

## ***Ideación Suicida en pacientes con cáncer de mama estadíos III-IV, Chiclayo***

### ***Suicidal Ideation in patients with breast cancer stage III-IV, Chiclayo***

***Laura Fiorela De La Rosa Quiñones<sup>1</sup>***  
***Daniela del Carmen Domínguez Castañeda<sup>2</sup>***  
***Marilia Sibebe Cortez Vidal<sup>3</sup>***

#### **RESUMEN**

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

#### **PALABRAS CLAVE**

Beck, cáncer de mama, diagnóstico, ideación suicida, mujeres

#### **ABSTRACT**

We sought to determine the levels of suicidal ideation, according to dimension and describe psychosocial aspects (N = 75) patients, 18 to 75 years with breast cancer,

- 
- 1 Licenciada en Psicología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Código postal: Chic 01. Correo electrónico: lauradelarosaq@gmail.com
  - 2 Licenciada en Psicología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Estudiante del Programa de Maestría en Psicología Educativa. Código postal: Chic 01. Correo electrónico: ddominguezc.psicologa@outlook.com
  - 3 3Doctora en Psicología, Universidad César Vallejo. Terapeuta Gestalt, Instituto Gestalt de Lima. Coordinadora de investigación y docente de la Escuela de Psicología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Dirección postal: Av. San Josemaría Escrivá de Balaguer N° 855, Chiclayo, Lambayeque, Perú. Correo electrónico: mcortez@usat.edu.pe; masi\_covi@hotmail.com

stages III - IV, state hospital, Chiclayo, August to December, 2016. Non-experimental research, descriptive. Scale used, Beck Suicide Ideation. Low levels were obtained in attitude towards life / death, project of suicidal attempt, hopelessness and suicidal thoughts / desires. The majority were married, housewife and patient in stage III; diagnostic time of 7 to 12 months; importance to religion, more frequent, catholic. They rated, pain level as intense; receive emotional and economic support, mainly from the family. Low level of suicidal ideation.

## KEYWORDS

Beck, breast cancer, diagnostic, suicidal ideation, women.

## RESUMO

Procurou-se determinar os níveis de ideação suicida e descrever os aspectos psicossociais (N = 75) pacientes, 18 a 75 anos com câncer de mama, etapas III-IV, hospital estadual, Chiclayo, agosto a dezembro de 2016. Pesquisa não experimental, descritivo. Escala utilizada, Ideação Suicida de Beck. Obteve-se baixos níveis em atitude para com a vida / morte, projeto de tentativa suicida, desesperança e pensamentos / desejos suicidas. A maioria era casada, dona de casa e paciente no estágio III; tempo de diagnóstico de 7 a 12 meses; importância para a religião, mais freqüente, católica. Avaliaram-se, o nível de dor como intenso; receber apoio emocional e econômico, principalmente da família. Baixo nível de ideação suicida.

## PALAVRAS-CHAVE

Beck, câncer de mama, diagnóstico, ideação suicida, mulheres.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

## I. INTRODUCCIÓN

En la realidad hospitalaria, los pacientes acuden a los diferentes servicios, con el motivo de ser atendidos por alguna dolencia, partiendo de ello, el médico vislumbra los primeros indicios o indicadores de enfermedades, todas generadoras de temor y ansiedad, siendo una de ellas el cáncer; la incidencia estimada de cáncer en el Perú es de 150 casos x 100 000 habitantes. Este ocupa el segundo lugar de las causas mortalidad a nivel nacional y se estima que el 75% de los casos se diagnostican en etapa avanzada (Salazar et al., 2013). Robles y Galanis (2002) mencionan que en cuanto al cáncer de mama en el mundo, de todos los casos registra-

dos, 43% corresponden a los países en vías de desarrollo. También, refieren que el cáncer mamario representa 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo.

Según el informe realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2013), la adaptación al cáncer es influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad. Los factores derivados del paciente incluyen su etapa vital, sus recursos sociales, su capacidad de afrontamiento, sus objetivos biológicos, personales, sociales y como son influenciados por la presencia del cáncer. El proceso de adaptación al cáncer es el despliegue de pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajus-

te de las situaciones de la vida. Las pacientes diagnosticadas, específicamente, con cáncer de mama no solo deben lidiar con el malestar físico propio de la enfermedad y con el producido por el tratamiento aplicado, sino también con una serie de temores, angustias y preocupaciones asociadas a los cambios que tendrán que realizar en diversos aspectos (imagen corporal y estilos de vida).

Pérez y Pozo (2015), reportaron como factores de riesgo para la ideación e intento suicida, no solo padecer la enfermedad, sino también tener conflictos no resueltos, formar parte de una familia disfuncional y el consumo de alcohol, de ahí que las variables redes de apoyo conforma un pilar fundamental. La ausencia de redes de apoyo familiar y social, puede llevar a la persona a presentar pensamientos negativos relacionados a la ideación suicida con la intención principalmente de alejarse del dolor físico y emocional.

Sin embargo, Palacios y Ocampo (2011) manifiestan que el curso de la enfermedad o estadio, es también un factor de riesgo para que la persona con cáncer considere el suicidio o lo cometa. Además, refieren que existe una tendencia hacia el aumento de ideación suicida o número de suicidios tras el diagnóstico de cáncer, que caen progresivamente con el paso del tiempo.

Fall et al. (2009) encontraron en Canadá que de los pacientes con cáncer en estadios avanzados, 29% manifestó tener pensamientos suicidas, existiendo un posible incremento de intención de suicidio notable en los estadios avanzados de la enfermedad.

Schairer et al. (2006) realizaron en Estados Unidos un estudio en pacientes con

cáncer de mama sobre el riesgo de suicidio a largo plazo, en el cual encontraron que el estadio fue predictor de la conducta suicida, ya que entre mayor era el estadio, mayor era el riesgo de suicidio. Concluyeron que a diferencia de otros tipos de cáncer, donde el riesgo de suicidio disminuye con el tiempo después del diagnóstico, en el cáncer de mama esto no ocurre, probablemente debido a la naturaleza crónica y desgastante de este tipo de cáncer que puede llegar a tener recidivas muchos años después del diagnóstico.

Hem, Loge, Haldorsen y Ekeberg (2004) en una investigación realizada con pacientes oncológicos en Noruega, hallaron que el riesgo de suicidio fue mayor durante los primeros meses (0 a 6 meses) del diagnóstico y disminuyó considerablemente en los meses siguientes, tomando en cuenta rangos de tiempo de: 7 a 12, 13 a 24, 25 a 36 y 37 a 48 meses. No obstante el riesgo para pacientes con cáncer de mama fue significativamente alto más de cinco años después del diagnóstico.

La Asociación Española Contra el Cáncer (2014) menciona que para tratar el cáncer de mama, se pueden utilizar diversos tipos de tratamientos, entre los cuales destaca la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

Vargas (2010) evaluó la ideación suicida en pacientes con cáncer que recibían quimioterapia en un hospital de la ciudad de México utilizando la escala de Beck, obteniendo que el 20% de los participantes presentaban un nivel alto de ideación suicida.

Los casos de cáncer también se han visto en aumento durante los últimos años, como lo registró el Análisis de Situación de Salud en el Perú realizado por el MINSa

(2013), que encontró, del total de neoplasias malignas, 61,4% correspondieron al sexo femenino y 38,6% al sexo masculino. El análisis por grupo de edad mostró que, en las mujeres los cánceres se presentaron a menor edad que en los varones. En ellas, el incremento de los casos es a partir de los 30 años de edad, mientras que en los varones, se produjo a partir de los 45 años con una mayor frecuencia en el grupo de 60 y 79 años.

Asimismo, de acuerdo al boletín estadístico del Hospital Regional Lambayeque - Chiclayo (2015), se encontró que el cáncer de mama representa 81% de la mortalidad en los pacientes.

De acuerdo al Sistema Nacional de Salud de España (2014), el nivel de ideación o riesgo suicida aumenta proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes, por lo que su identificación es de gran importancia ya que guardan estrecha relación con la ideación y conductas suicidas.

Beck, Kovacs y Weissman (como se citó en Chopin, Kerkhof, & Arensman, 2004) manifiestan que las conductas suicidas en las personas deprimidas pueden derivarse de distorsiones cognitivas, tales como la excesiva visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro (tríada cognitiva).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) se registraron en el mundo 804 000 muertes por suicidio. Se considera que dentro del suicidio, están implícitos los pensamientos suicidas o ideación y el acto suicida como tal. Asimismo, en los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suici-

dios representan 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y 71% entre mujeres.

En Perú, según el Análisis de la Situación de la Salud realizada por el Ministerio de Salud (MINSa, 2013) se encontró que el suicidio es la novena causa de mortalidad con un porcentaje de 3,6%. Asimismo, el MINSa (2015) refiere que en el departamento de Lambayeque el suicidio es la quinta causa de muerte con 5,7%.

Por otro lado, Papalia, Wendkos y Duskin (2010) manifiestan que los seres humanos pasan por diversas etapas de desarrollo, las cuales están comprendidas por rangos de edad. El rango de 18 a 39 años corresponde a la etapa de adultez emergente, la cual se caracteriza por el descubrimiento de la propia identidad, búsqueda de independencia, desarrollo de sistemas de valores y el establecimiento de relaciones sociales. La adultez media, de 40 a 65 años, es la etapa en donde se producen crecientes deficiencias cognitivas, deterioro físico y la reevaluación de metas y aspiraciones. La última etapa es la adultez tardía, de 66 años a más, constituida por procesos graduales de deterioro corporal propio de los años, asociado a enfermedades generadas por el estilo de vida de la persona.

La edad como factor de riesgo, Tuesca y Navarro (2003) refieren que existe mayor presencia de suicidios en las personas mayores de 65 años, seguido de las que tienen entre 15 a 24 años de edad, cuyo riesgo posiblemente corresponde a la plasticidad de su psiquismo, la inestabilidad que pueden presentar frente a las metas y objetivos de vida y, por último, sus tendencias a la identificación e imitación. Estos autores concluyen también

que el suicidio se incrementa con la edad, siendo raro encontrar casos en niños menores de 12 años.

Es en las etapas de adolescencia tardía y madurez temprana en las cuales existe mayor incidencia de suicidios, los cuales están vinculados a acontecimientos vitales negativos que son potencialmente traumáticos y a la ideación suicida, siendo entonces considerado un problema de salud pública (Kerkhof, 2012).

Apaza (2012) analizó la ideación suicida con la Escala de Beck en 95 pacientes con cáncer en estadios terminales que recibieron quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de Arequipa, evidenciándose que 29,47% de los pacientes presentan un nivel alto de ideación suicida. Asimismo se encontró que las personas con edades comprendidas entre 30-60 años evidenciaron 25% de ideación suicida y los participantes entre los 65 y 80 años, 50% de ideación suicida; de los varones encuestados el 57, 14% presenta ideación suicida y las mujeres 42, 86%.

El mismo autor, encontró que en lo referente al grado de instrucción, los participantes con instrucción primaria presentaron 17% de ideación suicida, seguida de la instrucción secundaria con 46% y 35% la instrucción superior. Las personas solteras presentaron un mayor porcentaje de ideación suicida correspondiente a 32%, a diferencia de las que tienen pareja: casado 14% y conviviente 25%. Los encuestados que realizan alguna actividad laboral presentaron 35 % de ideación suicida y los que no la realizan 64%. De los tipos cáncer que se analizaron en esta investigación, las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama presentaron 35%

de ideación suicida y según el estadio, se evidencia que las personas que se encuentran en el estadio III y IV presentan 70% de ideación suicida.

Factor psicológico como el dolor, Cáceres, Ruiz, Germá y Busques (2007) refieren que es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que impide que la persona tenga una buena calidad de vida. La mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer tienen miedo a sufrirlo y siendo ello comprensible, hay que señalar que no todos los tipos de cáncer producen dolor. En el caso de que haya dolor durante la enfermedad, éste puede ser causado por la propia enfermedad o ser un efecto secundario al tratamiento.

Asimismo, Kissane (2000) menciona que el dolor es un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo que se caracteriza por la sensación de amenaza a la integridad asociado a un sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza, y por el agotamiento de los recursos personales que permiten enfrentarla.

Amaya et al. (2013) analizaron las variables asociadas a la ideación e intento suicida en 49 pacientes que presentan dolor crónico de un hospital de Bogotá, en donde se obtuvo que del 75% de la población que percibe un nivel de dolor entre moderado y severo; 34% presenta riesgo suicida, y 25% ideación suicida.

Según Tellería (2008) en un estudio realizado en Caracas, se encontró que 18% de los pacientes con cáncer presentan un nivel alto de riesgo suicida, asimismo, obtuvo que 86,9% de los pacientes con ausencia de dolor presentaron bajo o ningún riesgo suicida, mientras que 25,6% con presencia de dolor evidenciaron alto riesgo suicida.

En cuanto a aspectos sociales, pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con el padre, la madre o algún otro miembro de la familia, presenciar discusiones familiares por problemas económicos y el desempleo constituyen factores que posibilitan la ideación e intento suicida (Ayyash-Abdo, 2002). Navia y Solis (2009) coinciden al mencionar que la disfuncionalidad familiar es un factor importante en la ideación o conducta suicida, ya que esta última se encuentra frecuentemente en familias caracterizadas por ser disfuncionales, las cuales mayormente son las familias monoparentales desintegradas.

Según Pérez (1999) la realización de actividades laborales remuneradas permite que las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica se sientan útiles y mantengan independencia económica y social. Sin embargo, menciona también que en América latina la actividad de ama de casa es considerada como una ocupación que requiere de dedicación y que es de vital importancia en la dinámica familiar y que además contribuye con el funcionamiento estable del hogar. También refiere que un bajo nivel educativo (primario, pre escolar o iletrado) se asocia con un aumento del riesgo de suicidio, si no se recibe la psicoeducación adecuada después del diagnóstico.

El estado civil puede ser otro factor de riesgo para la ideación o conducta suicida. El suicidio es un hecho frecuente en personas solteras, siendo probable que el matrimonio sea considerado como un factor protector, ello se relaciona con la presencia de redes de apoyo, ya que el matrimonio por ser una red de apoyo estable y cercana es probable que reduzca el riesgo de presentar ideación suicida (Navia & Solis, 2009).

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) la afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas son más propensas a la realización de dichas conductas. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes.

Por en cuanto, las pacientes que participaron de esta investigación asistían a un hospital estatal ubicado en una zona urbana de la ciudad de Chiclayo, con el fin de recibir la atención médica que necesitan; se caracterizaban por ser de sexo femenino, edades comprendidas entre los 18 a 75 años, como mínimo un grado de instrucción escolar primario y han sido diagnosticadas con cáncer de mama en los estadios III y IV.

La jefa del servicio de Psicología del hospital estatal (comunicación personal, 14 de marzo del 2016), refirió que generalmente los pacientes oncológicos presentan deseos o intenciones de índole suicida por dos motivos: el primero, porque consideran que son una carga para su familia, y el segundo, porque sienten que no pueden soportar el dolor físico que el tratamiento y la enfermedad les genera.

Además, el jefe del servicio de oncología del mismo hospital estatal de la ciudad de Chiclayo refirió que las pacientes con cáncer de mama muestran con mayor frecuencia tristeza en los últimos estadios, siendo estos los más frecuentes (comunicación personal, 3 de junio del 2016).

Las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama pueden presentar ideación suicida en cualquier estadio, afectando esta problemática a un gran número de la población mundial. Por ello, se considera necesario el estudio de la ideación suicida y de sus dimensiones en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, ya que a lo largo de su enfermedad pueden presentar pensamientos o ideas relacionadas con conductas suicidas poniendo en riesgo su integridad física y emocional.

Por tanto, se planteó la siguiente interrogante: ¿cuáles son los niveles de ideación suicida en las pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV de un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016?

De tal manera, en esta investigación se estableció como objetivo general determinar los niveles de ideación suicida en pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV de un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016. Asimismo, como objetivos específicos se planteó identificar los niveles de ideación suicida según dimensión en pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV de un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016 y describir los aspectos psicosociales de las pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV de un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016.

Esta investigación benefició a las participantes ya que les permitió conocer su nivel de ideación suicida, tomando mayor conciencia por el cuidado de su salud mental.

También, benefició al hospital en donde se realizó la investigación, porque le permitió, a través de un informe general, conocer

el nivel de ideación suicida que estas pacientes presentaron y así poder tomar las medidas necesarias para contribuir con la mejora de su calidad de vida a través de un trabajo multidisciplinario. Además, la información recolectada fue de utilidad como un indicador estadístico para dicho centro de salud.

## **II. Método**

### **2.1 Diseño y tipo de investigación**

No experimental - Descriptiva

### **2.2 Población**

La población estuvo constituida por pacientes mujeres que acuden a un hospital estatal ubicado en una zona urbana de la ciudad de Chiclayo, Lambayeque, Perú agosto a diciembre 2016, las cuales han sido diagnosticadas con cáncer de mama en los estadios III y IV, estuvo conformada por 70 pacientes, 47 en el estadio III y 23 en el estadio IV.

Se trabajó con la totalidad de la población.

#### **2.2.1 Criterios de selección**

**Inclusión:** pacientes asistentes a consulta externa y a la sala de quimioterapia, que han sido diagnosticadas con cáncer de mama en estadios III y IV, cuyas edades están comprendidas entre los 18 a 75 años y que presentan grado de instrucción escolar primario como mínimo.

**Exclusión:** pacientes a quienes, mediante la observación psicológica, se identifique que no se encuentran orientadas en tiempo, espacio y persona, además de presentar discurso incoherente.

Eliminación: Cuestionarios de aquellas pacientes, donde no se haya contestado todos los ítems o hayan dos o más respuestas a una misma pregunta.

### 2.3 Procedimiento

Se solicitó la autorización del hospital estatal en donde se ejecutó la investigación a través de una carta dirigida al jefe del área de investigación adjuntada con los siguientes requisitos: ficha de datos generales de las investigadoras, proyecto de investigación concluido (impreso y digital), carta de compromiso firmada por las investigadoras de cumplir con las recomendaciones y cronogramas de supervisión, constancia de aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la universidad de procedencia y voucher de pago.

Además, se realizaron las respectivas coordinaciones con el consultorio externo del área de oncología, la sala de quimioterapia y el personal técnico de los mismos, con el fin de informarles sobre la investigación. Asimismo, se identificó (previas coordinaciones) a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que se encontraban citadas tanto en consulta externa como en sala de quimioterapia, para luego presentarnos ante ellas y explicarles los fines y beneficios de nuestra investigación con el objetivo de invitarlas a participar.

El cuestionario se aplicó de manera individual, explicando en un lenguaje comprensible por las participantes las indicaciones necesarias para la realización de la prueba, resolviendo sus dudas. Para las pacientes que asistieron por la modalidad de consulta externa se realizó en un consultorio ventilado, con buena iluminación y sin distractores en los turnos de mañana y tarde. Y para las pacientes que asistie-

ron a sala de quimioterapia se les aplicó el cuestionario durante los primeros 20 minutos de su tratamiento en los turnos de mañana y tarde, en la misma sala, ya que esta se encuentra ventilada, iluminada y sin distractores.

### 2.4 Instrumento

La técnica que se utilizó para la obtención de datos es la encuesta y como instrumento se empleó la Escala de Ideación Suicida (Ver apéndice A). Este instrumento fue creado por Beck en 1970 y validado en el Perú por Eugenio y Zelada en el 2011 en una población de 115 pacientes con VIH entre 18 a 75 años de un hospital estatal de la ciudad de Lima.

El instrumento abarca 4 dimensiones: actitudes hacia la vida/muerte, pensamientos/deseo de suicidio, proyecto de intento suicida y desesperanza. Además, consta de 18 ítems, cuya puntuación se encuentra comprendida entre 0, 1 y 2 (siendo 0 puntuación más baja y 2 la más alta). Cabe resaltar que el cuestionario presenta dos ítems inversos (1 y 4). Se puede administrar de manera individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

Está formado por una parte objetiva (ítems del 1 al 8), que explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio y una parte subjetiva (ítems del 9 al 15), la cual valora las expectativas durante la tentativa. Y otros aspectos (ítems del 16 al 18), que evalúan la situación de llevar a cabo un intento de suicidio. Cabe resaltar que este instrumento presenta validez de 0,77 y confiabilidad de 0,79 (Eugenio & Zelada, 2011).

La calificación de la prueba se realizó de la siguiente manera, en primer lugar, se

procedió a la codificación de cada una de las respuestas asignándoles valores entre 0 y 2. Luego se sumaron los puntajes de los ítems por dimensión y de manera general, ubicándolos en el nivel diagnóstico correspondiente (alto, medio o bajo).

Además, se hizo uso de una ficha de aspectos psicosociales, con el fin de recolectar algunos datos personales de las participantes de esta investigación, tales como: edad, estado civil, tipo de tratamiento, presencia de dolor y valoración del mismo en una escala del 1 al 10, etc.

## 2.5 Aspectos éticos

Para el desarrollo de esta investigación, se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (Ver apéndice B) y se solicitó la autorización al hospital estatal en donde se ejecutó la investigación a través de una carta dirigida al mismo adjuntada con los siguientes requisitos: ficha de datos generales de las investigadoras, proyecto de investigación concluido (impreso y digital), carta de compromiso firmada por las investigadoras de cumplir con las recomendaciones y cronogramas de supervisión, constancia de aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la universidad de procedencia y voucher de pago.

Se veló por el respeto hacia la libertad de las personas, para ello se informó a los participantes sobre el título, los objetivos, la duración y el papel que desempeñaron en la investigación. Además, se les comunicó que no existe ningún tipo de costo o pago por su participación, enfatizando que esta es voluntaria y que si no desean ser parte de ella no habrá consecuencias negativas, siendo posible retirarse en cual-

quier momento. Si se llega a publicar esta investigación se garantizó que no se expondrá a dominio público datos que permitan identificar a los participantes, siendo esta de carácter confidencial.

Dentro de los beneficios de la investigación, se brindó a cada participante sus resultados de manera personal y en lenguaje comprensible, cuando esta fue citada nuevamente por el médico o acudió a recibir el tratamiento prescrito, elaborándose también un informe general el cual fue entregado a la institución. En caso de encontrarse un nivel alto de ideación suicida en alguna participante, el equipo de esta investigación le facilitaría la ayuda especializada que necesita, contactándola con el servicio de psicología.

Asimismo, se hizo uso del consentimiento informado (Ver apéndice C), el cual veló por el cumplimiento de los aspectos éticos anteriormente informados.

## 2.6 Procesamiento y análisis de datos

La información registrada a través del instrumento se trasladó a una hoja electrónica de datos, Microsoft Excel 2013, la cual constituyó la base de datos. Con el fin de determinar los niveles de ideación suicida en pacientes con cáncer de mama en estadíos III y IV, se sumaron los valores de todos los ítems, obteniendo así los puntajes totales. De acuerdo a los baremos establecidos, se clasificaron los puntajes totales en los distintos niveles: bajo, medio o alto. Posteriormente, se determinaron la función de frecuencia relativa y porcentaje para un mejor análisis de los datos. Para identificar los niveles de ideación suicida según dimensión en pacientes con cáncer de mama en estadíos III y IV, se sumaron los valores de los ítems que corresponden

a cada dimensión, obteniendo los puntajes por dimensión. Estos puntajes fueron clasificados en los niveles bajo, medio o alto, de acuerdo a los baremos determinados. También se hizo uso de las funciones de frecuencia relativa y porcentaje con el propósito de organizar los datos. Para caracterizar los aspectos psicosociales de las pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV, se emplearon las funciones de frecuencia relativa y porcentaje.

### III. Resultados

#### 3.1 Niveles de ideación suicida

Los pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV obtuvieron nivel bajo de ideación suicida, evidenciándose en un 100%

#### 3.2 Niveles de ideación suicida según dimensión

Con respecto a las dimensiones de ideación suicida: actitud hacia la vida/muerte, proyecto de intento suicida y desesperanza, se evidenció 99 % en el nivel bajo y 1% en el nivel medio. En lo referente a la dimensión de pensamientos/deseos suicidas, fue el nivel bajo el cual obtuvo 100%

#### 3.3 Aspectos psicosociales

El mayor porcentaje de la población se ubicó dentro del rango entre 40 a 65 años con 83%, el mismo que corresponde a la etapa del desarrollo humano de adultez media.

Las pacientes casadas evidenciaron el mayor porcentaje con 47%, seguido de las convivientes y solteras con 24% y 20% respectivamente. El estado civil con menor porcentaje fue el de divorciada, 6% y viuda, 3%.

La mayoría, tuvo como ocupación ser ama de casa con 83%, ayudante doméstica 4%, vendedora 9% y la menor correspondió a las ocupaciones de agricultora, cocinera y docente con 1% respectivamente.

En lo referente a grado de instrucción, el 54% presenta grado de instrucción secundario; seguido del primario con 29% y solo 17% perteneció al grado de instrucción superior.

El diagnóstico del estadio III fue el mayor con 67% a diferencia del estadio IV con 33%.

La religión católica presentó el más alto porcentaje con 84%, a diferencia de la religión cristiana con 7% y de las religiones adventista y evangélica con 3% cada una.

Según el tiempo desde el diagnóstico se evidenció que el 46% se ubicó entre 7 a 12 meses, seguido de 13 a 24 meses con 29% y de 0 a 6 meses con 23%. Los menores porcentajes correspondieron al rango entre 25 a 36 y 37 a 48 meses con 1% respectivamente.

En relación a la valoración que realizó la población sobre la importancia de la religión en el afronte de su situación actual, el 87% respondió Sí y el 13% No.

Según el nivel de dolor percibido por las pacientes, el 43% refirió que era intenso, en contraste al 21% correspondiente a moderado, seguido del 17% que mencionó que era muy intenso y el 19% calificó el dolor como leve.

Sobre la red de apoyo económico, la opción familia obtuvo 91%, a diferencia de las opciones amigos y otros con 6% y 11% respectivamente.

Respecto a la red de apoyo emocional, la opción familia evidenció 93%, en contraste

de las opciones amigos y otros, las cuales presentaron 37% y 6% respectivamente. En cuanto a la pregunta referente a qué tipo de tratamiento recibe o ha recibido, la opción quimioterapia obtuvo el más alto porcentaje con 100%, seguido de la opción cirugía con 67 % y de radioterapia con 20%. El menor porcentaje correspondió a la opción tratamiento hormonal con 3%.

#### IV. Discusión

Los niveles de ideación suicida según dimensión indicaron niveles bajos para las dimensiones de actitud hacia la vida/muerte, proyecto de intento suicida, desesperanza y pensamientos/deseos suicidas. De acuerdo a Beck et al. (1985) se puede hablar de ideación suicida cuando se evidencia actitud marcada de desesperanza y orientada hacia la muerte, además de pensamientos suicidas recurrentes y de un proyecto o plan suicida previo. En esta población, al tener estos resultados, se infiere según Beck et al. (como se citó en Chopin et al., 2004) que manifiestan adecuadas redes de apoyo emocional y económico, expectativas hacia la vida futura asociadas a motivos de trascendencia y adecuadas habilidades para afrontar situaciones adversas y resolver conflictos.

En relación a la dimensión de actitud hacia la vida/ muerte, la mayoría de la población está influenciada por actitudes orientadas a la vida y a la supervivencia, evaluándolas de forma positiva e identificando fuentes motivacionales que la impulsan a perseverar en su lucha. Esto lo reafirman Beck et al. (como se citó en Chopin et al., 2004) al decir que la naturaleza del ser humano se caracteriza por un instinto de supervivencia que trasciende la adversidad y las dificultades.

Con respecto a la dimensión de proyecto de intento suicida, se evidenció que la mayor parte de la población no ideó ni planificó acciones que tuviesen como fin atender contra la vida, esto está relacionado con la presencia del impulso de valoración de la misma, sólidas relaciones personales (amicales y familiares), creencias religiosas y proyectos de vida a futuro (OMS, 2012).

Asimismo, en la dimensión de desesperanza se visualiza que la población, en su mayoría, presenta expectativas positivas del futuro asociadas a fuentes de motivación interna generadoras de un sentido de trascendencia. Esto se sustenta con lo planteado por Beck et al. (como se citó en Chopin et al., 2004), quienes refieren que la ausencia de expectativas y de motivos de trascendencia ocasionan estados de ánimo que causan tentativas o actos suicidas.

En la dimensión pensamientos/ deseos suicidas la totalidad de la población mostró una actitud de rechazo hacia los mismos, manifestando no haberlos presentado. Esto difiere con los resultados del estudio realizado por Fall et al. (2009) quienes encontraron que 29% de los pacientes con cáncer en estadios avanzados refirió presentar pensamientos suicidas evidenciando dificultades en el afronte de situaciones adversas. Esto quiere decir, según Beck et al. (como se citó en Chopin et al., 2004), que las personas que manifiestan ideas o pensamientos suicidas presentan generalmente baja autoeficacia en el afronte de conflictos, lo cual puede perjudicar su funcionamiento. Esto no ocurre en la población seleccionada, ya que al no encontrarse pensamientos o deseos suicidas demuestran capacidad de hacer frente a su situación actual a pesar de que inicialmente la percibían como insostenible.

En relación a los aspectos psicosociales, se halló que el rango de edad con mayor porcentaje fue el de 40 a 65 años, correspondiente según Papalia et al. (2010) a la etapa de adultez media. Tiesca y Navarro (2003) refieren que existe mayor presencia de ideación y conducta suicidas en personas mayores de 65 años, cuyo riesgo posiblemente corresponde a la inestabilidad generada por el avance de su edad frente a sus metas y objetivos de vida trazados en un comienzo. Asimismo, Apaza (2012) encontró que existe 50% de ideación suicida en el rango de edad anteriormente mencionado (mayores de 65 años). Lo encontrado en la población indica que en su totalidad se ubica en un nivel bajo de ideación suicida, lo cual podría deberse a que en dicha población, la edad oscila entre 40 a 65 años, rango de edad donde no suele existir riesgo de ideación suicida.

Según el estado civil, el mayor porcentaje correspondió a las opciones "casada" y "conviviente. Apaza (2012) obtuvo que las personas casadas y convivientes presentaron menor porcentaje de ideación suicida con 14% y 25% respectivamente, a diferencia de las solteras con 32%. Esto se sustenta en lo mencionado por Navia y Solis (2009), quienes refieren que el suicidio es frecuente en personas solteras y que el matrimonio/convivencia son considerados como factores protectores por ser redes de apoyo estables y cercanas, reduciendo el riesgo de presentar ideación suicida.

De acuerdo a la ocupación, se evidenció que el mayor porcentaje de la población tiene como labor ser ama de casa (labor no remunerada). Apaza (2012) encontró que las personas que no realizan actividades laborales remuneradas presentaron 64% de ideación suicida a diferencia de las que

sí con 35%. Según Pérez (1999) en América latina la actividad de ser ama de casa es considerada como una ocupación que requiere de dedicación y que es de vital importancia en la dinámica familiar y que además contribuye con el funcionamiento estable del hogar, generando en quien la realiza la sensación de contribución y participación en el núcleo sociofamiliar en el que se desarrolla, considerándose como un posible factor protector y predictor de la ideación suicida.

Con respecto al grado de instrucción, la mayoría de la población tiene estudios secundarios. Apaza (2012) observó que el más alto porcentaje de ideación suicida lo presentó el grado de instrucción secundario. Sin embargo Pérez (1999) menciona que un bajo nivel educativo (primario, pre escolar o iletrado) se asocia también con un aumento del riesgo de ideación suicida, si no se recibe la psicoeducación adecuada después del diagnóstico, puesto que según la Asociación Española Contra el Cáncer (2014) actualmente se puede utilizar diversos tipos de tratamientos eficaces para esta enfermedad.

Además, la mayor parte de las pacientes estaban ubicadas en el estadio III. Fall et al. (2009) menciona que existe un incremento de intención de suicidio en estadios avanzados de la enfermedad, asimismo Apaza (2012) encontró que las personas ubicadas en estadios III y IV reflejan 70% de ideación suicida y Schairer et al. (2006) evidenciaron que entre mayor era el estadio, mayor era el riesgo de suicidio. De acuerdo a los resultados obtenidos en relación al estadio en la población evaluada, se evidencia que esta se ubica en un nivel bajo de ideación suicida, lo cual podría explicarse según lo mencionado por Palacios y Ocampo

(2011) al referir que la ideación suicida tras el diagnóstico de cáncer disminuye progresivamente con el tiempo.

Al hablar del tiempo desde el diagnóstico, se halló que el mayor porcentaje de la población recibió su diagnóstico hace 7 a 12 meses. Hem et al. (2004) manifiestan que el riesgo de ideación suicida es mayor durante los primeros meses del diagnóstico y disminuye considerablemente en los meses siguientes. No obstante, el riesgo para pacientes con cáncer de mama fue alto más de cinco años después del diagnóstico.

En su mayoría la población presenta afiliación religiosa y le otorga importancia para el afrontamiento de su situación actual. Esto concuerda con lo referido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2012) quienes mencionan que la práctica y actividad religiosa protegen de la incidencia de conductas suicidas siendo las personas ateas las más propensas a la realización de dichas conductas.

En relación al nivel de dolor percibido, se encontró que el mayor porcentaje de la población lo calificó como "intenso". Amaya et al. (2013) hallaron que 75% de la población que percibe un nivel de dolor entre moderado y severo, 25% presenta ideación suicida. Cabe resaltar que según Cáceres et al. (2007), el dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que merma la calidad de vida de las pacientes. Cuando hay presencia de dolor durante la enfermedad, este puede ser causado por la enfermedad misma o puede ser un efecto secundario del tratamiento, en este último caso el dolor tiende a ser temporal. Kissane (2000) menciona que el dolor es un complejo estado afecti-

vo, cognitivo y negativo que se caracteriza por la sensación de amenaza a la integridad asociado a un sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza, y por el agotamiento de los recursos personales que permiten enfrentarla.

En lo que respecta a las redes que brindan apoyo emocional y económico, la mayor parte de la población refirió que es la familia. Esto se sustenta con lo planteado por Ayyash-Abdo (2002) quienes mencionan que los niveles bajos de cohesión, los conflictos entre los miembros de la familia, los problemas económicos y el desempleo constituyen factores que posibilitan la ideación suicida. Asimismo, Navia y Solis (2009) manifiestan que la disfuncionalidad familiar predispone a la presencia de ideación suicida, caso contrario al de la población evaluada.

En lo referente a los niveles de ideación suicida, la población obtuvo nivel bajo. Lo anterior se contrasta con lo encontrado por Vargas (2010) quien observó que el 20% de su población presentó un nivel alto de ideación suicida. Asimismo, Tellería (2008) evidenció que el 18% de su población oncológica mostró un nivel alto de riesgo suicida. Según el Sistema Nacional de Salud de España (2014) el nivel de ideación o riesgo suicida aumenta proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes, por lo que su identificación es de gran importancia ya que guardan estrecha relación con la ideación y conductas suicidas.

## V. Conclusiones

En relación a los niveles de ideación suicida según dimensión se evidenciaron niveles bajos para las dimensiones de actitud hacia la vida/ muerte, proyecto de intento suicida, desesperanza y pensamientos/

deseos suicidas en pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV.

En cuanto a los aspectos psicosociales, se observó que la mayor parte de la población era casada y su ocupación era ser ama de casa. Además, la mayoría fue del estadio III y presentó un tiempo de diagnóstico de hace 7 a 12 meses. También se encontró que gran parte de ella le atribuye importancia a la religión, siendo la religión católica la más frecuente. Asimismo, calificaron el nivel de dolor percibido como intenso y mencionaron recibir apoyo emocional y económico principalmente de su familia.

Los pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV presentaron nivel bajo de ideación suicida.

### Referencias bibliográficas

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2013). Informe efecto de las intervenciones psicosociales en pacientes de cáncer. España. Recuperado de: <http://www.cop-asturias.org/uploads/PDF/Articulo-pacientes-cancer.pdf>

Amaya, A., Bruce, A., Herrán, D., Arango, A., Muñoz, K., & Abella, A. (2013). Variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un hospital de Bogotá. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(4), 267-273. Recuperado de: [http://ac.els-cdn.com/S0120334713000713/1-s2.0-S0120334713000713-main.pdf?\\_tid=1cab9a52-2304-11e6-bdab-00000aacb35d&acdnat=1464241305\\_f371706405b9179f6667c8e4414dd140](http://ac.els-cdn.com/S0120334713000713/1-s2.0-S0120334713000713-main.pdf?_tid=1cab9a52-2304-11e6-bdab-00000aacb35d&acdnat=1464241305_f371706405b9179f6667c8e4414dd140)

Apaza, E. (2012). *Factores Asociados a la Ideación Suicida en Pacientes con Cáncer*

*que reciben Quimioterapia*. (Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María, Arequipa). Recuperado de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3756/76.0198.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Asociación Española Contra el Cáncer. (2014). *Cáncer de mama*. España: Autor. Recuperado de: [https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama\\_2014.pdf](https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf)

Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent suicide: an ecological approach. *Psychol-Sch*, 39(4), 459-475. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.10042/abstract>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1985). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brower. Recuperado de: [http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob\\_142293\\_beck-rush-shaw-y-meri-terapia-cog.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob_142293_beck-rush-shaw-y-meri-terapia-cog.pdf)

Cáceres, L., Ruiz, F., Germá, J., & Busques, C. (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Madrid: Egraf. Recuperado de: <http://fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf>

Chopin, E., Kerkhof, A., & Arensman, E. (2004). Psychological dimensions of attempted suicide: Theories and data. En A. Schmidtke, D. De Leo, U. Bille, & A.J. Kerkhof (Eds.), *Suicidal Behaviour* (pp.41-60). Göttingen: Hogrefe & Huber. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/208/5/477>

Eugenio, S., & Zelada, M. (2011). *Relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida en pacientes viviendo con VIH del GAM "Somos Vida" del Hospital Nacional*

- Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima. (Tesis inédita de licenciatura, Universidad Señor de Sipán, Pimentel).
- Fall, K., Fang, F., Mucci, L., Ye, W., Andrés, O., Johansson, J.E., ...Valdimarsdóttir, U. (2009). Riesgo inmediato de eventos cardiovasculares y el suicidio después de un diagnóstico de cáncer. *PLOS Med*, 6(12), 1-8. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoImpacto/22/actualidad3.html>
- Hem, E., Loge, J.H., Haldorsen, T., & Ekeberg, O. (2004). Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4209 – 4215. Recuperado de: <http://jco.ascopubs.org/content/22/20/4209.full.pdf+html>
- Hospital Regional Lambayeque. (2015). *Boletín estadístico año 2015*. Chiclayo: Autor. Recuperado de: <http://www.regionlambayeque.gob.pe/web/?pass=MTc0MDAw>
- Kerkhof, A. (2012). Calculating the Burden of Disease of Suicide, Attempted Suicide, and Suicide Ideation by Estimating Disability Weights. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(2), 63-65. Recuperado de: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/0227-5910/a000161?journalCode=cri>
- Kissane, D., & Clarke, D. (2000). Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17, 12- 21. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2945856/>
- Ministerio de Salud. (2013). *Análisis de la Situación de la Salud*. Lima: Autor. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). *Recursos y publicaciones digitales*. Lima: Autor. Recuperado de: [http://www.recursosypublicacionesdigitales.org.pe/inei.php?pid=S1726-46342013000100020&script=soci\\_arttext](http://www.recursosypublicacionesdigitales.org.pe/inei.php?pid=S1726-46342013000100020&script=soci_arttext)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf)
- Navia, V.J., & Solis, H. (2009). Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero N°2 Caja Nacional de Salud. *Revista Médica*, 20(30), 10-15. Recuperado de: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2074-46092009000100003&script=soci\\_abstract](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2074-46092009000100003&script=soci_abstract)
- Organización Mundial de la salud. (2012). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. España: Autor. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf)
- Palacios, X., & Ocampo, J.G. (2011). Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Rev. Cienc.Salud*, 9(2), 173-190. Recuperado de: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/1688/1505>
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2010). *Desarrollo humano*. España: McGraw-Hill.
- Pérez, R. & Pozo, J. (2015). *Ideación suicida en mujeres con cáncer de mama so-*

- metidas y no sometidas a Mastectomía en el servicio de Oncología del Hospital de "Especialidades Eugenio Espejo" 2011-2013. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11966>
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2(3), 3-6. Recuperado de: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf)
- Robles, S., & Galanis, E. (2002). Cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Panam Salud Pública*, 12(2), 140-147. Recuperado de: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_pid=S1020-49892002000800016](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pid=S1020-49892002000800016)
- Salazar, MR., Regalado-Rafael, R., Navarro, JM., Montanez, DM., Abugattas, JE. & Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(1), 105-112. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/ins-virtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n1.a20.pdf>
- Schairer, C., Morris, L., Chen, B., Howard, R., Lynch, C., Hall, P.,... Travis, L. (2006). Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723810 women. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(19), 1416 – 1419. Recuperado de: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/98/19/1416.full.pdf+html>
- Sistema Nacional de Salud. (2014). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. España: Autor. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta\\_suicida/completa/documentos/apartado04/factores\\_asociados.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/documentos/apartado04/factores_asociados.pdf)
- Tellería, C. (2008). *Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Recuperado de: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3846.pdf>
- Tuesca, R., & Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19-28. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701703>
- Vargas, J.E. (2010). Evaluación de la ideaación suicida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4(1), 19-23. Recuperado de: [http://www.conducitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/50\\_evaluacion\\_ideacion\\_suicida\\_pacientes\\_cancer.pdf](http://www.conducitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/50_evaluacion_ideacion_suicida_pacientes_cancer.pdf)

## VII. Apéndice

### 7.1 Apéndice A

#### **Escala de Ideación Suicida de Beck** **Aspectos psicosociales**

A continuación, encontrará una serie de preguntas que le pedimos contestar o marcar con una X según corresponda, de la forma más sincera posible. Agradecemos de antemano su esfuerzo y colaboración para con nosotras.

**Código:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Religión:** \_\_\_\_\_ **Grado de instrucción:** \_\_\_\_\_ **Estadio:** III IV

¿De quién(es) recibe apoyo económico?

Familia      Amigos      Ninguno      Otros: \_\_\_\_\_

¿De quién(es) recibe apoyo emocional?

Familia      Amigos      Ninguno      Otros: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de tratamiento recibe o ha recibido?

Cirugía      Quimioterapia      Radioterapia      Tratamiento hormonal

¿Considera que su religión es importante para afrontar su situación actual?    Sí    No

Marque el nivel de dolor físico que usted percibe de la enfermedad (siendo 1 el grado más bajo y 10 el más alto)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

### Cuestionario EIS

En este cuestionario encontrará una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrá que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a su deseo, actitud o pensamiento. No dedique mucho tiempo a cada frase; simplemente responda lo que cree que se ajusta mejor a su forma de pensar, sentir o actuar.

#### I. Actitud hacia la vida/muerte

1. Deseo de vivir.

- Ninguno
- Débil
- Moderado a intenso

2. Deseo de morir.

- Ninguno
- Débil
- Moderado a intenso

3. Razones para vivir/morir.

- Las razones para vivir son superiores a las de morir
- Iguales
- Las razones para morir son superiores a las de vivir

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.

- Ninguno
- Débil
- Moderado

5. Intento pasivo de suicidio.

- Tomaría precauciones para salvar su vida
- Dejaría la vida/muerte en manos del azar (cruzar sin cuidado una calle muy transitada)
- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina).

## II. Pensamientos / Deseos suicidas

6. Dimensión temporal: Duración.

- Breves, periodos pasajeros.
- Periodos más largos
- Continuos (crónicos), o casi continuos.

7. Dimensión temporal: Frecuencia.

- Rara, ocasionalmente
- Intermitente
- Persistentes o continuos

8. Actitud hacia los pensamientos/Deseos

- Rechazo
- Ambivalente, indiferente
- Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- Tiene sensación de control
- No tiene seguridad de control
- No tiene sensación de control

10. Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible)

- No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene
- Los factores persuasivos tienen una cierta influencia.
- Influencia mínima o nula de los factores persuasivos.

11. Razones de pensar en el proyecto de intento.

- Manipular el medio, llamar la atención, venganza.
- Combinación de ambos.
- Escapar, acabar, salir de problemas.

## III. Proyecto de intento suicida

12. Método: Especificación/planes

- No lo ha considerado.
- Lo ha considerado, pero sin detalles específico.
- Los detalles están especificados/bien formulados.

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento

- Método no disponible, no hay oportunidad.
- El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- Método y oportunidad accesible del método proyectado.

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente.
- Inseguridad de su coraje, competencia.
- Seguro de su competencia, coraje.

15. Expectativa/anticipación de un intento real.

- No.
- Incierto, no seguro.
- Si.

#### IV. Actualización del intento o desesperanza

16. Preparación real

- Ninguna.
- Parcial (ejemplo: empezar a recoger píldoras).
- Completa (tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada).

17. Notas acerca del suicidio

- Ninguno.
- Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados.
- Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado.

18. Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- No escribió ninguna nota.
- Empezaba pero no completa, solamente pensó en dejarla.
- Completa.

## 7.2 Apéndice B



### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA

El día miércoles 24 de agosto de 2016, el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, ha determinado declarar **APROBADO** el trabajo de Investigación de la Escuela de Psicología:

**Título: Ideación suicida en pacientes con cáncer de mama en estadios III y IV de un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016**

**Autores:**

- De la Rosa Quiñones Laura Fiorela
- Domínguez Castañeda Daniela del Carmen

Chiclayo, 24 de agosto de 2016



  
x Dr. Luis Jara Romero  
Presidente Comité de Ética  
en Investigación de la  
Facultad de Medicina

### 7.3 apéndice C

#### Consentimiento para participar en una investigación

---

Instituciones:	Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Hospital Regional Lambayeque
Investigadores:	Laura Fiorela De La Rosa Quiñones Daniela del Carmen Domínguez Castañeda
Título:	Ideación suicida en pacientes con cáncer de mama en estadíos III y IV de un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016.

---

#### **Fines del Estudio:**

Se le invita a participar en un estudio llamado: Ideación Suicida en pacientes con cáncer de mama en estadíos III y IV de un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016.

La ideación suicida se presenta cuando una persona frecuentemente piensa, planea o desea realizar el suicidio.

Este trabajo de investigación es desarrollado por investigadoras de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para determinar los niveles de ideación suicida en pacientes con cáncer de mama en estadíos III y IV que se atienden en un hospital estatal de Chiclayo, agosto a diciembre del 2016.

#### **Procedimiento:**

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de una prueba que tiene un tiempo de duración de 15 minutos aproximadamente.

#### **Riesgos:**

No existen riesgos por participar en este estudio.

#### **Beneficios:**

Las investigadoras le informarán de manera personal los resultados que se obtengan del test cuando acuda a su próxima cita médica o a recibir su tratamiento. En caso de encontrarse un nivel alto de ideación suicida, el equipo de esta investigación le facilitará la ayuda especializada que necesite, contactándola con el servicio de psicología.

#### **Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún pago por su participación.

**Confidencialidad:**

La información que se recoja será confidencial. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

**Uso futuro de la información:**

Los datos de la Escala de Ideación Suicida servirán para la realización de la investigación planteada. Una vez finalizado el estudio los datos serán eliminados.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y retirarme del estudio en cualquier momento, sin daño alguno.

---

**Participante**

*Nombre:*

*DNI :*

*Fecha :*

---

**Investigador**

*Nombre: Laura De La Rosa Quiñones*

*DNI : 71015076*

*Nombre: Daniela Domínguez Castañeda*

*DNI : 71574331*

*Fecha :*

---

Fecha de llegada: 12 de marzo de 2019.

Fecha de aprobación: 20 de junio de 2019.