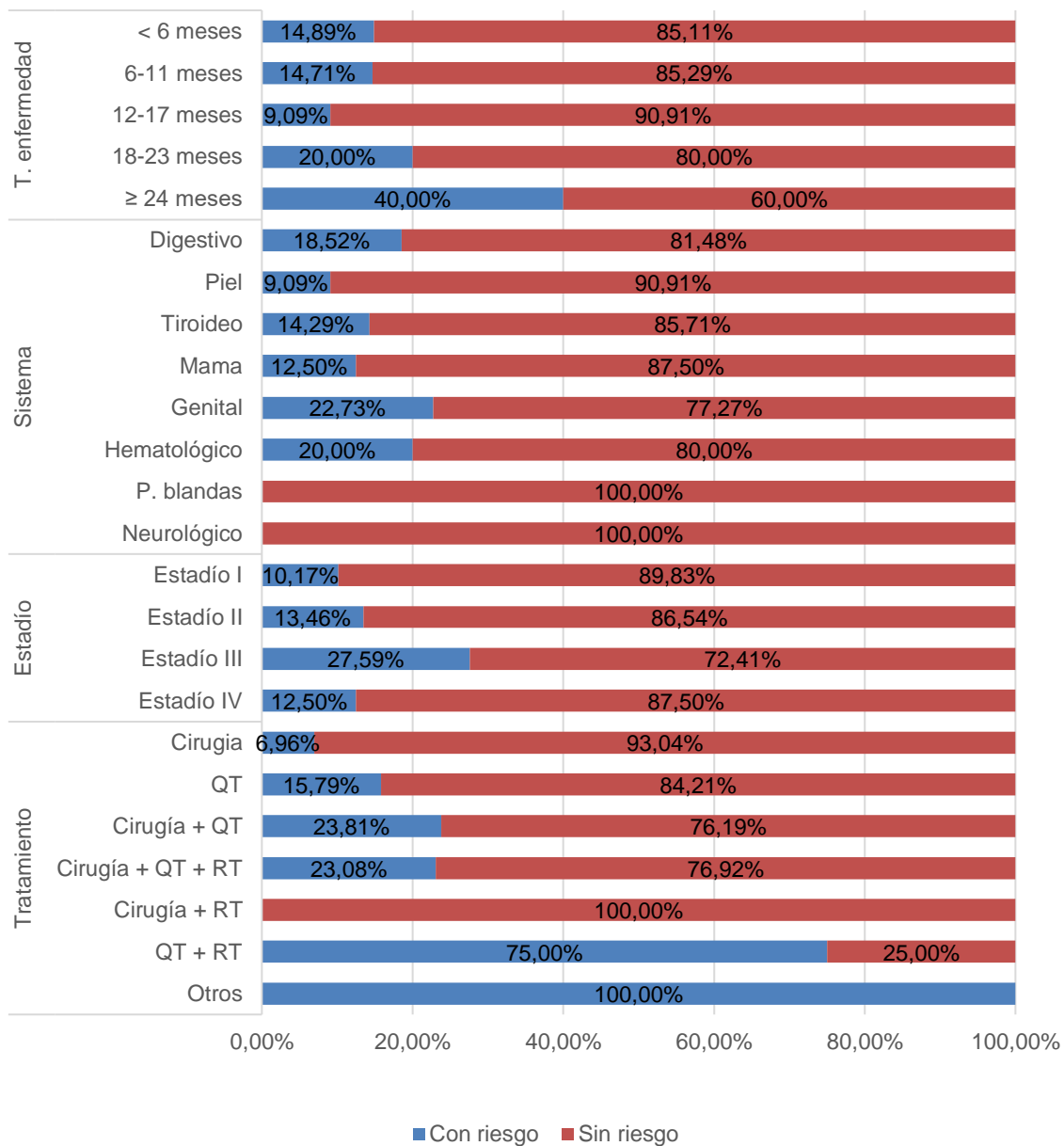


Tabla 9

Asociación entre características clínicas del cáncer y riesgo de ideación suicida

			Con riesgo		Sin riesgo		Chi ² (p)
		Total	N°	%	N°	%	
T. enf.	< 6 meses	47	7	14.89%	40	85.11%	4.54 (0.34)
	6-11 meses	68	10	14.71%	58	85.29%	
	12-17 meses	55	5	9.09%	50	90.91%	
	18-23 meses	25	5	20.00%	20	80.00%	
	≥ 24 meses	5	2	40.00%	3	60.00%	
Sistema	Digestivo	54	10	18.52%	44	81.48%	6.47 (0.49)
	Piel	33	3	9.09%	30	90.91%	
	Tiroideo	28	4	14.29%	24	85.71%	
	Mama	24	3	12.50%	21	87.50%	
	Genital	22	5	22.73%	17	77.27%	
	Hematológico	20	4	20.00%	16	80.00%	
	P. blandas	18	0	0.00%	18	100.00%	
	Neurológico	1	0	0.00%	1	100.00%	
Estadío	Estadío I	59	6	10.17%	53	89.83%	5.01 (0.17)
	Estadío II	104	14	13.46%	90	86.54%	
	Estadío III	29	8	27.59%	21	72.41%	
	Estadío IV	8	1	12.50%	7	87.50%	
Tratam.	Cirugía	115	8	6.96%	107	93.04%	33.46 (0.00)
	QT	19	3	15.79%	16	84.21%	
	Cirugía + QT	42	10	23.81%	32	76.19%	
	Cir. + QT + RT	13	3	23.08%	10	76.92%	
	Cirugía + RT	5	0	0.00%	5	100.00%	
	QT + RT	4	3	75.00%	1	25.00%	
	Otros	2	2	100.00%	0	0.00%	
Total		200	29	14.50%	171	85.50%	-

Gráfico 9
Asociación entre características clínicas del cáncer y riesgo de ideación suicida



CAPÍTULO III.
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objeto de determinar la frecuencia y los factores relacionados a la presentación de ideación suicida en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa. Se realizó la presente investigación para abordar uno de los problemas de salud mental más preocupantes en pacientes oncológicos como es la depresión y el riesgo de suicidio.

Para tal fin se estudió una muestra representativa de 200 pacientes con diagnóstico de cáncer que cumplieron criterios de selección, a los que se les aplicó una ficha de datos sociodemográficos y clínicos y la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables con prueba de independencia chi cuadrado de Pearson.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de pacientes según edad y sexo; el 44.50% de casos fueron varones y 55.50% mujeres, con edades que en 6.50% estuvieron por debajo de 30 años, en 70.50% la edad estuvo entre 30 y 59 años, y 23% de casos fueron mayores a 60 años. La edad promedio de los varones fue de 51.61 ± 13.21 años, y para las mujeres fue de 50.52 ± 13.53 años, con una edad global de 51.01 ± 13.37 años.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestran las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer; el 10.50% tenían instrucción primaria, 52% educación secundaria y 37.50% tenían educación superior. El 78% eran casados o convivientes, 14% eran solteros, y 8% eran separados, divorciados o viudos. En cuanto a la ocupación, 18.50% de pacientes eran amas de casa, 31% trabajaban como obreros o empleados y 44% eran independientes, con 6.50% de casos como desempleados, jubilados o estudiantes.

Entre las características clínicas de los pacientes, la **Tabla y Gráfico 3** muestran el tiempo de enfermedad oncológica; el 23.50% tuvo menos de 6 meses, 74% tuvo entre 6 meses y menos de 2 años, y 2.50% de 2 años a más, con un máximo de 3 años de enfermedad. La duración promedio de enfermedad fue de 10.17 ± 5.98 meses.

La **Tabla y Gráfico 4** muestran la ubicación del cáncer según sistema. Afectó al sistema digestivo en 27%, a la piel en 16.50%; en 14% se trató de cáncer tiroideo, de mama en 12%; afectó la esfera genital en 11%, se trató de cáncer hematológico en 10% y en menor proporción afectó partes blandas (9.00%) y al sistema nervioso (0.50%).

Los tipos de cáncer que se reportan como principal causa de muerte en nuestro país son el cáncer de mama y de cérvix a así como el cáncer pulmonar y digestivo; en un estudio

realizado por Llorente y cols. en Colombia en el 2019 para evaluar la depresión en pacientes oncológicos, encontraron mayor frecuencia de cáncer de mama, colon y útero, mientras que en nuestro grupo predominó el cáncer digestivo, de piel y de tiroides. Si bien la mortalidad por cáncer es distinta a los casos evaluados en nuestro hospital, podría deberse a que los pacientes con cáncer de mama o ginecológico acuden preferencialmente a otros establecimientos como el hospital Goyeneche o el IREN (29).

El estadio clínico de los distintos tipos de cáncer se muestra en la **Tabla y Gráfico 5**; el 29.50% de casos estuvo en estadio I, y 52% en estadio II; el 14.50% de casos estuvieron en estadio III y 4% en estadio IV.

El tipo de tratamiento que recibieron los pacientes oncológicos se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**; en total el 87.50% de casos fue tratado con cirugía, 39% recibió quimioterapia, 11% radioterapia y 1% otro tipo de tratamientos.

Con la aplicación de la escala de ideación suicida de Beck se encontró que un 14.50% de pacientes oncológicos tuvieron riesgo de ideación suicida. De este grupo de pacientes, el 68.97% tuvieron un riesgo leve, 20.69% moderado y 10.34% riesgo severo, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 7**.

Si bien la ideación suicida es una manifestación de la depresión, la evaluación de depresión o ansiedad no reflejan este riesgo de autoeliminación. En el estudio realizado por Montalván S, en el Hospital Goyeneche en el 2021 en un grupo heterogéneo de pacientes oncológicos, encontró una frecuencia de ansiedad y depresión de 11.5%. Por ello, aunque no son sinónimos la depresión o ansiedad con la ideación suicida, es probable que la frecuencia de ideación suicida encontrada en nuestro grupo de estudio sea similar en pacientes del hospital Goyeneche (23).

Un estudio realizado por Arteta GC., en el IREN Sur de Arequipa en pacientes mastectomizadas evaluó la depresión y su relación con la autoestima; emplearon el inventario de depresión de Beck, y encontraron un nivel moderado de depresión, además asociado a la autoestima. Aunque la depresión puede presentar ideas autolíticas, la escala de depresión no aborda de manera específica este síntoma, por lo que la ideación suicida puede ser un componente importante en este tipo de cáncer, ya que el tratamiento quirúrgico con mastectomía afecta la figura corporal de una manera evidente para las pacientes afectadas. Podría realizarse un estudio similar al nuestro en el grupo específico de pacientes con cáncer de mama para identificar el riesgo de ideación suicida (22).

Sin embargo, Navarrete JP., en Trujillo en un grupo heterogéneo de pacientes oncológicos encontró una prevalencia de ideación suicida en pacientes con cáncer del 9.8%, relativamente más baja que en nuestro estudio, pero emplearon escalas de depresión de Zung y Beck, donde algunas preguntas abordan la ideación suicida y no emplearon un instrumento específico para esta manifestación, y en su estudio el 100% de los 194 pacientes tuvo depresión (27).

Resultados más similares a los de nuestro estudio fueron reportados en Ecuador por Puertas AC, Quezada JG., en un revisión sistemática de 12.179 pacientes, con una prevalencia de 15.25%. Se pudo identificar que los factores asociados más frecuentes a la ideación suicida en esta población son: la depresión, la ansiedad, el dolor y la etapa en la que se encuentra la enfermedad (28).

En 2016, Solórzano LS en Colombia, en un grupo heterogéneo de pacientes con cáncer encontró una prevalencia de ideación suicida en los pacientes con distintos tipo de cáncer de entre 4.4% y 13.8% y de riesgo de suicidio entre 5.6% y 30.6%. Hallazgos similares se encontraron en nuestro estudio, con menor frecuencia en cáncer de piel (9.09%) y más alto en cáncer genital (22.73%) y hematológico (20%). Estas amplias variaciones se explicarían por la afectación diferente de los tipos de cáncer en la función normal, en la anatomía e incluso en la estética, además de las distintas formas de tratamiento con sus diferentes efectos adversos (30).

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestra la asociación de los factores sociodemográficos con el riesgo de ideación suicida. El riesgo fue ligeramente mayor en los pacientes menores de 30 años (23.08%), que en los adultos mayores (21.74%), y fue menor entre los adultos de 30 a 59 años (11.35%), aunque las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$). El riesgo de ideación suicida fue algo mayor entre varones (17.98%) que en mujeres (11.71%), siendo también las diferencias no significativas ($p > 0.05$). El riesgo suicida fue mayor entre personas con educación secundaria (18.27%) y educación primaria (14.29%) que en personas con educación superior (9.33%), aunque también con diferencias no significativas ($p > 0.05$). El riesgo fue algo mayor en personas sin pareja (18.18%) que en personas con pareja (13.46%), igualmente sin diferencias significativas ($p > 0.05$). Los pacientes con ocupaciones sin remuneración (estudiantes, jubilados, amas de casa o desempleados) tuvieron más riesgo de ideación suicida (20.41%) que los que tenían actividades remuneradas (12.58%), diferencias tampoco significativas ($p > 0.05$).

En un estudio realizado por Huayhuacuri y Provincia en el Hospital Goyeneche en el 2018 evaluando solo los factores sociodemográficos asociados a ideación suicida en pacientes oncológicos, encontró un 48.7% de ideación suicida, comparado con 14.50% en nuestro estudio; se encontró que un tiempo de enfermedad mayor a 12 meses, el estado civil soltera, y la falta de redes de apoyo emocional se asocian a las ideas de muerte al momento de su diagnóstico. En nuestro estudio no hemos evaluado la existencia de redes de apoyo, que consistirían en la presencia de familiares o amigos cercanos; pero sí hemos encontrado que las personas sin pareja (solteros, separados, divorciados o viudos) tienen mayor proporción de ideación suicida. No obstante, no necesariamente el no tener pareja significa no tener redes de apoyo en otros familiares como padres o hermanos, o amigos (25).

Finalmente, en la **Tabla y Gráfico 9** se muestran los factores clínicos asociados al riesgo de ideación suicida; el riesgo mostró una tendencia a aumentar desde menos de 6 meses y entre los 6 meses y antes del año con cerca al 14%, para llegar a 20% entre los pacientes con 18 a 23 meses de enfermedad, y llegó a 40% en pacientes con más de 24 meses de enfermedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). El riesgo de ideación suicida fue mayor entre pacientes con cáncer genital (22.73%) o cáncer hematológico (20%), así como en casos con cáncer digestivo (18.52%), y fue menor en pacientes con cáncer de piel (9.09%) o en neoplasias de partes blandas (0%) entre otros. El riesgo de ideación suicida fue significativamente mayor en casos tratados con quimioterapia y radioterapia (75%) y con cirugía y quimioterapia (23.81%) o cirugía con quimio y radioterapia (23.08%), en comparación con aquellos pacientes tratados sólo con cirugía (6.96%) o solo quimioterapia (15.79%) ($p < 0.05$).

Solo un estudio realizado en nuestra ciudad en el 2013 abordó una problemática similar a nuestro estudio. En la investigación de Apaza E, empleando también la escala de ideación suicida de Beck, pero en 95 pacientes del IREN Sur, se encontró una frecuencia de ideación suicida de 29,47%, casi el doble de lo identificado en nuestro estudio con más del doble de pacientes. En ese estudio se identificaron como factores más significativos al 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 (24).

Podemos concluir que, aunque los factores que señala Apaza en su estudio son similares a los nuestros, no encontramos un significado estadístico, pero sí en el tipo de tratamiento realizado, sobre todo en las terapias combinadas (24). Esto podría explicarse por la sensación de no terminar el tratamiento con la cirugía, sino que la necesidad de múltiples tratamientos podría dar al paciente una idea de mayor gravedad de la enfermedad y una menor probabilidad de supervivencia, además hay que considerar los efectos secundarios adversos tanto de la quimioterapia como de la radioterapia.

En un estudio realizado en Chiclayo en el 2019 por De la Rosa y cols. en pacientes con cáncer de mama en estadios invasivos (III o IV), se encontraron niveles bajos de ideación suicida (aunque no señalan la frecuencia), y una mayor frecuencia de mujeres casadas, amas de casa con tiempo de diagnóstico de 7 a 12 meses, y con estadio III en lugar de IV (26). En nuestro grupo de pacientes los sistemas afectados fueron heterogéneos, por lo que no pueden realizarse comparaciones directas. Por otro lado, se señala una frecuencia baja de ideación suicida, que contradice en cierta medida lo afirmado por Arteta GC, que en pacientes mastectomizadas señaló depresión moderada (22).

Sería necesario realizar estudios que amplíen nuestros hallazgos, en estudios prospectivos y en grupos específicos de neoplasias, ya que la afectación del funcionamiento fisiológico o anatómico no es el mismo en un cáncer digestivo que requiere de derivaciones y ostomías, o en un cáncer de mama que requiere de mutilación de la anatomía femenina, o en el cáncer hematológico que no posee opción quirúrgica sino sistémica.

CONCLUSIONES

- Primera.-** Se observó una frecuencia de ideación suicida de 14.50% en pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.
- Segunda.-** Los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa fueron en proporciones semejantes varones y mujeres, con edad de mayor afectación en la adultez, en pacientes de educación secundaria o superior, estado civil con pareja y de ocupación empleado o independiente.
- Tercera.-** La mayor parte de pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa tuvieron de 6 meses a año y medio de enfermedad, con cáncer de aparato digestivo, cutáneo o tiroideo predominante en estadios no invasivos, y tratados con cirugía y quimioterapia.
- Cuarta.-** Entre las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, solo la modalidad de tratamiento con quimioterapia y radioterapia combinados se asociaron a la ideación suicida, aunque se vio con mayor frecuencia no significativa en los extremos de las edades, en varones, con menor educación, ausencia de pareja y actividades no remuneradas, con mayor tiempo de enfermedad, cáncer genital y hematológico y en estadio III.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el servicio de oncología del Hospital Honorio Delgado realice pruebas de tamizaje de depresión y de ideación suicida en pacientes oncológicos, sobre todo en aquellos con estadios invasivos y con cáncer genital y hematológico.
2. Se recomienda que el servicio de oncología realice acompañamiento a los pacientes con apoyo psicológico para el afrontamiento de situaciones problemáticas y de riesgo de depresión y de ideación suicida.
3. Se sugiere al hospital Honorio Delgado que se derive a los pacientes con mayor riesgo de ideación suicida identificados en los tamizajes con la escala de ideación suicida, a manejo psiquiátrico con seguimiento continuo.
4. Se sugiere que la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María realice estudios de salud mental en pacientes oncológicos para identificar problemas que requieran de medidas de intervención activa y lograr una mejor calidad de vida durante el tratamiento y en la sobrevida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barber B, Dergousoff J, Slater L, Harris J, O'Connell D, El-Hakim H, et al. Depression and survival in patients with head and neck cancer: a systematic review. *JAMA Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 2016; 142(3): 284-288.
2. Wang SM, Chang JC, Weng SC, Yeh MK, Lee CS. Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *Int J Cancer*. 2018; 142(10): 1986–93.
3. Diz RF, Garza A, Olivas EK, Montes JG, Fernández G. Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*. 2019; 29(1): 115-124.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA; 2013.
5. Oliván B, Rubio E, García O, Magallón R. Correlación entre el diagnóstico de depresión y la sintomatología presentada en pacientes de atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2016; 44(2): 55-63.
6. de Carvalho MV, Laurentino S, Gomes A, Sousa BM, Vieira C. Factores de riesgo de suicidio en individuos con cáncer: una revisión integradora de la literatura. *Rev. Bras. Enferm*. 2021; 74(suppl 3).
7. Arbulú-La Torre XV. Factores asociados a depresión en pacientes con cáncer de mama. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2019; 19(1): 10.
8. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, AlKhayat MA, Rachid A, Alfaar AS. Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Am Cancer Soc*. 2019; 125(6): 972–9.
9. Bulotiene G, Pociute K. Interventions for reducing suicide risk in cancer patients: A literature review. *Eur J Psychol*. 2019; 15(3): 637–49.
10. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. Strategies and Barriers in Addressing Mental Health and Suicidality in Patients with Cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2019; 46(5): 561–71.
11. Guerrero JM, Prepo AR, Loyo JG. Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(2): 297-309.

12. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide after Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(1): 51–60.
13. Rangel JN, Jurado S. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*. 2022; 32(1): 39-48.
14. Liu RT, Bettis AH, Burke TA. Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: A meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychol Med*. 2020; 50(3): 367-83.
15. Amorim JN, Cavalcante LA, Rodrigues KC, Pucci SH. Ideação suicida em pacientes oncológicos. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*. 2022; 8(7): 978–998.
16. Henriques F, Almada AL, Monteiro L. Oncología y suicidio. *Psicosomática y psiquiatría*. 2018;(7): 50-54.
17. Moutier C. Conducta suicida. Manual MSD. [Online].; 2023 [cited 2024 ene 15. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>.
18. Campillo C, Fajardo G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta médica de México*. 2021; 157(5): 564-569.
19. Molina II, Mora GR, Carvaja A, Marrero M, García G. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicentro Electrónica*. 2020; 24(1): 54-67.
20. Fundación Española de Psiquiatría y de Salud Mental. Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, la CIE-11-AP. [Online].; 2011 [cited 2024 ene 16. Available from: <https://fepsm.org/files/files/ICD-11%20PHC%20Draft%20October%202011.pdf>.
21. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11) Ginebra: OMS; 2022.
22. Arteta GC. Relación de los niveles de depresión y niveles de Autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR, Arequipa 2022: Tesis para título profesional, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Santa María; 2022.

23. Montalván S. Factores Asociados a los Niveles de depresión y ansiedad en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2021: Tesis para título profesional, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María; 2021.
24. Apaza EL. Factores Asociados a la Ideación Suicida en Pacientes con Cáncer Que Reciben Quimioterapia: Tesis para título profesional, Programa Profesional de Psicología, Universidad Católica de Santa María; 2013.
25. Huayhuacuri JF, Provincia LP. Factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida en pacientes oncológicos en el Hospital III Goyeneche 2018: Tesis para título profesional, Escuela Profesional de Psicología, Universidad Nacional de San Agustín; 2018.
26. De la Rosa LF, Domínguez DD, Cortez MS. Ideación Suicida en pacientes con cáncer de mama estadíos III-IV, Chiclayo. *Revista de Investigación Psicológica*. 2019;(22): 31-54.
27. Navarrete JP. Depresión asociado a ideación suicida en pacientes con cáncer: Tesis para título profesional, Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
28. Puertas AC, Quezada JG. Ideación suicida en pacientes con diagnóstico de cáncer: Tesis para título profesional de psicología clínica. Facultad de la Salud Humana, Universidad Nacional de Loja, Ecuador; 2023.
29. Llorente YJ, Macea BA, Herrera JL. Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería Global*. 2019; 18(4): 230–253.
30. Solórzano LS. Ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer Colombia: Tesis para título profesional, programa de Psicología, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario; 2016.
31. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, editors. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2nd ed. Madrid: Ed. Ars Medica; 2002.
32. Salverredy SE. Propiedades psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en adolescentes escolares de educación básica regular del Cono Sur de Lima: Tesis para título profesional, carrera de psicología. Universidad Autónoma del Perú; 2022.

33. Whiteman DC, Green AC, Olsen CM. The growing burden of invasive melanoma: projections of incidence rates and numbers of new cases in six susceptible populations through 2031. *J Invest Dermatol.* 2016; 136(6): 1161-1171.
34. Sordo C, Gutiérrez C. Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2013; 30(1): 113-117.
35. Luke JJ, Flaherty KT, Ribas A, Long GV. Targeted agents and immunotherapies: optimizing outcomes in melanoma. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017; 14(8): 463-482.
36. Boada A, Quer A, Richarz N, Jaka-Moreno A. Actualización en el diagnóstico y manejo del melanoma desmoplásico. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2021; 113(1): 45-57.
37. Vallejos-Sologuren CS. Situación del Cáncer en el Perú. *Diagnóstico.* 2020; 59(2): 77-5.
38. Tejera-Vaquerizo A, Descalzo-Gallego MA, Otero-Rivas MM, Posada-Garcia C, Rodríguez-Pazos L, Pastushenko I. Skin cancer incidence and mortality in Spain: A systematic review and meta-analysis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016; 107(4): 318-328.
39. Coit DG, Thompson JA, Albertini MR, Barker C, Carson WE, Contreras C. Cutaneous melanoma, version 2.2019 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc.* 2019; 17: 367-402.
40. Martín-Gorgojo A, Nagore E. Melanoma asociado a nevo melanocítico. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2018; 109(2).
41. Silva-Feistner M, Ortiz-Lazo E, González S. Genética molecular del melanoma lentiginoso acral. *Revista Chilena de Dermatología.* 2018; 34(2): 60-68.
42. Castañeda P, Eljure J. El cáncer de piel, un problema actual. *Revista de la Facultad de Medicina (México).* 2016; 59(2): 6-14.
43. Moreno R, Herrero G, Hernando B, Martínez-Cadenas C. ¿Qué papel juega la exposición solar en el desarrollo del cáncer de piel? El efecto de la radiación ultravioleta en la acumulación de mutaciones somáticas en piel sana. *Agora de Salud.* 2020; 7(23): 229-238.
44. Wilson ML. Histopathologic and Molecular Diagnosis of Melanoma. *Clin Plast Surg.* 2021; 48(4): 587-598.

45. Rashid S, Tsao H. Recognition, Staging, and Management of Melanoma. *Med Clin North Am.* 2021; 105(4): 643-661.
46. Kunishige JH, Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for melanoma in situ. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 66(3): 438-44.
47. Weber JS, D'Angelo SP, Minor D, Hodi FS, Gutzmer R, Neyns B. Nivolumab versus chemotherapy in patients with advanced melanoma who progressed after anti-CTLA-4 treatment (CheckMate 037): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2015; 16(4): 375-84.
48. Lee AY, Brady MS. Neoadjuvant immunotherapy for melanoma. *J Surg Oncol.* 2021; 123(3): 782-788.
49. Erstad DJ, Witt RG, Wargo JA. Neoadjuvant therapy for melanoma: new and evolving concepts. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2022; 20(1): 47-55.
50. Sillo RS. Características epidemiológicas y correlación clínico-patológica del melanoma maligno. Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2010-2015: Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública. Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"; 2016.
51. Sordo C, Gutiérrez C. Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2013; 30(1): 113-117.
52. Reyes EL. Análisis de supervivencia a 5 años de los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo en Bucaramanga y su área metropolitana entre los años 2000-2009: estudio poblacional: Tesis de especialidad en dermatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2015.
53. Domínguez ML. Biopsia selectiva del ganglio centinela en melanoma cutáneo: influencia de las variables clínico-patológicas y el tiempo de retardo en el estado ganglionar, recurrencia y supervivencia: Tesis doctoral. Universidad de Extremadura; 2021.

ANEXOS

Anexo 1:**Ficha de recolección de datos**

Ficha N° _____

Características sociodemográficas:Edad: _____ años Sexo: varón mujer **Estado civil:**Soltero casado conviviente separado viudo **Nivel de instrucción:**Iltrado primaria secundaria superior **Ocupación:**Estudiante desempleado ama de casa obrero empleado
independiente jubilado **Características clínicas de la enfermedad neoplásica**

Tiempo de enfermedad: _____ meses

Tipo de neoplasia: cáncer de mama de cérvix próstata , pulmón
 gástrico colon cutáneo otro Estadío clínico: Estadío I Estadío II Estadío III Estadío IV Tipo de tratamiento: paliativo cirugía quimioterapia
radioterapia otros _____**Observaciones:**

.....

.....

Anexo 2:
Escala de ideación suicida

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. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()
 0. Breves, periodos pasajeros. 1. Periodos largos. 2. Continuos, casi continuos.
7. Frecuencia. ()
 0. Rara, ocasionalmente. 1. Intermitente. 2. Persistentes y continuos
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. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()

0. Sin considerar. 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.

2. Detalles elaborados / bien formulados.

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. ACTUALIZACIÓN 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

Nota: Salvarrey, (32).

Anexo 3:
Consentimiento informado

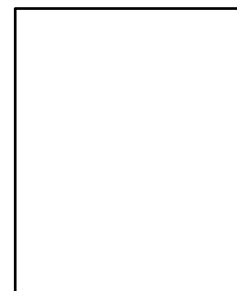
Yo, _____ (nombre del paciente) identificado con DNI _____, he sido informado del estudio **“FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2023”**, que será realizado por los graduandos ALVITRES BARRIENTOS, LUIS ÁNGEL y GIRON LAZARTE, KATHERINE ELIZABETH, para lo cual ha solicitado mi participación voluntaria y anónima, a través de la respuesta a unos cuestionarios y proporcionando datos para una ficha de información.

No se me requerirá exámenes de sangre o toma de otras muestras.

Se me ha explicado que la información proporcionada será confidencial y de uso exclusivo para la presente investigación.

Por lo que doy mi consentimiento para la realización del estudio.

Arequipa, _____



Anexo 4:
Matriz de sistematización de información

