

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## Frecuencia y factores asociados a la ideación suicida en pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, 2012

**Autora:**

**JEANNET QUILLA VILLASANTE**

Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional  
de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2013**

### *DEDICATORIA:*

*A Dios: Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.*

*A mi familia: A mis padres por haberme dado la vida, por los ejemplos de perseverancia y constancia. A mi hermana por su constante amor y sus consejos.*

*A mi buen amor: Por su apoyo, comprensión y paciencia, aunque ahora está lejos, me sigue enseñando. A mis amigos por su apoyo en momentos difíciles.*

*A mis maestros: por su ejemplo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales.*

EPÍGRAFE

ABANDONARSE AL DOLOR SIN RESISTIR, SUICIDARSE PARA SUSTRARSE  
DE ÉL, ES ABANDONAR EL CAMPO DE BATALLA SIN HABER LUCHADO.

NAPOLEÓN I



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS .....	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	8
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	20
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	26
ANEXOS .....	30
Anexo 1: Proyecto de Investigación .....	31
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	72
Anexo 3: Escala de ideación suicida de Beck.....	73
Anexo 4: Matriz de sistematización de datos.....	75

## RESUMEN

**Antecedente:** el cáncer es una enfermedad en la que diversas características pueden hacer que se presente depresión e ideación suicida.

**Objetivo:** conocer la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche.

**Métodos:** encuesta en una muestra representativa de 200 pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, aplicando una ficha de datos y la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Con la aplicación de la escala de Beck, se encontró que 38% de los pacientes con cáncer tienen o han tenido ideación suicida; el 15,79% de pacientes con ideación suicida tienen de 20 a 29 años y aquellos sin ideación suicida en 41,94% estuvieron entre los 50 y 59 años. Hubo mayor proporción de mujeres con ideación suicida (77,63%) que sin ésta (51,61%;  $p < 0,05$ ). Los pacientes con ideación suicida tuvieron más instrucción secundaria (52,63%), mientras que los que no tuvieron esta ideación predominantemente tuvieron instrucción primaria (44,35%;  $p < 0,05$ ). Hubo más estudiantes (7,89%) y empleados (5,26%) entre los pacientes con ideación suicida (0% y 1,61% respectivamente en el grupo sin ideación suicida;  $p < 0,05$ ). Los pacientes con ideación suicida son más solteros (27,63%) o viudos (26,32%), mientras que aquellos sin ideación son casados en mayor proporción (52,42%;  $p < 0,05$ ). El cáncer de recto, el osteosarcoma y de estómago predominan en pacientes con ideación suicida ( $p < 0,05$ ). El tratamiento con quimioterapia, cirugía y radioterapia fueron semejantes entre los dos grupos de estudio ( $p > 0,05$ ).

**Conclusión:** Existen factores como el sexo femenino, la edad joven o mayor de 60 años, la falta de pareja, y el tipo de cáncer que pueden influir en la ideación suicida de pacientes con cáncer.

**PALABRAS CLAVE:** ideación suicida – cáncer – factores epidemiológicos – factores clínicos.

## ABSTRACT

**Background:** Cancer is a disease in which various features can make it this depression and suicidal ideation.

**Objective:** To determine the frequency and factors associated with suicidal ideation in cancer patients treated at the Hospital Goyeneche.

**Methods:** A survey of a representative sample of 200 patients diagnosed with cancer treated at the Oncology Hospital Goyeneche, applying a data sheet and Suicide Ideation Scale Beck (ISB). Results are shown using descriptive statistics.

**Results:** With the implementation of the Beck scale, it was found that 38% of cancer patients have or had suicidal ideation, the 15.79% of patients with suicidal ideation have 20 to 29 years and those without suicidal ideation 41.94% were between 50 and 59 years. There was a higher proportion of women with suicidal ideation (77.63%) than without it (51.61%,  $P < 0.05$ ). Patients with suicidal ideation were more secondary education (52.63%), while those who had not had this ideation predominantly primary education (44.35%,  $P < 0.05$ ). There were more students (7.89%) and employees (5.26%) among patients with suicidal ideation (0% and 1.61% respectively in the group without suicidal ideation,  $P < 0.05$ ). Patients with suicidal ideation are single (27.63%) or widowed (26.32%), while those without ideation are married to a greater proportion (52.42%,  $P < 0.05$ ). Rectal cancer, osteosarcoma and stomach predominate in patients with suicidal ideation ( $p < 0.05$ ). Treatment with chemotherapy, surgery and radiotherapy were similar between the two study groups ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** There are factors such as female sex, young age or older than 60 years, the lack of a partner, and the type of cancer that can affect suicidal ideation in cancer patients.

**KEYWORDS:** suicidal ideation - cancer - epidemiological factors - clinical factors.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública que puede presentarse en diversos grupos de poblaciones muy heterogéneos, desde jóvenes hasta adultos mayores, desde pacientes con depresión hasta pacientes con enfermedades terminales.

El paciente con cáncer al conocer su estado incurable puede verse afectado por algún trastorno psicopatológico por lo que le sea más fácil pensar en ideas suicidas para terminar con su afección.

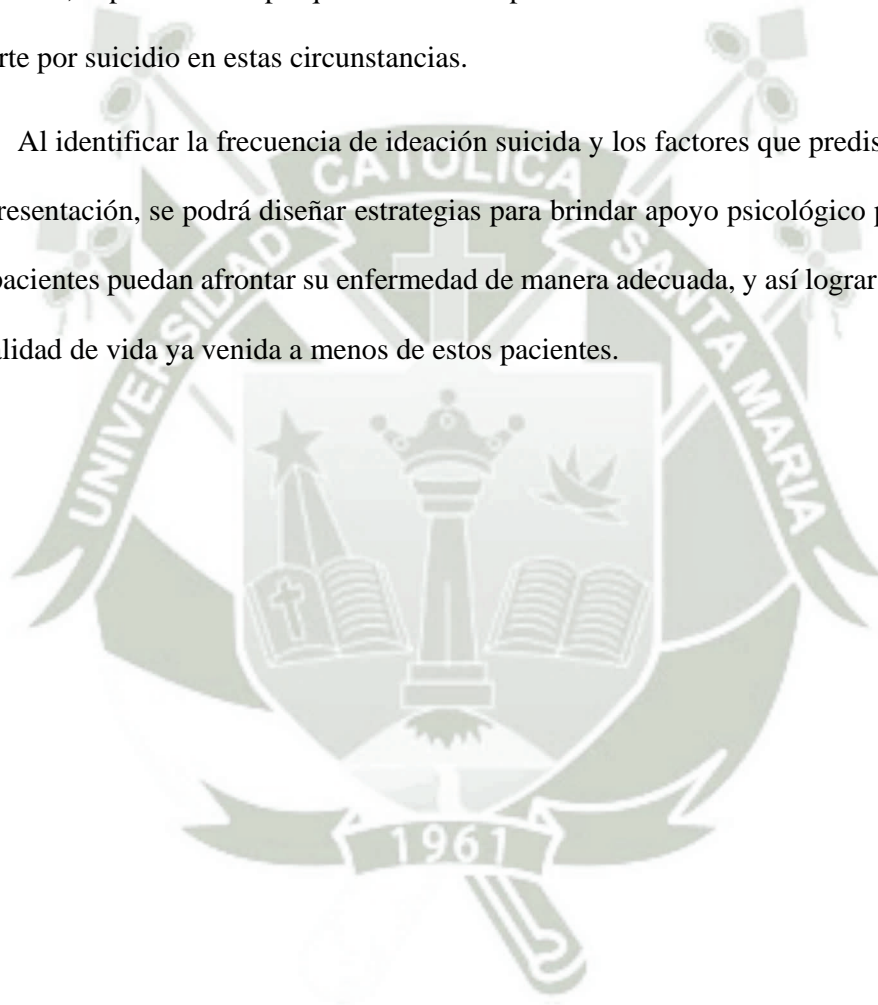
La etiología del intento suicida puede ser diversa; puede haber ocurrido por única vez en el contexto de un problema agudo, o puede convertirse en una ideación fija a causa de trastornos crónicos como la depresión o incluso los trastornos psicóticos. Es importante conocer cuál es el trastorno de la salud mental asociado al intento de suicidio, para poder así establecer planes de manejo a corto y largo plazo y prevenir nuevos intentos o lo que es mejor evitando las muertes por ideación suicida.

El riesgo de suicidio en pacientes de cáncer es más alto durante los primeros meses después del diagnóstico, y este riesgo disminuye de manera significativa con el paso del tiempo. Los pensamientos suicidas pasivos son bastante normales en los pacientes de cáncer. Las relaciones entre las tendencias suicidas y el deseo de acelerar la muerte de uno mismo, las solicitudes de suicidio con ayuda médica y la eutanasia son complicadas y aún no se entienden bien. Los hombres con cáncer corren más del doble de riesgo de suicidarse que la población general. El método de suicidio más

común entre los pacientes de cáncer es la sobredosis de analgésicos y sedantes, y la mayoría de los casos ocurren en el hogar.

Los informes identifican una mayor incidencia de suicidio en pacientes con cáncer oral, faríngeo y pulmonar, y en pacientes con VIH positivo con el sarcoma de Kaposi. La incidencia real de suicidio en pacientes con cáncer probablemente se subestima, especialmente porque las familias pueden ser renuentes a informar de la muerte por suicidio en estas circunstancias.

Al identificar la frecuencia de ideación suicida y los factores que predisponen a su presentación, se podrá diseñar estrategias para brindar apoyo psicológico para que los pacientes puedan afrontar su enfermedad de manera adecuada, y así lograr mejorar la calidad de vida ya venida a menos de estos pacientes.



## CAPÍTULO I

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), que contendrá la escala de ideación suicida de Beck (Anexo 2).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

#### 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el año 2012.

**2.3. Unidades de estudio:** pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

**Población:** Totalidad de pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa. Se atiende en promedio un total de 200 pacientes con cáncer nuevos al mes en el servicio.

**Muestra:** se estudió una muestra de 200 pacientes con cáncer atendidos en un mes en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

**Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Diagnóstico de cáncer al menos en las 6 semanas previas
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con patología psiquiátrica previa
- Pacientes con trastornos del sensorio.

**3. Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo transversal.

**4. Nivel de investigación:** es un estudio descriptivo.

## **5. Estrategia de Recolección de datos**

### **5.1. Organización**

Se realizaron las coordinaciones con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del Servicio de Oncología para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactó a los pacientes con diagnóstico de cáncer que acuden a consulta externa para sus controles o de aquellos hospitalizados, y se seleccionó una muestra entre los que cumplían los criterios de selección. Se explicó el motivo del estudio y se solicitará su participación voluntaria. La autora aplico un cuestionario para recoger variables relacionadas al paciente (Anexo 1), y el psiquiatra tutor de la investigación aplico la escala de ideación suicida de Beck (anexo 2).

Una vez concluido la recolección de datos, estos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### **5.2. Validación de los instrumentos**

La ideación suicida se evaluó 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 auto destructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols. ,1979). 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. Consta de tres partes bien diferenciadas: Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de

suicidio) (ítems 1 a 8); Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15); Otros aspectos (ítems 16 a 20). 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. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).

La prueba tiene una consistencia interna alta (alfa de Cronbach = 0,89), y una elevada fiabilidad inter observador ( $r = 0,83$ )<sup>(3)</sup>.

La escala ha sido adaptada y validada en estudiantes de San Juan de Pasto, demostrando una adecuada validez factorial y una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.83)<sup>(20)</sup>.<sup>2</sup>

### 5.3. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

---

<sup>3</sup> Comeche M, Diaz M, Vallejo M, Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; 194-204

<sup>20</sup> Villalobos-Galvis, F. (2006). Validación de instrumentos de evaluación psicológica en estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto. Universidad de Nariño.

**b) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

**c) 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.

**d) Plan de Recuento:**

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

**e) Plan de análisis:**

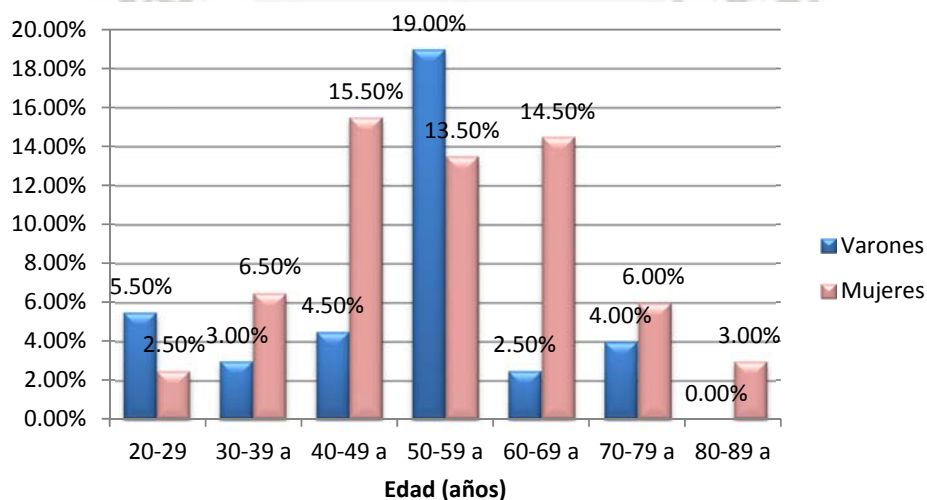
Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.



**Cuadro 1**  
**Distribución de pacientes según edad y sexo**

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29 a	11	5,50%	5	2,50%	16	8,00%
30-39 a	6	3,00%	13	6,50%	19	9,50%
40-49 a	9	4,50%	31	15,50%	40	20,00%
50-59 a	38	19,00%	27	13,50%	65	32,50%
60-69 a	5	2,50%	29	14,50%	34	17,00%
70-79 a	8	4,00%	12	6,00%	20	10,00%
80-89 a	0	0,00%	6	3,00%	6	3,00%
Total	77	38,50%	123	61,50%	200	100,00%

**Grafico 1**  
**Distribución de pacientes según edad y sexo**



**Fuente:** IDESUPACA.

Se observa que los pacientes con cáncer son predominantemente mujeres 123 (61,50%), con 77 (38,50%) varones; las edades más frecuentes en todo el grupo fueron entre los 50 y 59 años 65 (32,50%).

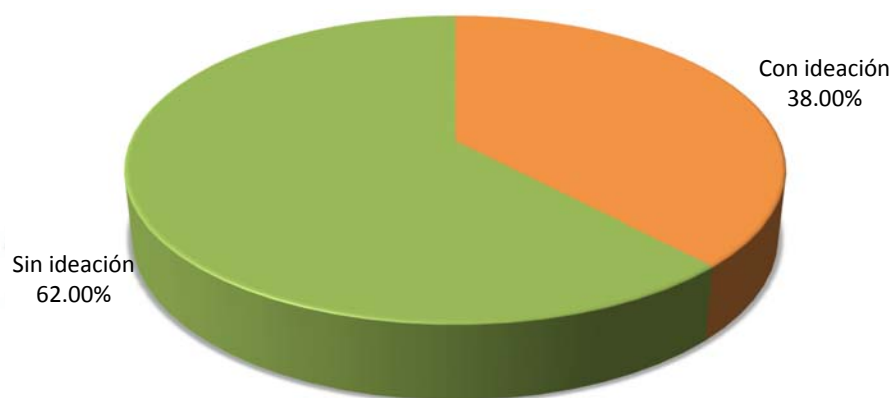
**Cuadro 2**

**Distribución de pacientes con cáncer según ideación suicida**

	N°	%
<b>Con ideación</b>	76	38,00%
<b>Sin ideación</b>	124	62,00%
<b>Total</b>	200	100,00%

**Gráfico 2**

**Distribución de pacientes con cáncer según ideación suicida**



**Fuente:** IDESUPACA.

Se observa que de un total de 200 pacientes con cáncer, 76 (38,00%) tuvieron ideación suicida y 124 (62,00%) no tuvieron ideación suicida.

**Cuadro 3**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: edad**

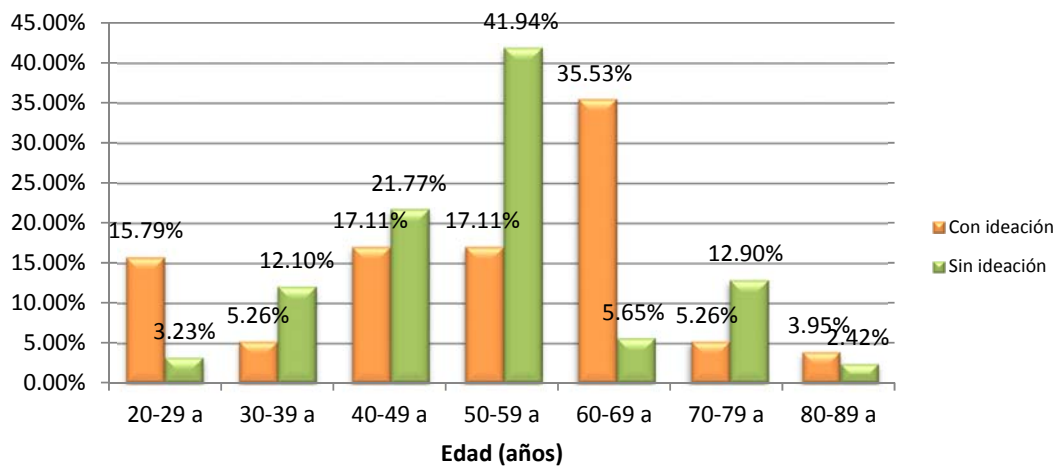
Edad	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29 a	12	15,79%	4	3,22%	16	8,00%
30-39 a	4	5,26%	15	12,10%	19	9,50%
40-49 a	13	17,11%	27	21,77%	40	20,00%
50-59 a	13	17,11%	52	41,94%	65	32,50%
60-69 a	27	35,53%	7	5,65%	34	17,00%
70-79 a	4	5,26%	16	12,90%	20	10,00%
80-89 a	3	3,95%	3	2,42%	6	3,00%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,00%</b>	<b>124</b>	<b>100,00%</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Chi<sup>2</sup> = 48,93

G. libertad = 6

p < 0,01

**Gráfico 3**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: edad**



**Fuente:** IDESUPACA.

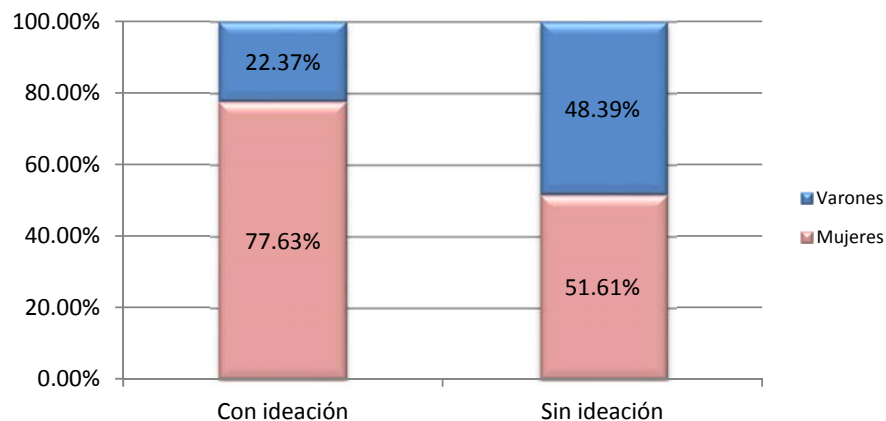
Se observa que los pacientes con cáncer e ideación suicida 27 (35,53%) tuvieron predominantemente edades que oscilan entre 60-69 años y el los pacientes con cáncer sin ideación suicida 52 (41,94%) tuvieron predominantemente edades que oscilan entre 50-59 años.

**Cuadro 4**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida: sexo**

Sexo	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Mujeres</b>	59	77,63%	64	51,61%	123	61,50%
<b>Varones</b>	17	22,37%	60	48,39%	77	38,50%
<b>Total</b>	76	100,00%	124	100,00%	200	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 13,47      G. libertad = 1      p = 0,0002

**Gráfico 4**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida: sexo**



**Fuente:** IDESUPACA.

Se observa que mayoritariamente los pacientes con cáncer e ideación suicida fueron mujeres 59 (77,63%), en los pacientes con cáncer sin ideación suicida, no se encuentra diferencia significativa entre mujeres y varones, 64 (51,61%) y 60 (48,39%) respectivamente.

**Cuadro 5**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: instrucción**

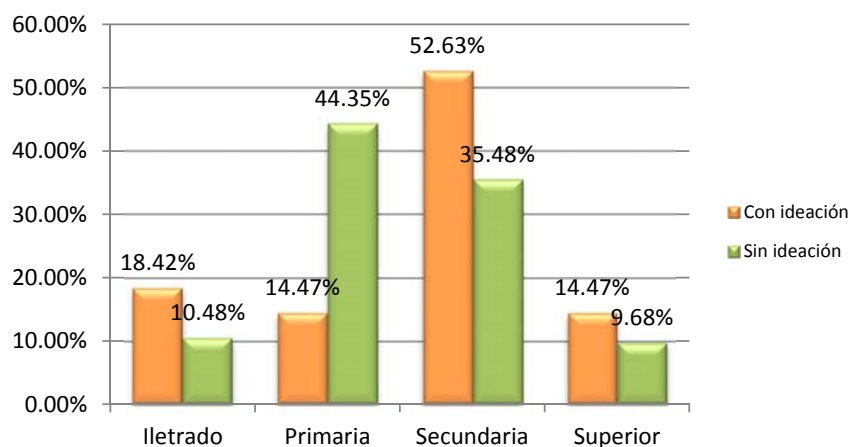
Instrucción	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Iletrado</b>	14	18,42%	13	10,48%	27	13,50%
<b>Primaria</b>	11	14,47%	55	44,35%	66	33,00%
<b>Secundaria</b>	40	52,63%	44	35,48%	84	42,00%
<b>Superior</b>	11	14,47%	12	9,68%	23	11,50%
<b>Total</b>	76	100,00%	124	100,00%	200	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 19,19

G. libertad = 3

p = 0,0003

**Gráfico 5**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: instrucción**



**Fuente:** IDESUPACA.

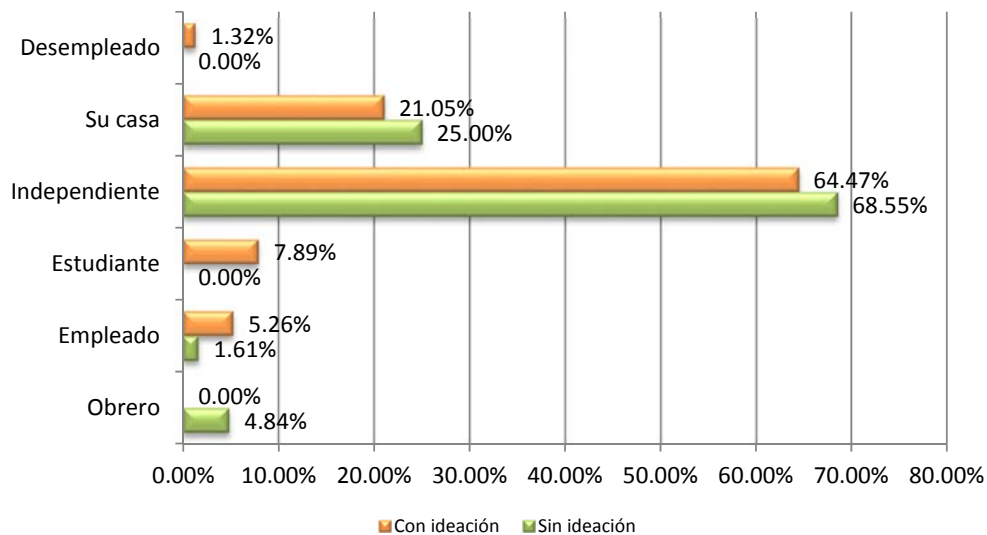
Se observa que el mayor número de pacientes con cáncer e ideación suicida tuvieron instrucción secundaria 40 (52,63%), el mayor número de pacientes con cáncer sin ideación suicida tuvieron instrucción primaria 55 (44,35%).

**Cuadro 6**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: ocupación**

Ocupación	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desempleado	1	1,32%	0	0,00%	1	0,50%
Su casa	16	21,05%	31	25,00%	47	23,50%
Independiente	49	64,47%	85	68,55%	134	67,00%
Estudiante	6	7,89%	0	0,00%	6	3,00%
Empleado	4	5,26%	2	1,61%	6	3,00%
Obrero	0	0,00%	6	4,84%	6	3,00%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,00%</b>	<b>124</b>	<b>100,00%</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Chi<sup>2</sup> = 17,62      G. libertad = 5      p = 0,003

**Gráfico 6**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: ocupación**



**Fuente:** IDESUPACA.

Se observa que hubo más estudiantes 6 (7,89%) y empleados 4 (5,26%) entre los pacientes con ideación suicida (0% y 1,61% respectivamente en el grupo sin ideación suicida), diferencia que es significativa.

**Cuadro 7**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: estado civil**

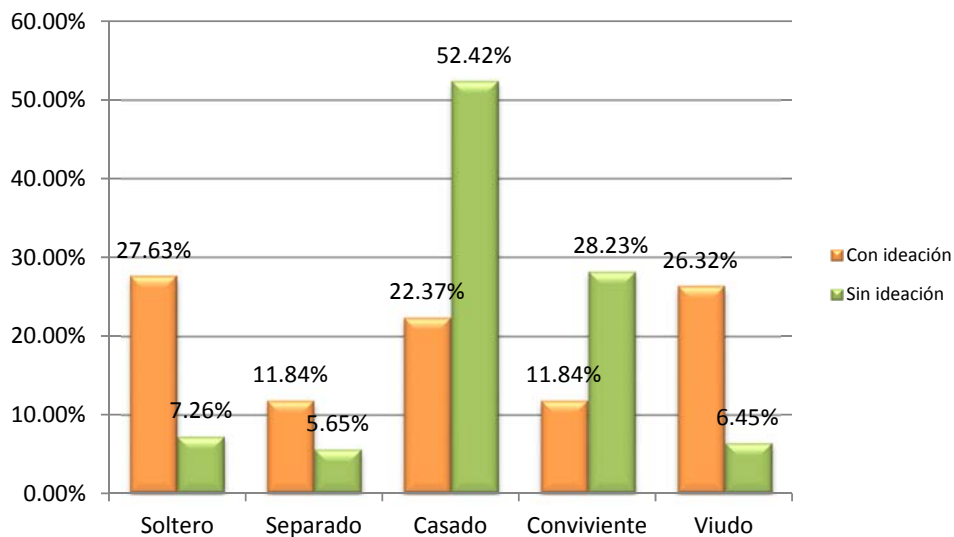
E. civil	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Soltero</b>	21	27,63%	9	7,26%	30	15,00%
<b>Separado</b>	9	11,84%	7	5,65%	16	8,00%
<b>Casado</b>	17	22,37%	65	52,42%	82	41,00%
<b>Conviviente</b>	9	11,84%	35	28,23%	44	22,00%
<b>Viudo</b>	20	26,32%	8	6,45%	28	14,00%
<b>Total</b>	76	100,00%	124	100,00%	200	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 44,71

G. libertad = 4

p < 0,01

**Gráfico 7**  
**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer e ideación  
suicida: estado civil**



**Fuente:** IDESUPACA.

Se observa que los pacientes con cáncer con ideación suicida son mayormente solteros 21 (27,63%) o viudos 20 (26,32%), mientras que aquellos sin ideación son casados en mayor proporción 65 (52,42%).

**Cuadro 8**  
**Características clínicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida:**  
**tipo de cáncer**

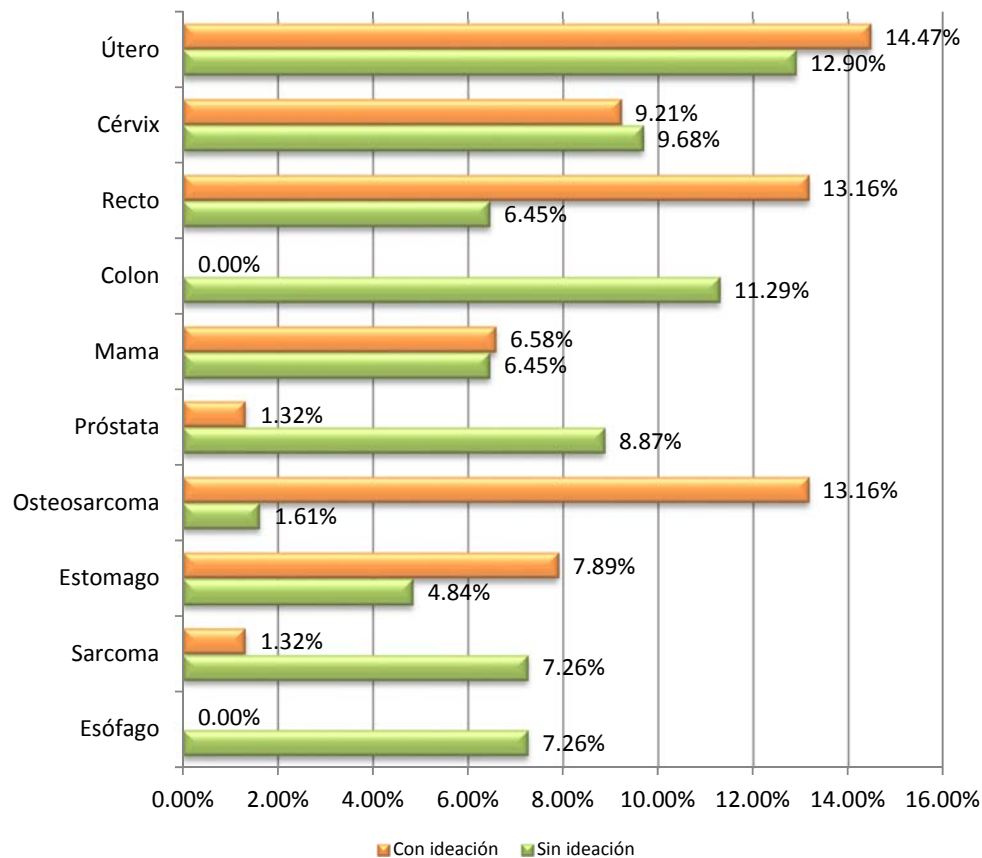
Cáncer	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Útero	11	14,47%	16	12,90%	27	13,50%
Cérvix	7	9,21%	12	9,68%	19	9,50%
Recto	10	13,16%	8	6,45%	18	9,00%
Colon	0	0,00%	14	11,29%	14	7,00%
Mama	5	6,58%	8	6,45%	13	6,50%
Próstata	1	1,32%	11	8,87%	12	6,00%
Osteosarcoma	10	13,16%	2	1,61%	12	6,00%
Estomago	6	7,89%	6	4,84%	12	6,00%
Sarcoma	1	1,32%	9	7,26%	10	5,00%
Esófago	0	0,00%	9	7,26%	9	4,50%
Epidermoide	0	0,00%	8	6,45%	8	4,00%
L. No Hodgkin	3	3,95%	4	3,23%	7	3,50%
Vagina	2	2,63%	5	4,03%	7	3,50%
Ovario	6	7,89%	0	0,00%	6	3,00%
Hepatocarcin.	5	6,58%	0	0,00%	5	2,50%
Testículo	0	0,00%	4	3,23%	4	2,00%
Metastásico	4	5,26%	0	0,00%	4	2,00%
Vulva	0	0,00%	3	2,42%	3	1,50%
Riñón	3	3,95%	0	0,00%	3	1,50%
Vesícula	0	0,00%	2	1,61%	2	1,00%
Melanoma	1	1,32%	1	0,81%	2	1,00%
Neuroendocrino	0	0,00%	1	0,81%	1	0,50%
T. de Wilms	1	1,32%	0	0,00%	1	0,50%
Vejiga	0	0,00%	1	0,81%	1	0,50%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,00%</b>	<b>124</b>	<b>100,00%</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Chi<sup>2</sup> = 78,66

G. libertad = 23

p < 0,01

**Gráfico 8**  
**Características clínicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida:**  
**principales tipo de cáncer**



**Fuente: IDESUPACA.**

Se observa que los tipos de cáncer más frecuentes son los de útero y cuello uterino 27 (13,50%) y 19 (9,50%) respectivamente, pero son el cáncer de recto, el osteosarcoma y de estómago los que predominan en pacientes con ideación suicida (13.16%, 13.16% y 7.89%) respectivamente.

**Cuadro 9**

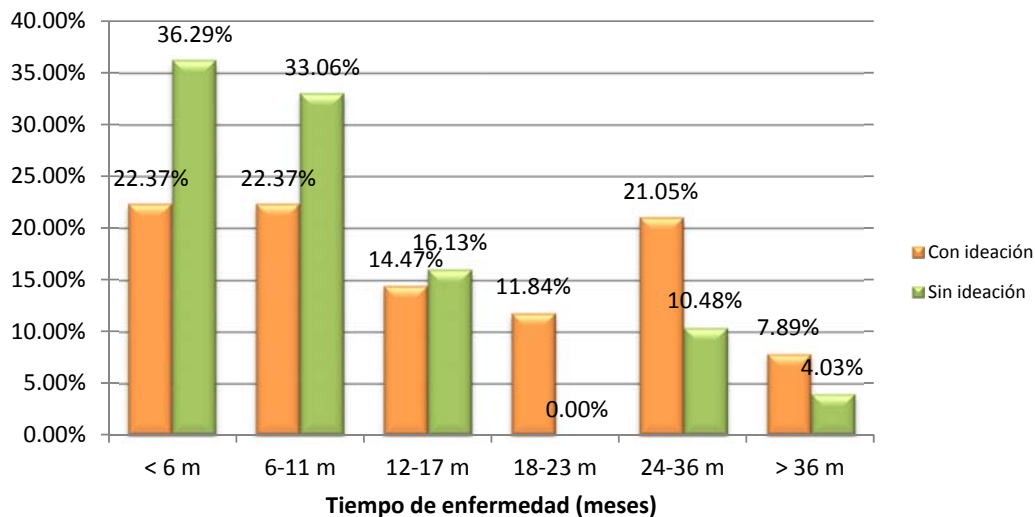
**Características clínicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida:  
tiempo de enfermedad**

T. enfermedad	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 6 m	17	22,37%	45	36,29%	62	31,00%
6-11 m	17	22,37%	41	33,06%	58	29,00%
12-17 m	11	14,47%	20	16,13%	31	15,50%
18-23 m	9	11,84%	0	0,00%	9	4,50%
24-36 m	16	21,05%	13	10,48%	29	14,50%
> 36 m	6	7,89%	5	4,03%	11	5,50%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,00%</b>	<b>124</b>	<b>100,00%</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Chi<sup>2</sup> = 24,48      G. libertad = 5      p < 0,01

**Gráfico 9**

**Características clínicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida:  
tiempo de enfermedad**



**Fuente:** IDESUPACA.

Se observa que predominantemente los casos con ideación suicida 16 (21,05%) tuvieron de 24 a 36 meses de enfermedad, en 17 (22,37%) menos de 6 meses o de 6 a 11 meses, en pacientes con cáncer sin ideación 45 (36,29%) tuvo menos de 6 meses y 41 (33,06%) entre 6 y 11 meses.

**Cuadro 10**

**Características clínicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida:  
tipo de tratamiento**

Tratamiento	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Quimioterapia</b>	56	73,68%	107	86,29%	163	81,50%
<b>Cirugía</b>	33	43,42%	64	51,61%	97	48,50%
<b>Radioterapia</b>	33	43,42%	50	40,32%	83	41,50%

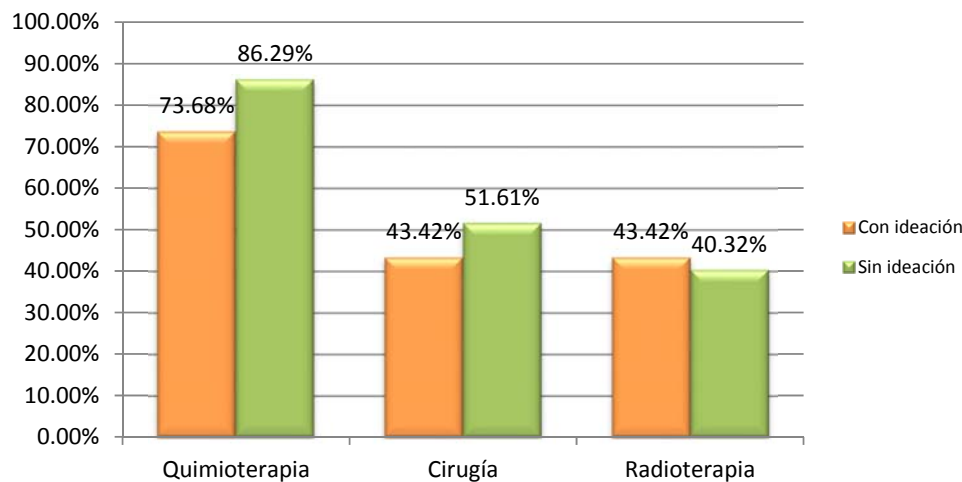
Chi<sup>2</sup> = 0,84

G. libertad = 2

p = 0,66

**Gráfico 10**

**Características clínicas de los pacientes con cáncer e ideación suicida:  
tipo de tratamiento**



**Fuente:** IDESUPACA.

Se observa el tratamiento recibido por los pacientes con cáncer, con y sin ideación suicida; predominó la quimioterapia en 81,50% del total de casos, seguido de la cirugía en 48,50% y la radioterapia en 41,50% de casos; no se encontraron diferencias significativas.



## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó conocer la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche. Se realizó la presente investigación ya que aunque existen estudios acerca del intento de suicidio en pacientes con cáncer, ninguno ha evaluado su ideación en pacientes con cáncer en el Hospital III Goyeneche de Arequipa.

Para tal fin se realizó una encuesta en una muestra representativa de 200 pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, aplicando una ficha de datos y la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

En el **Cuadro y Gráfico 1** se observa que los pacientes con cáncer son predominantemente mujeres 61,50%, teniendo 38,50% de varones; además las edades más frecuentes en todo el grupo fueron entre los 50 y 59 años 32,50%.

La predominancia de pacientes con edades entre 50-59 años es debido a que el cáncer se presenta más frecuentemente en la población adulta que en la joven.

En el **Cuadro y Gráfico 2** se observa la frecuencia de ideación suicida entre los pacientes con cáncer. Con la aplicación de la escala de Beck, se encontró que 38,00% de los pacientes con cáncer tienen o han tenido ideación suicida.

Este resultado es mayor al encontrado en el 2009 en el mismo hospital donde se halló una frecuencia de ideación suicida de 30%.

El **Cuadro y Gráfico 3** muestran las características de edad de los pacientes según la presencia o no de ideación suicida; el 15,79% de pacientes con ideación suicida tienen de 20 a 29 años, el 35,35% de casos con 60 a 69 años; estos dos picos de edad son significativamente diferentes ( $p < 0,05$ ) en relación al grupo mayoritario de pacientes con cáncer y sin ideación suicida, que en 41,94% tuvieron entre 50 y 59 años.

A pesar que las personas mayores representan solo el 10% de la población, constituyen el 25% de suicidios, estas personas intentan suicidarse con menor frecuencia pero consiguen su objetivo más a menudo.

En el **Cuadro y Gráfico 4** se muestra la distribución de los pacientes según sexo y grupo de ideación suicida; hubo una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), con mayor proporción de mujeres con ideación suicida 77,63% que sin ésta 51,61%.

El resultado obtenido es congruente con la información de la bibliografía básica Kaplan-Sinopsis de Psiquiatría donde se plantea que son las mujeres las que predominantemente presentan ideación suicida, estas suelen tener una ideación suicida pasiva en donde expresan el deseo de estar muertas pero nunca harían nada intencionadamente para quitarse la vida.

En relación al nivel de instrucción, el **Cuadro y Gráfico 5** muestran que los pacientes con ideación suicida tuvieron más instrucción secundaria 52,63%, mientras que los pacientes sin ideación predominantemente tuvieron instrucción primaria 44,35% , diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Resultado que es contrario al hallado por Melva fuentes en el 2009 en el mismo hospital, donde mayoritariamente la depresión e ideación suicida se presentó en analfabetos, actualmente existen herramientas como el internet que posee información de buena y mala calidad, dependiendo del nivel cultural de la persona será interpretado de diferentes maneras, personas con bajo nivel cultural aveces no logran entender la gravedad de la enfermedad por lo que no desarrollan ideación suicida. La bibliografía básica nos dice que a mayor nivel social mayor riesgo de ideación suicida, pero un descenso en la escala social también aumenta el riesgo, por lo tanto ambos resultados son congruentes.

El **Cuadro y Gráfico 6** corresponde a la distribución de los pacientes según ocupación y grupo de estudio; aunque hubo proporciones similares de trabajadores independientes y de ocupación su casa, hubo más estudiantes 7,89% y empleados 5,26% entre los pacientes con ideación suicida (0% y 1,61% respectivamente en el grupo sin ideación suicida), diferencia que resultó significativa ( $p < 0,05$ ).

El trabajo en general protege contra la ideación suicida, el suicidio es más frecuente en personas en situación de desempleo, si bien en este estudio la mayoría de los pacientes con ideación suicida son empleados y estudiantes, estos desempeñan sus labores de forma irregular debido a la enfermedad. Debemos resaltar que la mayoría de pacientes tiene un nivel económico bajo, por lo que se ven obligados a seguir con sus labores a pesar de su estado de salud.

El estado civil de los pacientes con cáncer según grupo de ideación suicida se muestra en el **Cuadro y Gráfico 7**; los pacientes con ideación suicida son más solteros

27,63% o viudos 26,32%, mientras que aquellos sin ideación son casados en mayor proporción (52,42%;  $p < 0,05$ ).

El matrimonio o la convivencia es un factor protector de ideación suicida, divorciados y viudos tienen índices más altos de suicidio. Esto también fue demostrado en un estudio en el 2009 en el mismo hospital, donde la depresión se presentó con mayor frecuencia en solteros y la depresión está relacionada directamente con la ideación suicida.

En relación a las características clínicas del cáncer en los pacientes, el **Cuadro y Gráfico 8** muestra los diferentes tipos de cáncer en los pacientes; se puede apreciar que los tipos de cáncer más frecuentes son los de útero y cuello uterino (13,50% y 9,50%), considerando que la mayoría fueron mujeres, pero que son el cáncer de recto, el osteosarcoma y de estómago los que predominan en pacientes con ideación suicida. Las diferencias fueron significativas ( $p < 0,05$ ).

Este resultado no coincide con el hallado en el estudio realizado por Tejada Guillen, en Arequipa en el 2005, donde se encontró que los tipos de cáncer que predominan en pacientes con depresión son cáncer de piel, óseo, hígado, estómago, páncreas, cerebro y leucemia.

En el **Cuadro y Gráfico 9** se aprecia el tiempo de enfermedad de los pacientes; los casos con ideación suicida en la mayor parte 21,05% tuvieron de 24 a 36 meses de enfermedad, en 22,37% menos de 6 meses o de 6 a 11 meses, en pacientes con cáncer sin ideación un 36,29% tuvo menos de 6 meses y un 33,06% entre 6 y 11 meses.

Con lo que se concluye que a mayor tiempo de enfermedad, mayor número de pacientes con ideación suicida, esto se debería a las complicaciones de la enfermedad. La ideación suicida en pacientes con tiempo corto de enfermedad se debería a la etapa de depresión normal del proceso de adaptación después de recibir su diagnóstico.

Finalmente, en el **Cuadro y Gráfico 10** se muestra el tratamiento recibido por los pacientes con cáncer, con y sin ideación suicida; predominó la quimioterapia en 81,50% del total de casos, seguido de la cirugía en 48,50% y la radioterapia en 41,50% de casos; no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de estudio ( $p > 0,05$ ).

Sin importar el tratamiento que reciban los pacientes, el diagnóstico de cáncer produce en muchas personas depresión seguido de la ideación suicida, otros factores están involucrados en la etiología de la depresión e ideación suicida como por ejemplo los factores genéticos, la conducta suicida tiende a presentar una incidencia familiar. El factor biológico con la disminución de serotonina central también está implicada en la conducta suicida. Trastornos de la personalidad añadidos a la enfermedad son sin duda determinantes de la conducta suicida.



## CONCLUSIONES

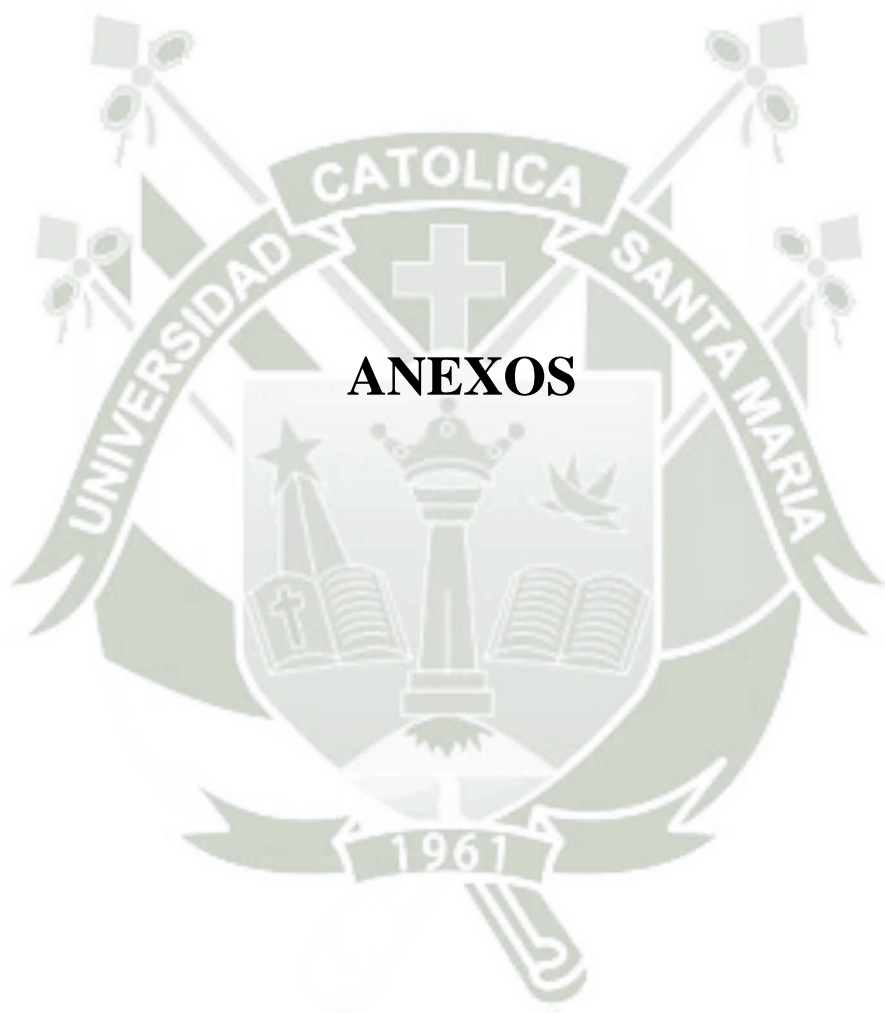
- Primera.** La frecuencia de ideación suicida en pacientes con cáncer del Hospital Goyeneche en el 2012 fue del 38%.
- Segunda.** Las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche durante el 2012 fueron predominantemente mujeres entre los 50 y 59 años de edad, de instrucción secundaria, ocupación independiente y casados o convivientes.
- Tercera.-** Las características clínicas del cáncer en los pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche durante el 2012 fueron predominantemente cáncer de útero y cérvix o de recto, con tiempo de enfermedad menor a un año, que reciben principalmente quimioterapia después de la cirugía.
- Cuarta.-** Los factores epidemiológicos de pacientes con cáncer que se asocian con ideación suicida en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche 2012 fueron mujeres en los extremos de edad por debajo de 30 años o por encima de 60 años, la mejor instrucción, la ocupación de empleado o de estudiante y la falta de pareja estable.
- Quinta.-** Los factores clínicos de pacientes con cáncer que se asocian con ideación suicida en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche 2012 fueron el cáncer de recto, el osteosarcoma y de estómago, el mayor tiempo de

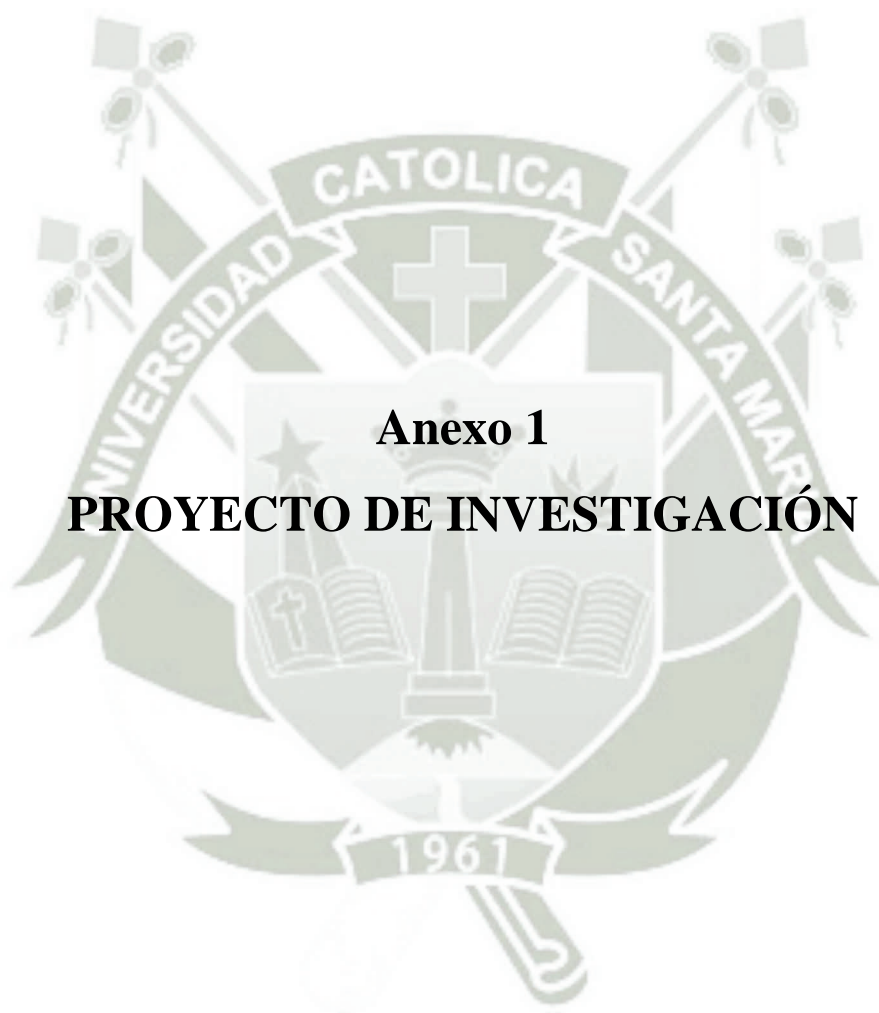
enfermedad de 24 a 36 meses, el que recibiera quimioterapia, radioterapia o cirugía no influyó en la presencia de ideación suicida.



## SUGERENCIAS

- Primera.** El servicio de oncología debe incluir en el equipo de trabajo a los psicólogos clínicos, el servicio de psiquiatría, asistentes sociales y las enfermeras especialistas del área.
- Segunda.** Los psicólogos clínicos y el servicio de psiquiatría deben realizar terapia para la preparación racional de aceptación de la muerte, el médico tratante siempre debe ser veraz sin retirar la esperanza a la que se aferre el paciente.
- Tercera.-** Los psicólogos clínicos deben dar psicoterapia familiar de apoyo, para crear una atmosfera estable y satisfactoria, así también evitaríamos casos de depresión e ideación suicida en familiares.
- Cuarta.-** La región de salud debe aumentar el presupuesto invertido en campañas de prevención y diagnóstico precoz de enfermedades físicas y mentales.





**Anexo 1**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## “Frecuencia y factores asociados a la ideación suicida en pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, 2012”

**Autora:**

**JEANNET QUILLA VILLASANTE**

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano

**Arequipa - Perú  
2012**

## I. PREÁMBULO

El suicidio es un grave problema de salud pública que puede presentarse en diversos grupos de poblaciones muy heterogéneos, desde jóvenes hasta adultos mayores, desde pacientes con depresión hasta pacientes con enfermedades terminales.

El paciente con cáncer al conocer su estado incurable puede verse afectado por algún trastorno psicopatológico por lo que le sea más fácil pensar en ideas suicidas para terminar con su afección.

La etiología del intento suicida puede ser diversa; puede haber ocurrido por única vez en el contexto de un problema agudo, o puede convertirse en una ideación fija a causa de trastornos crónicos como la depresión o incluso los trastornos psicóticos. Es importante conocer cuál es el trastorno de la salud mental asociado al intento de suicidio, para poder así establecer planes de manejo a corto y largo plazo y prevenir nuevos intentos o lo que es mejor evitando las muertes por ideación suicida.

El riesgo de suicidio en pacientes de cáncer es más alto durante los primeros meses después del diagnóstico, y este riesgo disminuye de manera significativa con el paso del tiempo. Los pensamientos suicidas pasivos son bastante normales en los pacientes de cáncer. Las relaciones entre las tendencias suicidas y el deseo de acelerar la muerte de uno mismo, las solicitudes de suicidio con ayuda médica y la eutanasia son complicadas y aún no se entienden bien. Los hombres con cáncer corren más del doble de riesgo de suicidarse que la población general. El método de suicidio más común entre los pacientes de cáncer es la sobredosis de analgésicos y sedantes, y la mayoría de los casos ocurren en el hogar.

Los informes identifican una mayor incidencia de suicidio en pacientes con cáncer oral, faríngeo y pulmonar, y en pacientes con VIH positivo con el sarcoma de Kaposi. La incidencia real de suicidio en pacientes con cáncer probablemente se subestima, especialmente porque las familias pueden ser renuentes a informar de la muerte por suicidio en estas circunstancias.

Al identificar la frecuencia de ideación suicida y los factores que predisponen a su presentación, se podrá diseñar estrategias para brindar apoyo psicológico para que los pacientes puedan afrontar su enfermedad de manera adecuada, y así lograr mejorar la calidad de vida ya venida a menos de estos pacientes

## **II. PLANTEAMIENTO TEORICO**

### **1. Problema de investigación**

#### **1.1. Enunciado del Problema**

¿Cuál es la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, 2012?

#### **1.2. Descripción del Problema**

##### **a) Área del conocimiento**

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Intento de suicidio

**b) Análisis de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Subindicador</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>Factores asociados a la ideación suicida</b>			
Factores clínicos	Tipo de cáncer	Útero, cérvix, recto, colon, mama, próstata, estómago, melanoma, etc.	Categórica nominal
	Tiempo de enfermedad	Meses	Numérica de razón
	Tipo de tratamiento para cáncer	Cirugía, quimioterapia, radioterapia.	Categórica nominal
Factores epidemiológicos	Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Categórica Nominal
	Edad	Fecha de nacimiento	Numérica continua
	Grado de Instrucción	Iletrado, primaria, secundaria, superior	Categórica ordinal
	Ocupación	Desempleado, su casa, independiente, estudiante, empleado, obrero	Categórica nominal
	Estado civil	Soltero, separado, casado, conviviente, viudo	Categórica nominal
Frecuencia de ideación suicida	Actitud hacia la vida / muerte		Categórica Nominal
	Pensamientos o deseos suicidas		
	Proyecto de intento de suicidio		
	Realización del intento proyectado		

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche durante el 2012?
3. ¿Cuáles son las características clínicas del cáncer en los atendidos en el Hospital Goyeneche durante el 2012?
4. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con cáncer que se asocian con ideación suicida atendidos en el Hospital Goyeneche?
5. ¿Cuáles son las características clínicas de pacientes con cáncer que se asocian con ideación suicida atendidos en el Hospital Goyeneche?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo transversal.

e) **Nivel de investigación:** es un estudio descriptivo.

**1.3. Justificación del problema**

El presente estudio busca conocer la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche durante el año 2012. Aunque existen estudios acerca del intento de suicidio en pacientes con cáncer, ninguno ha evaluado su ideación en pacientes con cáncer, por lo que la presente investigación es

**original.**

Tiene **relevancia científica**, ya que pone en relevancia la importancia de la salud mental como componente importante del estado de salud en pacientes con cáncer; tiene **relevancia práctica** ya que permitirá identificar los factores que influyen en la determinación del paciente para optar por el suicidio y así poder establecer estrategias de prevención. Tiene **relevancia social**, ya que el intento de suicidio es un problema de salud pública que puede afectar en mayor proporción a los pacientes con cáncer, que se incrementa en nuestro medio.

El estudio es **contemporáneo** ya que el intento de suicidio es un problema de salud pública permanente, y se convierte en algo serio en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer.

El estudio es **factible** de realizar por contar con pacientes admitidos en un servicio hospitalario.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la psiquiatría, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

## MARCO CONCEPTUAL

### 1.4. Suicidio

Es un acto de matarse en forma voluntaria y en el intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. Desde el punto de vista clínico, importa diferenciar los conceptos de suicidio consumado y de intento de suicidio, en el primer caso hay muerte del suicida y su estudio compete en primer lugar al médico legista. En el segundo caso en el que no se produce el óbito; el estudio compete, en primer lugar al psiquiatra aunque tiene trascendencia legal <sup>(14)</sup>

En el suicidio consumado suele tratarse de personas en las que la decisión de conseguir la muerte es mayor, el mecanismo empleado suele ser más eficaz y el margen terapéutico suele ser menor. También suele ser mayor el promedio de edad <sup>(9)</sup>.

#### 1.4.1. Conceptos Relacionados

El concepto de conducta suicida hace referencia a un continuum de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre ellas. Hay dificultades para llegar a un consenso en la definición; en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como criterios operativos de un suicidio: a) un acto con resultado letal; b) deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es un

---

<sup>14</sup> Perales A, Zambrano M, Vasquez-Caucedo G (Ed). Compendio de "Psiquiatría" Humberto Rotondo". Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. 1ra edición, 2008.

<sup>9</sup> Kaplan H (2008). Sinopsis de Psiquiatría. 8va edición.. Editorial Médica. Panamericana (España).

instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social <sup>(12)</sup>.

- A. **CONDUCTA SUICIDA**.- “Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos”.
- B. **IDEACION SUICIDA**.- Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.
- C. **INTENTO DE SUICIDIO**.- Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipuladora, y del cual se sobrevive.
- D. **SUICIDIO CONSUMADO**.- Acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse. <sup>(14)</sup>

#### 1.4.2. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en el mundo hay un suicidio cada 40 segundos y que al año un millón de personas se quita la vida en el planeta. Y la estadística va en aumento porque la OMS pronostica que para el 2020

---

<sup>12</sup> Clasificación Internacional de las Enfermedades. ICD-10.  
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

serán un millón y medio de casos anuales. En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad. Entre las personas mayores de 75 años son aproximadamente tres veces superiores a las de la población de 15 a 24 años. Sin embargo, las cifras absolutas más altas se registran mayoritariamente entre los menores de 45 años.

En la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad. En el mundo se producen una media de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino, proporción que también varía mucho entre los distintos países, desde apenas 1:1 en China a 10:1 en Puerto Rico.

Las tasas de suicidio también varían dentro de los países, entre las poblaciones urbanas y rurales y entre diferentes grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, es frecuente que las tasas de suicidio sean más elevadas en los pueblos indígenas que en el resto de la población de un país.

Sólo una minoría de quienes tienen tendencias suicidas llegan a quitarse la vida. Se calcula que, por término medio, se producen entre dos y tres Intentos de Suicidio por cada suicidio consumado entre los mayores de 65 años, mientras que, en la población menor de 25 años, la proporción entre actos suicidas no mortales y mortales puede llegar a ser de 100–200:1. Aproximadamente el 10% de las personas que intentan suicidarse termina por quitarse la vida, y una proporción mayor de ellos albergan pensamientos suicidas pero nunca intentan matarse. Por lo general, las mujeres tienen más pensamientos suicidas que los hombres <sup>(21)</sup>.

---

<sup>21</sup> WHO (2009). Suicide Prevention. Map of suicide rates. World Health Organization. [http://www.who.int/entity/mental\\_health/prevention/suicide/wspd\\_2009\\_statement.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/wspd_2009_statement.pdf).

El Ministerio de salud (MINSA) en el año 2000 reportó 228 suicidios consumados, de los cuales el 63% eran varones <sup>(11)</sup> . En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-HideyoNoguchi”, en lo referente a la prevalencia de vida de Pensamiento Suicida es de 30.3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de vida de Conductas Suicidas con referencia al Intento es 5.2% con predominio del sexo femenino <sup>(17)</sup> .

En el Perú en el año 2005 la cifra fue de 337 suicidios, se habían realizado 175 varones (72%) y 69 mujeres (28 %). Las edades fluctuaron entre los 18 a 33 años (50%) y los menores de 18 años (12%), el 62% eran solteros y el 72% residían en Lima. Con una ideación suicida en Lima de 30.4 y en los Andes 34.2%. Los motivos más frecuentes eran los conflictos de pareja (50%), y el desempleo (25%). Entre los métodos empleados el ahorcamiento era el más frecuente (45%), el envenenamiento (25%) y por arma de fuego (12%).

## **1.5. CÁNCER Y SUICIDIO.**

### **1.5.1. Aspectos generales del cáncer**

Según el Informe mundial sobre el cáncer, el análisis mundial de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra que los modos de vida saludables y las actuaciones de los

---

<sup>11</sup> MINSA (2004). Guía Práctica Clínica Conducta Suicida. Ministerio de salud. Estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz. MINSA.

<sup>17</sup> Vásquez F. y cols (2003). El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003. Programa de Prevención del Suicidio IESM H. Delgado-H. Noguchi, Lima. Perú.

gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo <sup>(22)</sup>.

De acuerdo a la O.M.S., en el mundo se producen anualmente 6 a 7 millones de casos nuevos de cáncer, destacando la elevada frecuencia de tumores de estómago, pulmón y colon en hombres. Si se consideran las tasas crudas de mortalidad anual de fines de los años ochenta, de 29 países desarrollados, mayoritariamente europeos, se advierte que el riesgo medio en los varones es de 221 por 100.000, oscilando entre 336 en Hungría y 127 en Israel. En este mismo grupo de países la mortalidad media de las mujeres fue de 181 por 100.000 (18 % inferior a la masculina). El mayor riesgo de los varones, equivalente a tasas superiores en 4.0 puntos por 100.000, deriva de la llamativa mayor frecuencia que tiene el cáncer pulmonar en el sexo masculino <sup>(21)</sup>.

En el mundo desarrollado las localizaciones que determinan mayor número de muertes corresponden al pulmón y la mama (24 países); las excepciones corresponden a E.E.U.U. y Canadá, con pulmón y colon, Japón y Rusia, con pulmón y estómago, y Portugal, cuyas cifras máximas corresponden al estómago.

En los países en desarrollo, las cifras oficiales de mortalidad por cáncer son una fracción de las registradas en países desarrollados. El hecho deriva de la combinación de menores riesgos reales, poblaciones demográficamente jóvenes y defectos en los diagnósticos y registros de los casos y muertes.

La frecuencia y las principales localizaciones de cáncer varían enormemente entre los diferentes países. Estas notorias diferencias derivan de la diversidad de estructura

---

<sup>22</sup> WHO. Datos descriptivos del cáncer. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html)

poblacional y de las peculiaridades que en cuanto a factores de riesgo de cáncer tiene cada país <sup>(22)</sup>.

### **1.5.2. La ideación suicida en pacientes con cáncer**

Algunos estudios indican que la incidencia de suicidio en los pacientes con cáncer puede ser similar a la de la población en general o hasta 2 a 10 veces más frecuente. Algunos estudios sugieren que, aunque relativamente pocos pacientes con cáncer cometen suicidio, ellos tienen un riesgo de suicidio mayor. Los pensamientos suicidas pasivos son relativamente comunes en pacientes con cáncer.

La relación entre la tendencia suicida y el deseo de una muerte apresurada, peticiones de suicidio bajo la asistencia del médico, y/o la eutanasia es compleja y poco comprendida. Los hombres con cáncer tienen claramente un riesgo mayor de cometer suicidio comparados con la población en general, con un riesgo relativo tan alto como 2.3. La sobredosis con analgésicos y sedantes es el método más común de suicidio en el paciente con cáncer, y la mayoría de los suicidios por cáncer ocurren en casa. Los informes identifican una mayor incidencia de suicidio en pacientes con cáncer oral, faríngeo y pulmonar, y en pacientes con VIH positivo con el sarcoma de Kaposi. La incidencia real de suicidio en pacientes con cáncer probablemente se subestima, especialmente porque las familias pueden ser renuentes a informar de la muerte por suicidio en estas circunstancias.

### **1.5.3. Etiología/Fisiopatología**

Los siguientes son los factores de riesgo de suicidio en la población con cáncer:

**a. Factores generales de riesgo**

- **Psicopatología preexistente:** En pacientes con historia previa de conductas autodestructivas, como trastorno de personalidad límite, alcoholismo y abuso de sustancias, aumenta drásticamente el riesgo de suicidio. Las enfermedades mentales mayores (fundamentalmente la psicosis), también incrementan este riesgo.
- Historia de suicidio en la familia
- Historia de intentos de suicidio
- Depresión
- Abuso de drogas
- Muerte reciente de un amigo o cónyuge
- Falta de apoyo social

**b. Factores de riesgo específicos de pacientes con cáncer**<sup>10((18))</sup>:

- a) **Enfermedad avanzada, mal pronóstico:** Según Breitbart, el 86% de los suicidios en pacientes con cáncer ocurrirían en los estados avanzados de la enfermedad. Generalmente, el mal pronóstico y la enfermedad avanzada van unidos. Los pacientes con enfermedad terminal tienen más riesgo de suicidio porque tienen más complicaciones de la enfermedad como dolor, depresión, delirium y síntomas deficitarios.

---

<sup>18</sup> VÁSQUEZ F. Y cols. (2005). El perfil del intentador de suicidio atendido en el IESM H. Delgado-H. Noguchi 2003, Rev de Neuro-Psiquiat 2005; 68 (1-2) 67-82. Lima-Perú.

- b) **Dolor incontrolado:** La mayoría de suicidios son en aquellos pacientes con dolor severo, a menudo controlado inadecuadamente o mal tolerado. Generalmente se asocia a alteraciones psicológicas y del estado de ánimo. Los pacientes con dolor tienen dos veces más complicaciones psíquicas (depresión o ansiedad) que los que no tienen. El dolor empeora la calidad de vida y la sensación de control. De aquí la importancia de tratarlo adecuadamente.
- c) **Depresión. Desesperanza:** los trastornos depresivos, incluyendo los trastornos adaptativos con ánimo deprimido, afectan al 50% de todos los pacientes que cometen suicidio, los que sufren depresión tienen 25 veces más riesgo de suicidio que la población general. Aproximadamente el 25% de los pacientes con cáncer experimentan severos síntomas depresivos y el 6% cumplen criterios DSM-III-R de depresión mayor. Los cuadros depresivos en el cáncer se correlacionan con la influencia fisiológica de la enfermedad sobre el estado de ánimo, la acción de los tratamientos médicos utilizados o las limitaciones psicosociales derivadas de la propia enfermedad. En los que sufren enfermedad avanzada con progresivo impedimento físico, los síntomas de depresión severa afectan al 77%. Los síntomas más valiosos en pacientes con cáncer para diagnosticar la depresión son: severidad de humor disfórico, grado de desesperanza, sentimientos de culpabilidad o incapacidad e ideas suicidas. La detección y tratamiento de la depresión es crucial, ya que interfiere en la calidad de vida, empeora los síntomas físicos, aumenta el tiempo de ingreso, puede disminuir la motivación y colaboración al tratamiento, y producir una distorsión cognitiva acerca del tratamiento y pronóstico.

- d) **Delirium. Desinhibición:** la prevalencia de delirium entre pacientes con cáncer es de 25-40% y aumenta al 85% en estadios terminales de la enfermedad.
- e) **Pérdida de control. Sentimientos de desamparo:** Algunos estudios han demostrado que el suicidio es más frecuente en aquellas personas que tienen la necesidad de controlar todo lo referente a su cuidado y enfermedad, que en aquéllos que aceptan y se adaptan a la situación. Parece que es más estresante la sensación de pérdida de control de la mente, fundamentalmente cuando están sedados o confusos por la medicación, que la sensación de pérdida de control física por el debilitamiento.
- f) **Fatiga. Extenuamiento:** El cáncer es una enfermedad crónica. El aumento de la supervivencia incrementa el número de ingresos, las complicaciones, etc., y esto aumenta el cansancio del paciente ante su situación y, por tanto, el riesgo de suicidio.

Una fase muy importante es la final, el paciente puede sentirse más solo y abandonado en estas circunstancias.

- g) **Otros factores de riesgo:**
- Cáncer oral, faríngeo y pulmonar (frecuentemente relacionado con el uso excesivo de alcohol y de tabaco)
  - Etapa avanzada de la enfermedad y pronóstico precario
  - Dolor controlado inadecuadamente
  - Presencia de síntomas deficitarios:
    - Pérdida de movilidad

- Pérdida de control del intestino y de la vejiga
- Amputación
- Pérdida sensorial
- Paraplejía
- Inhabilidad para comer y deglutir

#### **1.5.4. Manejo de los pacientes suicidas**

Según Vargas-Mendoza J.E.<sup>(16)</sup> los pacientes con tendencias suicidas requieren de una evaluación cuidadosa para determinar si la causa subyacente es una enfermedad depresiva o una expresión del deseo de tener el control último sobre síntomas intolerables. La pronta identificación y tratamiento de una depresión grave son esenciales para reducir el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer.

Los factores de riesgo, especialmente la desesperación (la cual es un factor de predicción todavía más fuerte que la depresión), deberán ser evaluados cuidadosamente. La determinación de desesperanza no es tan clara en el paciente con enfermedad avanzada sin esperanza de curación. Es importante evaluar las razones subyacentes de la desesperación que pueden estar relacionadas con el temor de una muerte dolorosa, con un control deficiente de los síntomas o con sentimientos de desamparo.

---

<sup>16</sup> VARGAS-MENDOZA, J.E (2010). Evaluación de la ideación suicida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen4, Número1, Pág.19-23.

El establecimiento de una relación es de importancia capital para trabajar con pacientes con cáncer con tendencias suicidas pues sirve como fundamento para otras intervenciones. El profesional clínico tiene que creer que el hecho de hablar sobre suicidio no va a causar que el paciente intente el suicidio. Al contrario, hablar del suicidio hace legítima esta preocupación y permite a los pacientes que describan sus sentimientos y temores, proporcionándoles un sentido de control. Deberá mantenerse una relación terapéutica de apoyo, la cual refleja la actitud de que se pueden hacer muchas cosas para aliviar el dolor emocional y físico.

Deberá iniciarse una estrategia psicoterapéutica orientada hacia la intervención en la crisis que ponga en movimiento lo más que se pueda del sistema de apoyo del paciente. Los síntomas que contribuyen, (p. ej., el dolor), deberán ser controlados agresivamente y se deberán tratar la depresión, la psicosis, agitación y las causas subyacentes del delirio. Estos pacientes se tratan más frecuentemente en el hospital médico o en casa; sin embargo, la hospitalización psiquiátrica, aunque rara, puede ser útil cuando hay una indicación clara para ella y el paciente es médicamente estable.

En práctica clínica, lo más importante del manejo de pacientes suicidas es prevenir el suicidio que es llevado por desesperación debido a síntomas malamente controlados. Esto lleva frecuentemente a pensamientos suicidas o a peticiones para que se les ayude a morir. Tales pacientes podrían requerir sedación para aliviar su aflicción. El asunto de sedación en pacientes enfermos en fase terminal es controvertido, pero se está convirtiendo en una práctica más aceptada, especialmente en un entorno hospitalario. La meta en el trato de los pacientes con tendencias suicidas es tratar de prevenir el suicidio que es impulsado por desesperación debido a síntomas pobremente controlados. El sufrimiento prolongado debido a síntomas controlados precariamente

puede llevar a tal desesperación. Así pues, el control efectivo de los síntomas es crítico para reducir la aflicción psicológica en los pacientes con cáncer que tienen tendencias suicidas <sup>(17)</sup> .

Algunas consideraciones adicionales:

- Usar medicamentos que actúan rápidamente para aliviar la aflicción (p. ej., una benzodiazepina para la ansiedad o un estimulante para la fatiga) mientras se esperan los efectos clínicos de la terapia antidepresiva.
- Limitar las cantidades de medicamentos que son letales en sobredosis.
- Mantener un contacto frecuente y supervisar de cerca al paciente.
- Evitar que el paciente tenga que pasar largos períodos de tiempo solo.
- Buscar apoyo para el paciente.
- Evaluar cuidadosamente las respuestas psicológicas del paciente en cada punto de la crisis en la trayectoria del cáncer.

Cuando se racionan las dosis de medicamentos al paciente, (especialmente aquellos medicamentos en que las sobredosis son letales) el salubrista debe siempre tomar en cuenta el efecto que tal limitación va a tener en el manejo de los síntomas. Por ejemplo, una titulación rápida de la dosis en el tratamiento de síntomas angustiantes, podría llegar a ser difícil o imposible si las cantidades de fármacos están limitadas.

---

<sup>17</sup> VÁSQUEZ F. y cols (2003). El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003. Programa de Prevención del Suicidio IESM H.Delgado-H.Noguchi,Lima.Perú.

El tratamiento de los síntomas y el dolor, no deben ser sacrificados sencillamente en aras de evitar la posibilidad de que el paciente cuente con los medios de suicidarse. Estos cuentan frecuentemente con otros medios si su intención es llevarlo a cabo. Un tratamiento inadecuado del dolor así como los síntomas, podría en todo caso empeorar el riesgo de suicidio del paciente en cuestión.

No obstante, la necesidad de tratar el riesgo de suicidio, requiere de un enfoque razonable al problema del acceso a dosis letales de fármacos tanto del paciente como su familia. La solución más efectiva a este dilema clínico, consiste en mantenerse en contacto y evaluar periódicamente al paciente, porque solamente así se podrá evaluar el éxito o fracaso del tratamiento de los síntomas. Una administración regular del medicamento con duración limitada, quizás a través de parches transdérmicos, pudiera ser el enfoque más apropiado a este problema. Cualquier cambio necesario en el tratamiento puede ser llevado a cabo rápida y efectivamente, sin tener de una manera necesaria, que proveer al paciente o a sus familiares con una gran cantidad de medicamentos letales a la vez. Existen diversos instrumentos de infusión de uso domiciliario u hospitalario que limitan el acceso del paciente a los medicamentos. Estos consisten en bombas programadas portátiles que cuentan con la opción de un programa codificado para limitar el acceso, y un cartucho inaccesible, herméticamente cerrado que contiene el medicamento.

La utilidad de la administración de medicamentos intravenosos al paciente externo con cáncer ha sido documentada, así también como la administración epidural. Algunos de estos instrumentos tienen la capacidad de ser programados por vía telefónica a través de la telemetría. Estos instrumentos se encuentran frecuentemente disponibles en las agencias de cuidados domiciliarios. El costo de estos instrumentos

es muchas veces prohibitivo al paciente. Las personas deben consultar con sus compañías de seguros así como las agencias encargadas del cuidado de salud, para determinar el monto de los gastos en que podrían incurrir así como la cantidad (si acaso) que cubriría el seguro.

Las consideraciones generales en el manejo de la conducta suicida serían las siguientes<sup>(11)</sup> :

- Preguntar más de una vez por ideas suicidas
- No minimizar , ridiculizar, menospreciar o desafiar
- La negación completa de ideas suicidas, no lleva a sospecha
- El mejor factor de predicción de un futuro intento es el antecedente previo
- Debe de haber disponibilidad permanente por parte del profesional
- Evitar prescripción de cantidades elevadas de fármacos
- No prometer confidencialidad que no se pueda cumplir
- Descripción detallada de planes accesibilidad, letalidad del método, precauciones como hospitalizar.

---

<sup>(11)</sup>MINSA (2004). Guía Práctica Clínica Conducta Suicida. Ministerio de salud. Estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz. MINSA.

## 2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### *A nivel local*

#### 2.1. Autor: Fuentes Fuentes Melva

**Título:** Depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer. Hospital Goyeneche de Arequipa 2009

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2009.

**Resumen:** Se evaluó la depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer. Hospital Goyeneche de Arequipa en el 2009. Evaluó 120 pacientes, encontrando depresión en el 86,6%, sobre todo moderada. La ideación suicida se presentó en 30% de pacientes. El grupo más afectado fue el femenino (70%). La depresión se presenta con mayor frecuencia en solteros, analfabetos. La ideación suicida se relaciona directamente con la depresión.

#### 2.2. Autor: Tejada Guillén R

**Título:** Prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer.

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2005.

**Resumen:** Se evaluó la prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer en pacientes atendidos en hospitales MINSA y de EsSalud en el 2004, aplicando la escala de Hamilton a una muestra de 208 pacientes. Se encontró depresión en 71,2% de pacientes, siendo leve en 38,9%, moderada en 18,35 y grave en 13,9%. No hubo relación con el género, y los pacientes con educación primaria, desempleados, técnicos, convivientes o divorciados, pacientes en estadio IV, el

cáncer de piel, óseo, hígado, estómago, páncreas, cerebro y leucemia mostraron mayor depresión, y la edad de 52 años fue la que presentó más depresión.

### *A nivel nacional*

**2.3. Autor:** Rubén Valle; Miguel Zúñiga, Carolina Tuzet, Carmen Martínez, Jesús De la Jara, Rolig Aliaga, Álvaro Whitembury

**Título:** Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama

**Fuente:** Servicio de Oncología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

**Resumen:** Las pacientes con cáncer de mama tienden a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, principalmente depresión. Una manera de evaluar cómo las pacientes llevan su enfermedad es a través de la calidad de vida. Objetivos: Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y calidad de vida y sus asociaciones con el tiempo desde el diagnóstico y el estado menopáusico. Diseño: Estudio analítico, observacional y transversal. Lugar: Servicio de Oncología del Hospital Arzobispo Loayza. Participantes: Mujeres con diagnóstico clínico e histológico de cáncer de mama que acudieron para tratamiento con quimioterapia. Intervenciones: Se utilizó el inventario de depresión de Beck, la escala de calidad de vida de Mezzich y Cohen y un cuestionario demográfico. El análisis fue realizado con la prueba exacta de Fisher, t de student y regresión lineal. Principales medidas de resultados: Sintomatología depresiva, calidad de vida. Resultados: Se encuestó 24 pacientes, encontrándose una prevalencia de 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida. No se halló asociación significativa de

sintomatología depresiva y nivel de calidad de vida con alguno de los factores asociados, excepto en la relación de este último con el grado de instrucción de la paciente, con un OR de 11,2 ( $p= 0,047$ , IC 95% 0,99 a 125,6). Conclusiones: Se encontró una prevalencia de 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida. El tiempo desde el diagnóstico y estado menopáusico no tuvieron una asociación significativa con la sintomatología depresiva y la calidad de vida. El único factor asociado significativamente con la calidad de vida fue el grado de instrucción.

**2.4. Autor:** Adolfo Edgar Mamani Cabana

**Título:** Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cancer de mama

**Fuente:** Nuevos Paradigmas: Lima (Perú) Año 4, No. 1, En. / Jun. 2010 pag. 129 a 146

**Resumen:** En el estudio se evaluó la relación y diferenciación del funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La muestra fue de 130 pacientes con cáncer de mama todas mujeres seleccionadas en el servicio de Oncología, Ginecología y Mamaria, posteriormente se dividió en dos grupos: el primer grupo estuvo conformada por 61 pacientes que han sido intervenidas en cirugía de conservación de mama, y el segundo grupo por 69 pacientes que han sido intervenidas en cirugía radical de mama, sus edades fluctuaban entre 30 a 83 años, todas fueron seleccionadas de acuerdo al

diagnóstico y criterios internos-externos de la investigación. En las características de la muestra se observa que la edad modal de las pacientes con cirugía de conservación se encuentra en el intervalo de 60-67 años; en tanto que en las pacientes con cirugía radical la edad modal está en el intervalo 40-59 años. Asimismo el estado civil que predomina en ambos grupos de pacientes con cáncer de mama, es el de casada, con un nivel socio económico medio, con un grado de instrucción superior completo siendo los educadores más proclives a la enfermedad, a la vez el impacto más frecuente es el diagnóstico, y sus preocupaciones más comunes es su familia y su salud. El estudio es correlacional, comparativo, el tipo de diseño fue transversal; para la recolección de datos concernientes a las variables se utilizó el cuestionario Faces de funcionamiento familiar y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (Caepo). Las variables por su naturaleza fueron tratadas como categóricas empleándose para el análisis estadístico frecuencias, porcentajes y, fundamentalmente, la estadística no paramétrica mediante la prueba Chi cuadrado y el coeficiente V de Cramer. Los resultados indican una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia según su grado de adaptabilidad –tipo de familia flexible– y el afrontamiento, mayoritariamente positivo, en el grupo de pacientes que fueron sometidas a una cirugía radical de mama.

### *A nivel internacional*

#### **2.5. Autor:** Vargas-Mendoza J

**Título:** Evaluación de la ideación suicida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia.

**Fuente:** Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 4, Número 1, Pág. 19-23,2010

**Resumen:** Se evaluó la ideación suicida en pacientes con cáncer sometidos a la quimioterapia en México en el año 2010. Entrevisto a 10 pacientes diagnosticados con cáncer y sometidos a quimioterapia se les aplicó la Escala de Ideación Suicida SSI para evaluar este aspecto emocional y determinar cuántos de ellos lo presentaban. Los datos nos mostraron que un 20% de esta población tenía una ideación suicida y que esta era predominante en los pacientes masculinos. Se concluyó con la sugerencia de un programa de intervención psicológica en apoyo de estos pacientes y sus familiares, así como con la configuración de un Equipo multidisciplinario que incluyera a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales de la especialidad oncológica.

#### **2.6. Autor:** Escallón Rodríguez, Diana María; Preciado Duarte, Nidia

**Título:** Prevalencia de ideación suicida y factores de riesgo para el suicidio en pacientes adultos con cáncer Escallón Rodríguez, Diana María

**Fuente:** Universidad Colegio Mayor del Rosario

**Resumen:** En la revisión literaria desarrollada por la investigadora principal y el doctor Juan Gabriel Ocampo acerca del conocimiento actual del suicidio en

pacientes oncológicos y que sirvió como base para la presente investigación, se encontró que si bien los pacientes con cáncer pueden desarrollar estrategias adecuadas de afrontamiento, también puede surgir en ellos, el deseo de morir como vía de escape para evitar el sufrimiento. Adicionalmente se identificó que en la actualidad no existen muchas investigaciones sobre el tema, por lo que surge la necesidad de desarrollar este estudio de tipo descriptivo exploratorio. La investigación se realizó en una clínica de tercer nivel en la ciudad de Bogotá-Colombia, especializada en población oncológica, con pacientes entre los 18 y 65 años, diagnosticados con cáncer y que asistían a la clínica al servicio de consulta externa, hospitalización o quimioterapia; lo anterior con el objetivo de establecer la prevalencia de ideación suicida e identificar los factores asociados a la misma en pacientes adultos con cáncer. La evaluación se realizó mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación de los cuestionarios BHS, SSI y BDI-IA. Los resultados señalaron un bajo grado de ideación suicida en la población oncológica entrevistada y diversas asociaciones entre la ideación suicida y factores como depresión, desesperanza, dolor y fatiga. Igualmente se discuten asociaciones y datos relevantes que demuestran una necesidad real de la población oncológica de recibir atención psicológica, ya que presentan un importante grado de malestar psicológico que puede estar siendo descuidado.

**2.7. Autor:** Jorge Maté Méndez, J. González Barboteo, María Filomena Ibáñez Solaz, Koldo Martínez Urionabarrenetxea, Albert Tuca

**Título:** Ideación autolítica al final de la vida en pacientes oncológicos paliativos  
: a propósito de un caso

**Fuente:** Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, ISSN 1696-7240, Vol. 5, N°. 2-3, 2008, págs. 339-358

**Resumen:** La enfermedad oncológica avanzada produce en los enfermos una serie de síntomas frecuentemente invalidantes y molestos que pueden provocar gran malestar psicológico tanto en el paciente como en la familia. En este contexto, incluso a pesar de un aceptable control sintomático, los pacientes pueden presentar ideación autolítica. Esta situación es de gran complejidad y de difícil manejo tanto para la familia como para el equipo sanitario asistencial, donde cuestiones éticas, morales, espirituales-religiosas y legales confluyen. Los aspectos referidos pueden ser complementarios pero otros no, pudiendo, de esta manera, quebrantar el principio de autonomía del paciente en la medida que los deseos personales del mismo pueden comprometer el plan de actuación del equipo sanitario que le atiende. En este artículo, se expone la experiencia vivida en nuestro servicio ante un paciente con ideas francas de suicidio y las actuaciones que se llevaron a cabo, así como las reflexiones que esta situación generó. Finalmente, se proponen algunas recomendaciones consensuadas con juristas y expertos en Bioética.

### 3. Objetivos.

#### 3.1. General

Establecer la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, 2012.

#### 3.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de ideación suicida en pacientes con cáncer atendidos

en el Hospital Goyeneche.

- 2) Describir las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche durante el 2012.
- 3) Describir las características clínicas del cáncer en los pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche durante el 2012.
- 4) Identificar los factores epidemiológicos de pacientes con cáncer que se asocian con ideación suicida en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche 2012.
- 5) Identificar los factores clínicos de pacientes con cáncer que se asocian con ideación suicida en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche 2012.

#### **4. Hipótesis**

Es probable que existan factores epidemiológicos y factores dependientes de la enfermedad oncológica influyan en la ideación suicida en pacientes con cáncer.

### **III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), que contendrá la escala de ideación suicida de Beck (Anexo 2).

**Materiales:**

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

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Instrumento</b>
Factores clínicos	Tipo de cáncer	Revisión documentaria	Ficha de datos
	Tiempo de enfermedad	Revisión documentaria	Ficha de datos
	Tipo de tratamiento para cáncer	Revisión documentaria	Ficha de datos
Factores epidemiológicos	Sexo	Observación directa	Ficha de datos
	Edad	Observación directa	Ficha de datos
	Grado de Instrucción	Observación directa	Ficha de datos
	Ocupación	Observación directa	Ficha de datos
	Estado civil	Observación directa	Ficha de datos
Frecuencia de ideación suicida	Puntaje en test SSI de Beck	Encuesta	Test SSI de Beck

## 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el año 2012.

**2.3. Unidades de estudio:** pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

**2.4. Población:** Totalidad de pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo de estudio. Se atiende en promedio un total de 200 pacientes con cáncer nuevos al mes en el servicio.

**Muestra:** se estudió una muestra de 200 pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

### Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
  - Pacientes mayores de 18 años.
  - Diagnóstico de cáncer al menos en las 6 semanas previas
  - Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con patología psiquiátrica previa
- Pacientes con trastornos del sensorio.

### **3. Estrategia de Recolección de datos**

#### **3.1. Organización**

Se realizarán las coordinaciones con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del Servicio de Oncología para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactará a los pacientes con diagnóstico de cáncer que acudan a consulta externa para sus controles o de aquellos hospitalizados, y se seleccionará una muestra entre los que cumplan los criterios de selección. Se explicará el motivo del estudio y se solicitará su participación voluntaria. La autora aplicará un cuestionario para recoger variables relacionadas al paciente (Anexo 1), y el psiquiatra tutor de la investigación aplicará la escala de ideación suicida de Beck (anexo 2).

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

#### **3.2. Instrumento**

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 abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols.,1979). 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. Consta de tres partes bien diferenciadas: Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8); Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15); Otros aspectos (ítems 16 a 20). 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. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).

La prueba tiene una consistencia interna alta (alfa de Cronbach = 0,89), y una elevada fiabilidad interobservador ( $r = 0,83$ ).<sup>(3)</sup>

---

<sup>3</sup> Comeche M, Diaz M, Vallejo M, Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; 194-204

La escala ha sido adaptada y validada en estudiantes de San Juan de Pasto, demostrando una adecuada validez factorial y una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.83)

(20).

### 3.3. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, 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

### 3.4. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación del anexo 1 por tratarse de una ficha de recolección de datos. La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB; Anexo 2) es una escala ampliamente validada para su uso en entorno clínico.

---

<sup>20</sup> Villalobos-Galvis, F. (2006). Validación de instrumentos de evaluación psicológica en estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto. Universidad de Nariño.

### 3.5. Criterios para manejo de resultados

**a) Plan de Procesamiento:**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

**b) Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

**c) Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

**d) Plan de Recuento.**

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

**e) 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. Para el análisis de datos se empleará la hoja

de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.

#### IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Julio 12				Ago-Nov 12				Dic 12			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica		■	■									
3. Aprobación del proyecto			■	■								
4. Ejecución					■	■	■	■				
5. Análisis e interpretación									■	■		
6. Informe final										■		

**Fecha de inicio:** 01 de Julio 2012

**Fecha de término:** 15 de Diciembre 2012

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Baca Quispe R. (1999) Síntomas psicopatológicos y eutanasia en pacientes oncológicos hospitalizados. Hospital Goyeneche, 1998. Tesis para optar el grado académico de Bachiller en Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín.
- 2) Bobes García J, Paz G. Portilla (2002). Banco de instrumentos básicos para la Práctica de la psiquiatría clínica 2da Edición [http://dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogo-dependencia/informes/Banco\\_de\\_Instrumentos\\_Basicos\\_para\\_la\\_Practica\\_de\\_la\\_Psiquiatria\\_Clinica.pdf](http://dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogo-dependencia/informes/Banco_de_Instrumentos_Basicos_para_la_Practica_de_la_Psiquiatria_Clinica.pdf)
- 3) Comeche M, Diaz M, Vallejo M, Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; 194-204
- 4) Figueroa Choque M (2011) Frecuencia en el intento de suicidio según las etapas del desarrollo psicosocial del adolescente del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2010. Tesis para Optar el Título Profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
- 5) Fuentes Fuentes M (2009). Depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer. Hospital Goyeneche de Arequipa. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín.

- 6) [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/50\\_evaluacion\\_ideacion\\_suicida\\_pacientes\\_cancer.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/50_evaluacion_ideacion_suicida_pacientes_cancer.pdf)
- 7) Instituto Nacional del Cáncer. Evaluación y tratamiento de pacientes suicidas con cáncer. Septiembre del 2011. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/.../page5>
- 8) Instituto Nacional del Cáncer. Riesgo de suicidio en pacientes de cáncer. Actualizado: 5 de julio de 2011. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/HealthProfessional/page4>
- 9) Kaplan H (2008). Sinopsis de Psiquiatría. 8va edición.. Editorial Médica. Panamericana (España).
- 10) Martínez Pascual (2005). Suicidio en pacientes con cáncer. U.S.M. Las Palmas. Gran Canaria. Psiquiatría Pública. Vol. 10. Núm. 4. Julio-Agosto 2005. <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/resena1.pdf>
- 11) MINSA (2004). Guía Práctica Clínica Conducta Suicida. Ministerio de salud. Estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz. MINSA.
- 12) OMS. Clasificación Internacional de las Enfermedades. ICD-10. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- 13) Palacios-Espinosa X, Ocampo-Palacio J (2011). Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. Revista Ciencias de la Salud, Vol9,No2. <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/1688>

- 14) Perales A, Zambrano M, Vasquez-Caucedo G (Ed). Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. 1ra edición, 2008.
- 15) Tejada Guillén R (2005). Prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín.
- 16) Vargas-Mendoza, J.E (2010). Evaluación de la ideación suicida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 4, Número 1, Pág. 19-23.  
[http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/50\\_evaluacion\\_ideacion\\_suicida\\_pacientes\\_cancer.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/50_evaluacion_ideacion_suicida_pacientes_cancer.pdf)
- 17) Vásquez F. y cols (2003). El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003. Programa de Prevención del Suicidio IESM H. Delgado-H. Noguchi, Lima. Perú.
- 18) Vásquez F. Y cols. (2005). El perfil del intentador de suicidio atendido en el IESM H. Delgado-H. Noguchi 2003, Rev de Neuro-Psiquiat 2005; 68 (1-2) 67-82. Lima-Perú.
- 19) Vásquez F. y cols. (2006). Análisis de la conducta suicida en el Perú año 2004. Rev Española, Ed. Especial Centenario JJ López Ibor, Abril 2006, España.
- 20) Villalobos-Galvis, F. (2006). Validación de instrumentos de evaluación psicológica en estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto. Universidad de Nariño.

21) WHO (2009). Suicide Prevention. Map of suicide rates. World Health Organization.

[www.who.int/entity/mental\\_health/prevention/suicide/wspd\\_2009\\_statement.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/wspd_2009_statement.pdf).

22) WHO. Datos descriptivos del cáncer.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>



## Anexo 2: Ficha de recolección de datos

### Características personales

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Varón

Mujer

Grado de instrucción:    Iletrado     primaria     secundaria     superior

Ocupación:    Desocupado     estudiante     su casa   
                  obrero     empleado     independiente     jubilado

Estado civil:    Soltero     casado     conviviente     separado     viudo

### Tipo de cáncer:

Cáncer digestivo  \_\_\_\_\_

Cá. Hematológico  \_\_\_\_\_

Ca. Partes blandas  \_\_\_\_\_

Ca. Osteomuscular  \_\_\_\_\_

Otro:  \_\_\_\_\_

Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_ Meses

Tratamiento:    Cirugía     radioterapia     quimioterapia

Observaciones: .....

.....

.....

.....

### Anexo 3

#### Escala de ideación suicida de Beck

##### 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. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación real. ( )

- 0. Ninguna.
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa.

17. Nota Suicida. ( )

- 0. Ninguna.
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
- 2. Escrita.
- Terminada.

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ( )

- 0. No.
- 1. Sólo pensados, arreglos parciales..
- 2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ( )

- 0. Revela las ideas abiertamente.
- 1. Revela las ideas con reservas.
- 2. Encubre, engaña, miente.

20. Intento de suicidio Anteriores. ( )

- 0. No.
- 1. Uno.
- 2. Más de uno



**Anexo 4**

**Matriz de sistematización de datos**

N°	Edad	Cat edad	Sexo	Instrucc	Occupacion	Civil	Cancer	T_Enf_mes	Tx_Cx	Tx_Rx	Tx_Qt	Act1	Act2	Act3	Act4	Act5	Pens6	Pens7	Pens8	Pens9	Pens10	Pens11	Int12	Int13	Int14	Int15	Actu16	Actu17	Actu18	Actu19	Ant20	Actitudes	Pensamientos/Intento	Actualizacion	Total	categoria								
16	49	40-49	Fem	Secundaria	Empleado	Soltero	Uterero	12	x	-	-	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	Con Ideación					
30	60	60-69	Mas	Secundaria	Independiente Conviviente	Viudo	Riñón	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	0	4	Con Ideación					
66	49	40-49	Fem	Secundaria	Empleado	Soltero	Uterero	12	x	-	-	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Con Ideación				
87	62	60-69	Mas	Secundaria	Independiente Conviviente	Viudo	Riñón	3	-	-	-	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Con Ideación				
114	60	60-69	Mas	Secundaria	Independiente Conviviente	Viudo	Riñón	3	-	-	-	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Con Ideación				
145	49	40-49	Fem	Superior	Empleado	Soltero	Uterero	12	x	-	-	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Con Ideación				
25	72	70-79	Fem	Primaria	Independiente Viudo	Viudo	Ovario	9	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Con Ideación			
75	72	70-79	Fem	Primaria	Independiente Viudo	Ovario	Ovario	9	-	-	-	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Con Ideación			
200	63	60-69	Fem	Primaria	Independiente Viudo	Ovario	Ovario	9	-	-	-	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Con Ideación		
48	24	20-29	Fem	Secundaria	Su casa	Soltero	Metastasis	3	-	-	-	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Con Ideación		
96	24	20-29	Fem	Secundaria	Su casa	Soltero	Metastasis	3	-	-	-	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Con Ideación		
107	24	20-29	Fem	Secundaria	Su casa	Soltero	Metastasis	3	-	-	-	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Con Ideación		
112	24	20-29	Fem	Secundaria	Su casa	Soltero	Metastasis	3	-	-	-	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Con Ideación		
97	25	20-29	Mas	Secundaria	Estudiante	Casado	Osteosarcom	1	x	-	-	0	0	0	0	0	2	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	Con Ideación		
109	40	40-49	Fem	Superior	Independiente Conviviente	Conviviente	Recto	7	x	-	-	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	Con Ideación		
13	81	80-89	Fem	litrado	Independiente Viudo	Viudo	Recto	36	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Con Ideación		
115	81	80-89	Fem	litrado	Independiente Viudo	Viudo	Recto	36	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Con Ideación	
137	56	50-59	Mas	Secundaria	Independiente Casado	Casado	Próstata	24	-	-	-	1	1	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Con Ideación		
198	81	80-89	Fem	litrado	Independiente Viudo	Viudo	Recto	36	-	-	-	1	1	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Con Ideación		
23	59	50-59	Fem	Secundaria	Independiente Viudo	Viudo	Osteosarcom	18	x	-	-	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación		
30	36	30-39	Fem	Secundaria	Independiente Conviviente	Conviviente	Uterero	96	-	-	-	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación		
49	21	20-29	Fem	Secundaria	Desempleado Soltero	Soltero	Tumor de Wili	1	x	-	-	0	1	1	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación		
64	64	60-69	Fem	Primaria	Independiente Casado	Casado	Recto	2	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
73	59	50-59	Fem	Secundaria	Independiente Viudo	Viudo	Osteosarcom	18	x	-	-	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
116	64	60-69	Fem	Primaria	Independiente Casado	Casado	Recto	2	-	-	-	1	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
118	64	60-69	Fem	Secundaria	Independiente Casado	Casado	Recto	2	-	-	-	1	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
120	54	50-59	Mas	Secundaria	Independiente Casado	Casado	Sarcoma	12	x	-	-	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
165	59	50-59	Fem	Secundaria	Independiente Viudo	Viudo	Osteosarcom	18	x	-	-	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
170	25	20-29	Mas	Secundaria	Empleado	Casado	Melanoma	1	x	-	-	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
174	67	60-69	Fem	Primaria	Independiente Casado	Casado	Recto	2	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
180	68	60-69	Fem	Primaria	Independiente Casado	Casado	Recto	2	-	-	-	1	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
185	59	50-59	Fem	Secundaria	Independiente Viudo	Viudo	Osteosarcom	18	x	-	-	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación	
190	25	20-29	Mas	Secundaria	Estudiante	Casado	Osteosarcom	1	x	-	-	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Con Ideación
11	64	60-69	Fem	litrado	Independiente Conviviente	Conviviente	Uterero	12	-	-	-	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	Con Ideación	
29	65	60-69	Fem	litrado	Independiente Viudo	Viudo	Linfoma No H	72	-	-	-	1	1	1	2	1	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	Con Ideación	
62	64	60-69	Fem	litrado	Independiente Conviviente	Conviviente	Uterero	12	-	-	-	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	Con Ideación	
79	60	60-69	Mas	Secundaria	Independiente Casado	Casado	Linfoma No H	72	-	-	-	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	Con Ideación	
130	64	60-69	Fem	litrado	Independiente Conviviente	Conviviente	Uterero	12	-	-	-	1	1	1																														

