

Universidad Católica Andrés Bello
Dirección de Postgrado
Especialización de Psicología Clínica Comunitaria

**“Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de
riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer”**

Trabajo de Investigación presentado por:

Carmen E. TELLERÍA G.

Como un requisito parcial para obtener el título de Especialista en
Psicología Clínica Comunitaria

Tutor:

José Enrique GONZÁLEZ

Caracas, Septiembre 2008

A Dios y mi Virgen del Carmen.
A mi familia Mamá, Papá, Paty y Luis,
por el ejemplo y la fuerza que me dan.
A Miguelangel mi compañero fiel y
mi alegría constante.

AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes del presente estudio, por su colaboración y disposición en una situación tan difícil como el recibir tratamiento de quimioterapia y radioterapia. A pesar de ello siempre estuvieron dispuestos a compartir su experiencia de enfermedad con agrado y simpatía. Muchas Gracias.

Al Director del Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño”, quien dio la autorización para realizar la presente investigación, al personal médico y de enfermería de dicha institución y en especial a la Dra. Nuria Marrero, jefa del Servicio de Quimioterapia, quien fue muy receptiva y colaboradora, ante cualquier petición para la realización del presente estudio.

A Sully Romero, por su asesoría y apoyo en la estimación de los estadísticos, conformación de tabla y gráficas para el análisis de los resultados de la presente investigación. Una ayuda muy valiosa, gracias, eres una gran amiga.

A José Enrique González, quien acepto ser tutor y guía del presente estudio, por sus sugerencias y conocimientos.

A todos los docentes que fueron parte de mi formación en esta especialidad de psicólogo clínico comunitario, en especial al Prof. Juan Carlos Romero, Esther Aznar y Aurelio Calvo.

A mi familia, por siempre darme su apoyo incondicional y su bendición en todas las experiencias tanto académicas como de vida que he decidido emprender.

A Miguelangel, por acompañarme y apoyarme en todos mis proyectos de vida. Gracias por compartirlos conmigo.

INDICE GENERAL

	Pág
PRESENTACIÓN	i
AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
1. Depresión	4
1.1 Epidemiología de la Depresión	7
1.2 Tipos de Trastornos de Depresión Mayor	8
1.3 Factores de Riesgo de la Depresión	9
2. Suicidio	10
2.1 Factores de Riesgo Suicida	12
2.2 Epidemiología del Suicidio	14
3. Cáncer	16
3.1 Epidemiología del Cáncer	19
3.2 Aspectos Psicológicos Asociados al Cáncer	21
3.3 Depresión y Cáncer	22
3.4 Suicidio y Cáncer	29
III. MÉTODO	33
Problema	33
Hipótesis	33
Variables	34
Tipo y Diseño de Investigación	36
Población y Muestra	37
Instrumentos	38
Procedimiento	42
Consideraciones éticas	43
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	45

V. DISCUSIÓN	83
VI. CONCLUSIONES	90
VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	93
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
IX. ANEXOS	100
Anexo A. Inventario de Depresión de Beck	
Anexo B. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	
Anexo C. Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos, Clínicos y Factores Psicosociales de Riesgo Suicida	
Anexo D. Escala Graffar Méndez-Castellano	
Anexo E. Estadísticos de la relación Niveles de Depresión - Género; y Niveles de Depresión - Nivel Socioeconómico	
Anexo F. Estadísticos de la relación entre Niveles de Riesgo Suicida y Diagnóstico Oncológico	
Anexo G. Estadísticos de la relación entre Niveles de Riesgo Suicida y Tiempo del Diagnóstico.	
Anexo H. Estadísticos de la relación entre Niveles de riesgo Suicida – Género; y Niveles de Riesgo Suicida – Nivel Socioeconómico.	
Anexo I. Estadísticos de la relación entre Niveles de Riesgo Suicida – Abuso de Sustancias; Niveles de Riesgo Suicida – Otros Diagnósticos Psiquiátricos	

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág
Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de la variable género	45
Gráfica 1. Porcentaje de la variable género	46
Tabla 2. Media de la variable edad	46
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de la variable estado civil	46
Gráfica 2. Porcentaje de la variable estado civil	47
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de la variable nivel socioeconómico	47
Gráfica 3. Porcentaje de la variable nivel socioeconómico	48
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de la variable grupo étnico	48
Gráfica 4. Porcentaje de la variable grupo étnico	49
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la variable lugar de procedencia	49
Gráfica 5. Porcentaje de la variable lugar de procedencia	50
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de la variable ocupación laboral	50
Gráfica 6. Porcentaje de la variable ocupación laboral	51
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de la variable ubicación geográfica	51
Gráfica 7. Porcentaje de la variable ubicación geográfica	52
Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de la variable diagnóstico oncológico	52
Gráfica 8. Porcentaje de la variable diagnóstico oncológico	53
Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de la variable tiempo del diagnóstico	53
Gráfica 9. Porcentaje de la variable tiempo del diagnóstico	54
Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de la variable tratamiento actual	54
Gráfica 10. Porcentaje de la variable tratamiento actual	55
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de la variable dolor	55
Gráfica 11. Porcentaje de la variable dolor	56
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de la variable ideación suicida	56
Gráfica 12. Porcentaje de la variable ideación suicida	57
Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de la variable historia de intento suicida	57
Gráfica 13. Porcentaje de la variable historia de intento suicida	58
Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de la variable antecedentes familiares	58

de intento o suicidio consumado	
Gráfica 14. Porcentaje de la variable antecedentes familiares de intento o suicidio consumado	59
Tabla 16. Frecuencia y porcentaje de la variable antecedentes de depresión mayor	59
Gráfica 15. Porcentaje de la variable antecedentes de depresión mayor	60
Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de la variable abuso de sustancias	60
Gráfica 16. Porcentaje de la variable abuso de sustancias	61
Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de la variable otros diagnósticos psiquiátricos	61
Gráfica 17. Porcentaje de la variable otros diagnósticos psiquiátricos	62
Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de la variable apoyo social	62
Gráfica 18. Porcentaje de la variable apoyo social	63
Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de la variable niveles de depresión según las puntuaciones obtenidas en el IDB	63
Gráfica 19. Porcentaje de la variable niveles de depresión	64
Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de la variable niveles de riesgo suicida según las puntuaciones obtenidas en la ERSP	64
Gráfica 20. Porcentaje de la variable niveles de riesgo suicida	65
Tabla 22. Relación de las variables niveles de depresión y riesgo suicida	65
Gráfica 21. Correlación entre las puntuaciones del IDB y las puntuaciones de la ERSP	66
Tabla 23. Frecuencia y porcentaje de la relación entre niveles de depresión y diagnóstico oncológico	66
Gráfica 22. Porcentaje de la relación entre niveles de depresión y diagnóstico oncológico	67
Tabla 24. Puntaje chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de depresión y diagnóstico oncológico	68
Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de la relación entre las variables niveles de depresión y tiempo del diagnóstico	68
Gráfica 23. Porcentaje de la relación entre niveles de depresión y tiempo	69

del diagnóstico

Tabla 26. Puntaje chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de depresión y tiempo del diagnóstico	70
Tabla 27. Frecuencia y porcentaje de la relación de las variables niveles de depresión y dolor	70
Gráfica 24. Porcentaje de la relación de las variables niveles de depresión y dolor	71
Tabla 28. Puntaje de chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de depresión y dolor	71
Tabla 29. Frecuencia y porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y dolor	72
Gráfica 25. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y dolor	72
Tabla 30. Puntaje chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de riesgo suicida y dolor	73
Tabla 31. Frecuencia y porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida e ideación suicida	73
Gráfica 26. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida e ideación suicida	74
Tabla 32. Puntaje chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de riesgo suicida e ideación suicida	74
Tabla 33. Frecuencia y porcentaje de la relación de la variables historia de intento suicida y niveles de riesgo suicida	75
Gráfica 27. Porcentaje de la relación de las variables historia de intento suicida y niveles de riesgo suicida	75
Tabla 34. Puntaje chi-cuadrado de la relación entre historia de intento suicida y niveles de riesgo suicida	76
Tabla 35. Frecuencia y porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de suicidio en la familia	76
Gráfica 28. Porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de suicidio en la familia	77

Tabla 36. Puntaje chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de riesgo suicida y antecedentes de suicidio en la familia	77
Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de depresión mayor	78
Gráfica 29. Porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de depresión mayor	78
Tabla 38. Puntaje chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de riesgo suicida y antecedentes de depresión mayor	79
Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y apoyo social	79
Gráfica 30. Porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y apoyo social	80
Tabla 40. Puntaje chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de riesgo suicida y apoyo social	80
Gráfica 31. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y estado civil	81
Tabla 41. Puntaje de chi-cuadrado de Person de la relación entre niveles de riesgo suicida y estado civil	81

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo describir los niveles de depresión, riesgo suicida y los factores psicosociales de riesgo suicida de pacientes adultos con cáncer. Para ello se utilizó una muestra de 100 pacientes, 79 mujeres y 21 hombres, de los cuales 34 tenían cáncer de mama, 33 cáncer de cuello uterino, 19 cáncer de recto y 14 cáncer de pulmón, con un rango de edad de 19 a 76 años y una media de 48 años de edad que son asistidos en el Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" del municipio Naguanagua del estado Carabobo. Se administró el Inventario de Depresión de Beck (IDB), la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP), y la Escala Graffar para medir el nivel socioeconómico. Se utilizó un análisis descriptivo correlacional, estimando frecuencias, porcentajes, medias y relaciones de acuerdo a las variables de estudio.

Los resultados revelaron que el 81% de los pacientes con cáncer evaluados sufren de depresión en alguno de sus niveles, 42% presentan síntomas de depresión leve, 31% depresión moderada y 8% depresión grave. Los pacientes con cáncer de ovario obtuvieron niveles de depresión más elevados que el resto de los participantes. Así mismo se encontró una correlación positiva entre los niveles de depresión y los niveles de riesgo suicida, evidenciándose que el 18% de los pacientes con cáncer estudiados tienen un alto riesgo suicida; y que la ideación suicida, la historia de intento suicida, los antecedentes familiares de intento o suicidio consumado, los antecedentes de depresión mayor y el apoyo social, son los factores psicosociales de riesgo suicida que mejor predicen el nivel de riesgo, ya que se encontró una correlación significativa entre estos factores de riesgo y los niveles de riesgo suicida obtenidos a través de la ERSP (con un nivel de significancia por lo menos del 95%).

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno más común del estado de ánimo, es la causa número uno de discapacidad en los Estados Unidos y otros países del mundo. De acuerdo al reporte anual de la Organización Mundial de la Salud actualmente esta enfermedad ocupa un cuarto lugar, y se espera que para el 2020 ocupe un segundo lugar, adelantada únicamente por las cardiopatías isquémicas, pero superando a todas las demás enfermedades, especialmente enfermedades como el cáncer y el sida principales causas de muerte de las sociedades occidentales.

En este sentido, Kessler (2002) plantea que la depresión es uno de los trastornos más comunes que se presentan dentro de la psiquiatría y desde la perspectiva social quizás es el más costoso. Es un desorden altamente recurrente con un incremento de la irrupción de un episodio inicial en las personas jóvenes. Cerca del 15% de las personas deprimidas se suicidan y más del 75% de las personas con este trastorno no reciben tratamiento o lo reciben de manera inadecuada, lo cual es una cifra alarmante, tomando en cuenta las consecuencias sociales, físicas, familiares y personales que genera el trastorno depresivo en las personas que lo padecen.

Rundell y Wise (2002), sostienen que los trastornos psiquiátricos, particularmente la depresión y el alcoholismo, se asocian a la mayor parte de los suicidios consumados que se han estudiado retrospectivamente. De 134 suicidios registrados en el condado de Saint Louis, el 94% sufría trastornos psiquiátricos y un 4% sufría de enfermedades terminales. El 47% de los que fallecieron padecía una depresión mayor, y un 24% alcoholismo. Por lo que la depresión y el suicidio parecen tener una relación estrecha.

El suicidio se puede definir, como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada (Martínez, 2007). En relación con este comportamiento es importante identificar el riesgo suicida que tienen los individuos, que no es más que, la

posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

Estudios epidemiológicos previos han indicado que el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer es mayor que el de la población en general. Debido a esto se han venido realizando muchos estudios para entender el suicidio en los pacientes con cáncer. La depresión es una enfermedad que se observa frecuentemente en este tipo de pacientes y a su vez constituye uno de los principales factores de riesgo suicida. Así mismo, Lynch (1995) plantea que la depresión representa una enfermedad discapacitante que afecta entre el 15% y el 25% de los pacientes de cáncer. En una investigación realizada por Tatsuo et al. en el año 2002, con pacientes oncológicos Japoneses, se concluyó que una detección temprana y un tratamiento apropiado de la depresión mayor, junto con un cuidado adecuado del funcionamiento físico, puede ayudar a prevenir el suicidio y las tendencias suicidas en los pacientes con cáncer (Tatsuo et al., 2002). Es por esto que en la presente investigación se pretende estudiar los niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida de los pacientes adultos con cáncer con la finalidad de poder realizar una intervención o tratamiento que permita prevenir el suicidio en estos pacientes o disminuir los factores de riesgo suicida, lo cual ayudara a que tengan una mejor calidad de vida y una mejor evolución de la enfermedad. Prolongando así su tiempo de vida.

Este interés se presenta debido a que no ha sido un área de estudio desarrollada en nuestro país y existen muchos mitos o concepciones erróneas en relación a este tema tales como: que todas las personas con cáncer sufren de depresión; que la depresión es normal en las personas con cáncer; que el tratamiento del cáncer no ayuda al paciente si este presenta depresión; todos los pacientes con cáncer sufren muchísimo y tienen una muerte muy dolorosa; la tristeza y la pesadumbre son reacciones normales a las crisis a las que el paciente

se enfrenta al tener cáncer, y todo el mundo las puede sentir en un momento u otro. No obstante, la tristeza es algo común, por lo que es importante distinguir entre los índices normales de tristeza y la depresión, ya que una parte importante del cuidado de pacientes con cáncer es saber reconocer cuándo necesitan tratamiento por depresión, por presentar síntomas de un cuadro de trastorno depresivo que va más allá de la aflicción o preocupación del paciente cuando le es diagnosticado una enfermedad crónica, como lo es el cáncer (Lynch, 1995). Aumentando la importancia de esta distinción el hecho de que se ha planteado que existe una relación estrecha entre la depresión y el suicidio.

La presente investigación permitirá entonces obtener información para comprender en mayor medida los efectos psicológicos del cáncer, considerando que esta es una enfermedad que afecta no solo al estado físico, sino también al estado psicológico y social de los pacientes que lo padecen. Favoreciendo la identificación de los pacientes que requieren de mayor atención o de aquellos necesitados de ayuda psicológica, para que se puedan diseñar e implementar las estrategias de intervención pertinentes. Logrando así un tratamiento multidisciplinario que involucre todos los aspectos del paciente afectados por la enfermedad (físicos, psicológicos y sociales), lo cual mejorará la calidad de vida del paciente con cáncer y por ende la evolución de su enfermedad.

II. MARCO TEORICO

1. Depresión:

Existen diferentes planteamientos acerca de la definición y concepto de la depresión. Hugo Bleichmar en su libro "La depresión: un estudio psicoanalítico" planteó que toda definición de la depresión debe asentarse sobre un doble pilar: el afecto tristeza y cierto tipo de ideas. Desde el punto de vista de la génesis, un reducido número de depresiones (las llamadas endógenas) pueden comenzar por trastornos de la base material de los esquemas afectivos, en tanto la gran mayoría lo hace por el lado ideativo. Pero mientras que no se puede mantener un cuadro de tristeza sin que estén presentes ideas que le son correlativas, es posible encontrar la inversa. El núcleo de la depresión, en tanto estado, no se puede buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos ellos pueden faltar, sino en el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones esta presente. Si estas ideas son capaces de producir depresión es porque todas ellas implican una representación que el sujeto se hace de la no realizabilidad de un deseo en que alcanzaría un ideal, o una medida, con respecto al cual se siente arruinado, fracasado, inferior, culpable (Bleichmar, 1988).

Esta representación de un deseo como irrealizable, deseo al que se esta intensamente fijado, constituye pues el contenido del pensamiento del depresivo, más allá de las formas particulares que tenga. La tristeza es la manifestación dolorosa ante este pensamiento; la inhibición, la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo; el llanto, además de expresión de dolor, es el intento regresivo de obtener lo deseado; el autorreproche es la respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo, por la frustración del deseo. Por otra parte, desde la perspectiva de la irrealizabilidad del deseo adquiere profundidad el enunciado freudiano según el cual la depresión es la

reacción ante la pérdida del objeto libidinal. Dicha pérdida será la condición de emergencia de un estado en que el deseo se representa como irrealizable. Determinados deseos de amor, cuando no se realizan, implican depresión (Bleichmar, 1988).

El psicoanálisis plantea por otro lado dos grandes teorías sobre la depresión: 1) La depresión por descenso de la autoestima. Teoría que sostienen autores como Fenichel o Bibring; 2) La depresión como consecuencia de los impulsos agresivos. En esta teoría se destaca Melanie Klein, quien plantea que el sujeto siente perdido el objeto de amor por estar dañado, y vive como perdido el amor que puede brindar el objeto externo y el Superyo, ya que se es agresivo. Mientras que si tomamos en cuenta el enfoque seguido por Beck (1961), autor que se ha dedicado a estudiar la depresión bajo un enfoque cognitivo-conductual, los individuos depresivos valoran excesivamente los sucesos que implican una pérdida o privación como podría ser el diagnóstico de un cáncer, consideran estos sucesos negativos como globales, frecuentes e irreversibles, mostrando pues lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del Yo, del mundo y del futuro. La persona deprimida muestra una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tiende a rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás la rechazarán. Se siente derrotado socialmente. Considera al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que interfieren con el logro de los objetivos de su vida. Ve el futuro desde una perspectiva negativa y tiene una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se le amontonarán otros mucho peores en su vida.

Otros autores sostienen que si bien es cierto que en este estilo de vida convulsionado y competitivo que nos caracteriza, todas las personas podemos sufrir de algún tipo de cambio en nuestro estado de ánimo, sólo puede

considerarse como trastorno, cuando este estado anímico no nos permita continuar de forma adaptativa y funcional con nuestra vida, es decir, cuando se convierta en un factor que no nos permita producir a través del trabajo y/o estudio, que no nos permita disfrutar de actividades como salir, ir al cine; o que no nos permita relacionarnos con los demás ya que preferimos el aislamiento. En resumen, cuando en vez de disfrutar la vida, ésta se convierta en algo que no causa placer, o peor aún, que se vuelva una carga o una tortura.

La mayoría de los psiquiatras y los psicólogos utilizan como base para diagnosticar la depresión los criterios establecidos por el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el cual clasifica el episodio depresivo mayor de la siguiente manera:

A. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Una notable disminución del interés o del placer en todas, o casi todas las actividades.
3. Pérdida significativa del peso, sin seguir una dieta, o aumento de peso, o aumento o disminución del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor (observable por los demás).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (casi todos los días).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o un intento de suicidio.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por el duelo, por ejemplo, después de la muerte de un ser querido, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por un notable deterioro funcional, una preocupación mórbida con la inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento motor (DSM-IV, 1994).

1.1 Epidemiología de la depresión:

Kessler (2002), realizó un estudio acerca de la epidemiología del trastorno depresivo y utilizando escalas que miden los síntomas de este trastorno afectivo, encontró que en las encuestas hechas a la comunidad estudiada, el 20% de los adultos y el 50% de los niños y adolescentes reportaron tener síntomas depresivos en periodos de tiempo que comprendían entre 1 semana y 6 meses. Sin embargo, los puntajes más elevados los obtuvieron los jóvenes y ancianos mientras que el puntaje más bajo fue encontrado en las personas que se encuentran en la mitad de la vida. Los índices de depresión mayor son normalmente menores en niños (1%) que en adolescentes (6%), y en un rango entre el 2-4% en adultos.

La discrepancia entre la elevada prevalencia de síntomas en escalas de investigación y la comparativamente baja prevalencia del diagnóstico de los trastornos depresivos, ha hecho que muchas personas tengan síntomas depresivos menores. Estudios epidemiológicos recientes han empezado a investigar estos síntomas depresivos menores usando los criterios diagnósticos para la depresión menor y para el episodio de depresión breve, estipulados en el DSM-IV-TR. La depresión mayor requiere de dos semanas de disforia o anhedonia clínicamente significativa (o irritabilidad en el caso de niños) junto con un total de 5

síntomas. La depresión menor en comparación requiere de la presencia de 2 de 4 síntomas con el mismo grado de severidad y duración que se requiere en la depresión mayor, mientras que en el episodio depresivo breve requiere de la presencia del mismo número y severidad de los síntomas de la depresión mayor por varios días cada mes en el curso de un año completo. Establecer estos criterios diagnósticos son importantes, ya que en un estudio que se realizó con adolescentes adictos se encontró, que los síntomas depresivos menores eran un fuerte predictor del desarrollo subsecuente de una depresión mayor (Angst, Sellaro y Merikangas, 2000).

1.2 Tipos de trastornos de depresión mayor:

Se han planteado subtipos del trastorno depresivo mayor basados en el perfil de los síntomas. La única distinción estable de subtipos que ha emergido consistentemente en estudios epidemiológicos empíricos, es entre depresión con síntomas vegetativos (pérdida de peso, del apetito, insomnio, etc.) y síntomas vegetativos inversos (aumento de peso, hipersomnias, aumento del apetito, etc.). Entre 1-4 y 1-3 de todas las personas tienen un perfil de síntomas vegetativos inversos, con alguna evidencia de que esta depresión atípica es más común en mujeres que en hombres y más fuertemente relacionada con una historia familiar de depresión, que el otro subtipo. Existe una pequeña evidencia de que la depresión atípica es más persistente y severa que la depresión típica.

Otra distinción importante entre los subtipos es la existencia de la depresión cíclica. Han sido identificados 2 subtipos: Desorden Afectivo Estacional (DAE) y Desorden de Humor Premenstrual (DHP). Se ha encontrado que el 10% o más de las personas de la población general, reportan variaciones estacionales en el estado de humor depresivo. La depresión estacional es más común en los meses de invierno y prevalece más en los norteamericanos que en los suramericanos. Blazer, Kessler y Swartz (1998) encontraron que solo el 5% de estas personas presentan un trastorno depresivo mayor o un trastorno depresivo

menor. También encontraron que la depresión estacional es más común en hombres que en mujeres y en personas mayores que en jóvenes. Las mujeres en cambio reportaron más síntomas asociados con sus ciclos menstruales. Sin embargo, solo entre el 4% y el 6% de estas reportaron tener el trastorno de humor premenstrual. Un diagnóstico de este desorden requiere de un modelo claro y recurrente de la presencia de 5 o más estados de humor y reportar síntomas en puntos específicos en la mayoría de los ciclos menstruales sobre el curso de todo un año. Solo la mitad de las mujeres que reportaron problemas de humor en los ciclos menstruales realmente sufren del desorden de humor premenstrual (Kessler, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la depresión es más común en mujeres que en hombres, ataca en los años más productivos de una persona, ya que se da entre los 18 y 44 años, especialmente entre los 25 a 34 años, encontrándose cada vez más en edades tan tempranas como la niñez y la adolescencia.

1.3 Factores de Riesgo de la Depresión:

Entre los factores predisponentes se encuentran: episodios depresivos previos, historia familiar de depresión, sexo femenino, estrés severo o inesperado. El reporte de la OMS (2001) informa que estudios en el campo de la psicología han mostrado que, trastornos tales como la ansiedad y la depresión pueden resultar del fracaso de la persona al intentar lidiar o enfrentar adaptativamente los eventos de la vida diaria.

Además de lo incapacitante que se vuelve este trastorno para la persona, afecta también a la familia y a la sociedad en general, ya que impone un alto costo económico por incapacidades y tratamientos, en algunos casos se da abuso de sustancias y por supuesto, la "salida" que algunas personas encuentran en esta

situación es el suicidio. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, alrededor del 15% al 20% de los pacientes con depresión cometen suicidio (2001).

2. Suicidio:

Ha existido cierta controversia acerca de la definición de suicidio. Algunos autores e investigadores se rehúsan a aceptar el comportamiento suicida como el estar en un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado. Otros tienen considerable dificultad para dividir el comportamiento suicida en casos de suicidio consumado e intentos suicidas, la discrepancia tiene relación con el grado de mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como *“un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”*. Por otro lado, el suicidio consumado, es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida. El suicidio se puede definir entonces, como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo (Martínez, 2007).

En relación con este comportamiento es importante identificar el riesgo suicida que tienen los individuos, que no es más que, la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas. Otros comportamientos que se podrían considerar dentro de este espectro serían el suicidio frustrado, que es la acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él, y la simulación suicida, que se refiere a diferencia del anterior, a la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir la auténtica intención de llegar a él (Martínez, 2007).

Dentro de los enfoques que se han desarrollado para tratar de explicar el comportamiento suicida a lo largo de la historia, se puede mencionar que a principios del siglo XX existían dos corrientes principales acerca del suicidio, una iniciada por Emile Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra, por Sigmund Freud quien se centro en los aspectos psicológicos. Durkheim sugirió que el suicidio estaba etiológicamente relacionado con la estructura social de la sociedad o grupo particular dentro del cual vivía el individuo y con su relación para con el grupo. Este autor identificó tres tipos básicos de suicidio: altruista, egoísta y anómico. El suicidio altruista se presenta cuando el individuo esta demasiado integrado al grupo social y las costumbres o reglas del grupo exigen el suicidio bajo ciertas circunstancias con el fin de realizar un propósito más alto. El suicidio egoísta resulta de una falta de integración social en donde el individuo, o no estaba integrado, o había sido expulsado del sistema social que incluye la familia, religión, red social y grupos políticos. Existe la perdida de pertenencia y compromiso social. La mayoría de los suicidios entrarían dentro de esta categoría. Por último, el suicidio anómico ocurre cuando existe un cambio abrupto en el status quo de la relación entre una persona y su sociedad, como por ejemplo, problemas económicos, pérdida reciente de un trabajo o muerte de un amigo cercano.

Mientras que Durkheim se centraba en los efectos de la sociedad en el individuo, Freud desarrolló una teoría psicológica que establece el origen del suicidio en el inconsciente del individuo. Freud hipotetizó que el individuo suicida volcaba sobre si su ira inconsciente no expresada hacia una persona amada. Por lo tanto, el suicidio representaba un fracaso para expresar externamente el propio afecto emergente (generalmente hostilidad) de manera abierta y directa, con frecuencia, hacia una persona amada. En lugar, de esto este efecto se volcaba en contra de la persona misma (Freud, s.f y Durkheim, 1981; cp. Sherr, 1992). Existen otras explicaciones psicodinámicas para el suicidio y el comportamiento suicida y estas incluyen autocastigo, reparación o expiación de culpa, fantasías

compensatorias por las deficiencias de esta vida en una vida futura, manipulación, intentos por castigar fuerzas u objetos específicos, escapar de una situación intolerable, dolor o pánico e incapacidad para concebir acciones alternativas a la muerte (Sherr, 1992).

A partir de estas dos corrientes principales se han establecido dos categorías. Una es el “modelo médico-psiquiátrico”, que incluye como causales, factores físicos y psicológicos. Este modelo contempla el suicidio como el resultado de un trastorno mental o padecimiento físico heredado. La otra categoría es el “modelo estadístico-social”, que pone principal énfasis en las influencias ambientales como causas de estados mentales y físicos. En este sentido se pueden determinar algunos factores de alto riesgo suicida, asociados al comportamiento suicida (Sherr, 1992).

2.1 Factores de Riesgo Suicida:

A) Factores médicos-psiquiátricos pasados y presentes:

- Enfermedad física: cualquier enfermedad crónica que prive al individuo de su expectativa de una vida plena o preocupación hipocondríaca con enfermedad que pueda representar la pérdida imaginada de esa realización, son factores importantes en el suicidio (Adam, 1983). Roy plantea que en el 25-75% de todas las víctimas de suicidio existe una enfermedad física (Roy, 1989). La enfermedad física y el comportamiento suicida tienen correlación entre poblaciones de alto riesgo incluyendo a jóvenes y adultos (Tatsuo, et al. 2002). Además de los efectos directos de la enfermedad física en el comportamiento suicida, se deben considerar los efectos secundarios de la enfermedad física, particularmente si el dolor o la cronicidad están presentes. Puede, finalmente, conducir a una depresión más severa y, por tanto, incrementar el riesgo de suicidarse. - Síntomas psiquiátricos: la incidencia de trastornos psiquiátricos presentada en quienes contemplan suicidarse en Estados Unidos varía entre un 50% y 90% (Adam,

1983). Los niños y adolescentes psiquiátricamente perturbados presentan un riesgo mucho más alto en términos de comportamiento suicida que la población general. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados con el suicidio incluyen neurosis, alcoholismo, esquizofrenia, trastornos afectivos mayores y trastornos de adaptación. Entre estos la depresión mayor es la que parece tener la relación más significativa con el suicidio (Tatsuo, et al. 2002; Zivin, et al. 2007). Aquellos que tienen comorbilidad con otros desordenes psiquiátricos tienen mayor riesgo, ya que los pacientes que sufren de depresión y abuso de alcohol o los que sufren trastorno de estrés postraumático han reportado un riesgo suicida más alto que aquellos que sufren de un solo desorden psiquiátrico (Zivin, et al. 2007).

- Comportamiento suicida previo: los antecedentes de intento de suicidio son un importante predictor del riesgo futuro. Uno de cada 100 individuos que sobrevive a un intento de suicidio conseguirá su propósito en el período de un año desde el primer intento, un riesgo de suicidio aproximadamente 100 veces el de la población en general (Hawton, 1992).

- Padecimientos psiquiátricos de la historia familiar: el abuso de drogas y el alcoholismo son trastornos frecuentemente encontrados en las familias de las personas que han cometido suicidio o intentos suicidas. Parece ser que la alta proporción de enfermedad mental en las familias de aquellos que intentan un suicidio durante la juventud, sugiere algún tipo de relación causal, ya sea genética, ambiental o ambas. También existe una correlación entre el comportamiento suicida parental y el comportamiento suicida de los hijos (Sherr, 1992). Roy (1983) estudió en orden consecutivo a 243 pacientes psiquiátricos hospitalizados con historia familiar de suicidio, y observó que el 48,6% había intentado suicidarse y el 54,4% recibió un diagnóstico de depresión mayor al menos una vez en la vida. En una población de 5.602 pacientes psiquiátricos hospitalizados sin historia familiar de suicidio, solo el 21,0% había intentado suicidarse alguna vez, y solo el 26,6% presentaba antecedentes de depresión mayor.

B) Factores de la dinámica familiar:

- Desacuerdo o rompimiento familiar: la falta de redes familiares de apoyo, producto de una muerte, separación de los padres, etc, esta considerada como uno de los factores causales del comportamiento suicida en la juventud (Pfeffer, Zucherman, Plutchik & Mizruchi, 1984). Las personas que están aisladas socialmente, son viudas, divorciadas o separadas, presentan tasas de suicidios superiores a las de las personas que poseen apoyo social de amigos o de otros familiares (Monk, 1987).

- Empleo: las familias experimentan tensión como resultado del desempleo y de los problemas económicos que esto genera, lo cual constituye un factor de riesgo en el comportamiento suicida de los individuos que padecen dicha tensión (Zivin, et al 2007).

C) Factores sociodemográficos:

- Edad: existe un mayor riesgo de cometer suicidio en los ancianos o adultos mayores, que en los adultos jóvenes (Zivin, et al. 2007).

- Género: si bien las mujeres tienen más intentos suicidas, los hombres superan esa proporción en cuanto al suicidio consumado, por lo que tienen un mayor riesgo suicida (Zivin, et al 2007).

- Ubicación geográfica: las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales (Zivin, et al. 2007).

2.2 Epidemiología del suicidio:

Existen datos que indican que cada año se suicidan más de 30.000 americanos. No obstante, la cifra real es superior, ya que muchos suicidios no se identifican como tales, y la muerte se adjudica a accidentes u otras causas.

La tasa de suicidio en hombres es tres veces superior a la de mujeres, y en blancos es casi el doble que en las personas de color (Roy, 1989). Las personas que están aisladas socialmente, que son viudas, divorciadas o separadas, presentan tasas de suicidio superiores a la de las personas que poseen apoyo social de amigos o de otros familiares (Monk, 1987).

Tradicionalmente, los estudios epidemiológicos han demostrado que las personas que intentan suicidarse son con mayor frecuencia mujeres, jóvenes y casadas, y suelen utilizar fármacos, mientras que las personas que consuman su suicidio acostumban a ser hombres mayores que están solos y utilizan métodos más violentos y letales como ahorcamiento, asfixia o por un disparo (Rundell & Wise, 2002). Entre los hombres, las tasas de suicidio se incrementan gradualmente durante la adolescencia, aumentan bruscamente a principios de la edad adulta, y avanzan en paralelo con la edad hasta alcanzar el intervalo de 75 a 84 años, en que llegan a una proporción de 22 suicidios por cada 100.000 hombres. Por otro lado, la tasa de suicidios entre las mujeres alcanza su máximo en las edades medias y luego disminuye, al contrario de lo que ocurre con los picos bimodales que se observan en los hombres (Shneidman, 1989; cp. Rundell & Wise, 2002).

En la población general, los trastornos psiquiátricos, particularmente la depresión y el alcoholismo, se asocian a la mayor parte de los suicidios consumados que se han estudiado retrospectivamente. De 134 suicidios registrados en el condado de Saint Louis, el 94% sufría trastornos psiquiátricos y un 4% sufría de enfermedades terminales. El 47% de los que fallecieron padecía una depresión mayor, y un 24% alcoholismo (Rundell & Wise, 2002).

La tasa de suicidio en este continente, tiene una distribución por países entre las edades de 15 y 24 años, de 10 x 100 000 habitantes en Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estados Unidos, Uruguay y Venezuela, y entre 6 y 10 x 100 000 habitantes están en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Panamá y Puerto Rico (Reyes & Alonso, 2001).

En Venezuela las muertes violentas (constituidas por homicidios y suicidios) junto con las muertes por accidentes, ocuparon la primera causa de muerte según el Anuario de Mortalidad del año 2002. Para este año los homicidios y suicidios constituían la tercera causa de muerte con 8.781, de los cuales 7.482 eran muertes producidas por homicidios y 1.299 eran por suicidios, constituyendo casi el 9% del total de muertes ocurridas en el año. Estas cifras de suicidios y homicidios se han ido incrementando, ya que en el año 2000 constituían la quinta causa de muerte, y en el año 1990 era la séptima causa de muerte con solo el 3,9% del total de muertes para ese año (Rísquez, 2004).

3. Cáncer:

El cáncer consiste en un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento sin control y la propagación de células anormales. Es la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano. La célula normal pasa a convertirse en una célula cancerosa debido a un cambio o mutación en el ADN. A veces esas células, cuya carga genética ha cambiado, mueren o son eliminadas en los ganglios linfáticos. Pero, otras veces, siguen con vida y se reproducen. Las células cancerosas tienen un aspecto diferente, bien porque su forma ha cambiado o porque contengan núcleos más grandes o más pequeños. Estas células son incapaces de realizar las funciones que corresponden a las células pertenecientes a ese tejido.

Generalmente se multiplican muy rápidamente, porque les falta un mecanismo de control del crecimiento. Con frecuencia, son inmaduras debido a que se multiplican de una forma muy rápida y no tienen tiempo suficiente para crecer plenamente antes de dividirse. Al formarse un gran número de células cancerosas, se amontonan, presionan o bloquean a otros órganos y les impiden realizar su trabajo. Como no se limitan al espacio originario donde se forman, y se extienden a otras zonas, se dice que son invasivas. Tienden a emigrar a otros lugares, a través de la sangre o de la linfa. Las células que se encargan de la defensa del organismo suelen destruirlas, así separadas, pero si sobreviven pueden producir un nuevo crecimiento en un lugar diferente, metástasis, y dañar a otros órganos.

La presente investigación se enfoca específicamente en cuatro tipos de cáncer, a saber, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de recto y cáncer de pulmón, ya que estos se encuentran entre los diagnósticos que tienen mayor incidencia en la población venezolana. A continuación se describen brevemente cada uno de ellos.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido. Corresponde al tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria, es decir que, cuando las células tumorales con capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, están ubicadas en la mama, constituye el cáncer de mama. Los factores de riesgo que han sido asociados a este tipo de cáncer son: factores genéticos, hormonales, ambientales (obesidad, dieta, irradiación), historia menstrual y antecedentes de otras neoplasias. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres (Lopez-Lara, González, Santos y Sanz, 1999).

Por otra parte el cáncer de cuello uterino, es el tipo de cáncer que comienza en la parte inferior del útero (matriz) y se abre en la parte posterior de la vagina. El desarrollo de este tipo de cáncer es muy lento y comienza como una afección

precancerosa llamada displasia, la cual se puede detectar por una prueba de Papanicolau y es 100% tratable. Este tipo de cáncer también es denominado cáncer cervical y es el tercer tipo de cáncer más común en las mujeres a nivel mundial, siendo el de mayor incidencia en las mujeres venezolanas. La mayoría de los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas (planas) que revisten el cervix. Para este tipo de cáncer no se conoce una causa específica, pero hay diversos factores que aumentan el riesgo de padecerlo, entre los que se encuentran: la iniciación sexual temprana, la multiplicidad de parejas sexuales, la maternidad antes de los 16 años, infecciones por HPV (virus de papiloma humano), HIV (virus de inmunodeficiencia adquirida) y herpes genital (Lopez-Lara et al., 1999).

En relación al cáncer de recto, es también llamado cáncer colorectal, ya que este último incluye cualquier tipo de neoplasias del colon, recto y apéndice. Se piensa que muchos de los cánceres colorectal nacen de un pólipo adenomatoso en el colon o el recto que por diversas circunstancias evoluciona a tumor maligno. Estos crecimientos celulares de forma de hongo son usualmente benignos, pero pueden volverse cancerosos con el tiempo. En la mayoría de los casos el diagnóstico de cáncer localizado es por colonoscopia. En el caso específico del cáncer de recto las células cancerosas se localizan en los tejidos del recto. La edad, la alimentación, la inactividad física, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, antecedentes familiares y antecedentes personales de cáncer colorectal son los principales factores de riesgo para este tipo de cáncer (Lopez-Lara et al., 1999).

Por último, el cáncer de pulmón se refiere a un crecimiento anormal de células en el tejido pulmonar. Dicho crecimiento es generalmente maligno proveniente de células epiteliales y puede causar metástasis e infiltración en otros tejidos del cuerpo. Este tipo de cáncer es una de las enfermedades más graves y que tiene mayor incidencia en el ser humano a nivel mundial. En cuanto a los factores de riesgo asociados al cáncer de pulmón, se han descrito los siguientes:

el tabaco, las ocupaciones laborales, la edad, el sexo, factores genéticos y la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Lopez-Lara et al., 1999).

3.1 Epidemiología del cáncer:

La incidencia del cáncer en las personas puede variar de acuerdo al lugar de origen, el estilo de vida, la cultura, el nivel socioeconómico, etc. Las enfermedades oncológicas en el año 2004 constituyeron uno de los mayores problemas que enfrentaba el sector de la salud pública en los países desarrollados (Lopez-Lara et al., 1999).

Según datos y estadísticas obtenidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer. Mas del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes. Se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en el 2015, y 11,4 millones para el 2030.

Los hispanos y latinos adultos presentan las siguientes estadísticas en relación a las principales causas de muerte: el 25% se debe a enfermedades cardiacas, el 20% al cáncer, el 8% de las muertes se deben a accidentes, el 6% a enfermedades cerebrovasculares y el 5% a la diabetes. Es decir, que el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del corazón. Los hispanos tienen tasas más bajas de incidencia y mortalidad de todos los tipos de cáncer combinados, que las personas no hispanas, excepto del cáncer de estomago, hígado y cuello uterino. Las tasas de mortalidad a causa del cáncer de seno (mama), de cuello uterino y de la próstata, tipos de cáncer que se pueden detectar de forma temprana (cuando el cáncer esta localizado), disminuyeron menos en la población hispana que en la población de personas no hispanas,

según la Sociedad Americana del Cáncer (SAC) (datos del período 2000-2001). Los tipos de cáncer que se diagnostican con mayor frecuencia entre los hombres y mujeres de origen hispano son el cáncer de seno, de pulmón y de colon, al igual que en los estadounidenses en estos dos últimos casos (SAC, 2001).

En Venezuela el cáncer constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, hasta tanto, que una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por cáncer. Esta enfermedad ocupa el segundo lugar entre las diversas causas de muerte de nuestro país, posición que ha mantenido en los últimos 25 años, siendo solo superado por enfermedades del corazón y representando el 15% de la mortalidad diagnóstica del país. Estas cifras son alarmantes, tomando en cuenta que para el año 2005, 18155 personas murieron a causa de esta enfermedad, representando el 14, 93 % de las causas de muertes en Venezuela, según cifras publicadas en el Anuario de Mortalidad del Ministerio de Sanidad (MS) de dicho año (MS, 2005; cp. Capote, 2006).

Es de interés resaltar, que el porcentaje de muertes por cáncer en mujeres alcanza el 19,4 %, mientras que en varones sólo alcanza el 12,7 %. En mujeres, el cáncer de cuello uterino junto con las muertes por útero no especificados, se encuentra en el primer lugar con 1612 defunciones, representando el 18% de las muertes por cáncer en este género, en segundo puesto se observa el cáncer de mama que alcanzó en el 2005 a 1425 defunciones y ha mostrado un aumento notable en los últimos años. El cáncer de pulmón, estómago, colón y recto se presentan en las siguientes posiciones. Por otro lado, en varones, se observa que el cáncer de próstata se encuentra en primera posición, con un total de 1766 defunciones, representando casi el 20% de la mortalidad por cáncer en este género, seguido por cáncer de pulmón, estómago, colón y recto. Sin embargo, es importante mencionar que, tomando en cuenta ambos géneros, es el cáncer de pulmón con 2668 defunciones, la neoplasia maligna que lidera la mortalidad en el país, ya que es una patología correspondiente a un órgano común a ambos

géneros. El cáncer de próstata y cuello uterino están en segunda y cuarta posición a pesar de estar en órganos específicos a uno de los géneros respectivamente. Estas cifras marcan con claridad las patologías en las que se deben reforzar las actividades preventivas y de diagnóstico precoz, ya que representan el 41% de la mortalidad por cáncer en Venezuela (Capote, 2006).

3.2 Aspectos Psicológicos Asociados al Cáncer:

Recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por el tratamiento del mismo supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones los recursos de las personas que lo padecen y de sus familias. Diferentes estudios han establecido que entre un 30% y un 50% de las personas que padecen un cáncer presentan alguna alteración psicológica. Los problemas de depresión y ansiedad son los más frecuentes y muchas veces no son tratados. De hecho uno de los objetivos de las intervenciones terapéuticas en estos pacientes, es la disminución de la indefensión y la desesperanza, ya que esto anima a la persona para que adopte más responsabilidad en volver a estar bien y en colaborar con los tratamientos médicos (Bárez, Blasco y Fernandez, 2003).

En este sentido, el cáncer es una enfermedad frecuentemente asociada a la desesperación, al dolor, al miedo y a la muerte. Tanto su diagnóstico como el tratamiento van acompañados de un estrés psicológico derivado no solo de los síntomas de la enfermedad, sino también de las percepciones que se tienen de la misma (García-Camba, 1999).

En un estudio realizado en el año 2000 por Perol, López-Roig, Rodríguez-Marín, Pastor, Mora, Martín-Aragón, et al., acerca de las diferencias en la calidad de vida y estado emocional (ansiedad y depresión) de 21 pacientes con cáncer que se encontraban recibiendo tratamiento de quimioterapia, encontraron que la calidad de vida global y la condición física percibida se asociaron entre sí y con la depresión. Los síntomas de la enfermedad, el impacto económico y el impacto

social se asociaron con los niveles de depresión y ansiedad, mientras que la discapacidad funcional se relacionó con la calidad de vida global. Al parecer existe un incremento de la depresión y una disminución de la ansiedad en estos pacientes conforme se alarga el período de tratamiento, y perciben peor condición física y síntomas de enfermedad y tratamiento en las fases finales del tratamiento de quimioterapia. La condición física tiene un peso importante en la percepción que se hace de la calidad de vida global, y todo esto está relacionado a su vez con el estado emocional del paciente (sobre todo con la depresión). Estos autores concluyen diciendo que el estado emocional de los pacientes, bien siendo más relevantes los síntomas depresivos, bien los ansiosos o ambos, se asocia a la percepción que tienen de determinados aspectos de su enfermedad (Perol, et al. 2000).

3.3 Depresión y Cáncer:

Las causas de la depresión tal y como se mencionó anteriormente son complejas, ya que se mueven desde lo biológico como factores genéticos, anomalías hormonales, desequilibrio en los neurotransmisores (deficiencia en serotonina, dopamina o noradrenalina o todos), hasta lo mencionado anteriormente, como trauma reciente o factores estresantes en la vida diaria; se incluyen además las causas debidas a otra enfermedad, o concomitante con otra enfermedad, o como resultado del tratamiento de otra enfermedad. Un ejemplo de esto último es que este trastorno afectivo parece afectar según Lynch (1995) entre el 15% y el 25% de los pacientes que padecen de cáncer. Es por esto que en la presente investigación, se pondrá el énfasis en el estudio de los niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida de los pacientes con cáncer.

La depresión afecta de manera similar tanto a hombres como a mujeres con cáncer. Las personas que han recibido un diagnóstico de cáncer pasan por distintos niveles de estrés y angustia emocional. Entre las preocupaciones más

importantes en la vida de cualquier persona con cáncer se encuentran las siguientes: El miedo a la muerte, la interrupción de planes futuros, los cambios en la percepción corporal y el amor propio, los cambios de su papel social y su estilo de vida, las preocupaciones monetarias y legales.

Todas las personas que son diagnosticadas con cáncer reaccionarán a estas preocupaciones de forma diferente y podrían no sufrir de depresión grave, sin embargo hay quienes si desarrollan síntomas depresivos, que en muchas ocasiones puede pasar desapercibido por los pacientes y los médicos tratantes como puede verse en el siguiente estudio realizado en 1995 por Passik, Dugan, McDonald, Rosenfeld, Theobald y Edgerton llamado: "Reconocimiento oncológico de la depresión en pacientes con cáncer", en el cual se pretendía determinar el grado de conocimiento médico de los diferentes niveles de síntomas depresivos en pacientes con cáncer y describir las características de los pacientes que influyen en el cuidado de esos síntomas depresivos percibidos médicamente. La muestra utilizada por este estudio fue de 1109 sujetos que habían sido tratados por 12 oncólogos, quienes completaron una escala de depresión (Zung Self-Rating Depression Scale) y fueron entrevistados para saber la proporción o cantidad de síntomas que presentaban de depresión y ansiedad.

Se comparó la percepción de los médicos de los síntomas depresivos con la que tenían los propios pacientes y se encontró que, el nivel de depresión percibido por los médicos tuvo una relación significativa con los niveles reportados por los pacientes en función de la escala de depresión (ZSDS). Sin embargo, el acuerdo entre médicos y pacientes era más frecuentemente agrupado cuando los pacientes reportaban pocos o ningún síntoma depresivo. Es decir que, mientras que la clasificación determinada por los médicos basados en la entrevista realizada a los pacientes concuerdan en un 79% de las veces con los pacientes que no tienen una sintomatología depresiva significativa, solo concuerdan 33% y 13% de las veces con los pacientes que presentan un grado moderado y severo de estos síntomas respectivamente.

La clasificación determinada por los especialistas estaba más influenciada por el reporte de los pacientes de síntomas frecuentes y obvios del estado de ánimo, tristeza, llanto e irritabilidad. Esta clasificación quizás estuvo influenciada por los correlatos médicos de los niveles de síntomas depresivos presentados por estos pacientes (estado funcional, estado o curso de la enfermedad y tipo de tumor). Instrumentos de evaluación y entrevistas más específicas podrían ayudar a identificar a los médicos, de una manera más asertiva, a los pacientes que están deprimidos. Adicionalmente, los pacientes cuya depresión fue incorrectamente clasificada reportaron de manera significativa niveles elevados de aflicción y tuvieron niveles elevados de impotencia. La correlación más alta en relación a la clasificación de depresión se encontró en el rango de ansiedad y aflicción reportada por los pacientes.

La percepción de los especialistas de los síntomas depresivos presentados por los pacientes concordó con la clasificación realizada por los propios pacientes, pero hay una tendencia a subestimar los niveles de síntomas depresivos, en los pacientes que están más deprimidos. Estos están más influenciados por síntomas como llanto y humor depresivo, y factores médicos que son convenientes, pero no de más seguridad, indicadores de depresión en esa población. La clasificación de los médicos de los síntomas de angustia, pena y dolor de sus pacientes, parece ser global, correlaciona altamente con ansiedad, aflicción y disfunciones globales. Sin embargo, la imposición médica quizás fuese mejor si ellos hubiesen sido instruidos para probar de manera más segura y confiable síntomas cognitivos como anhedonia, culpa, pensamiento suicida y desesperación.

En otro estudio Bodurka-Bevers, Basen-Engquist, Carmack, Fitzgerald, Wolf, Moor, et al., evaluaron el impacto o dolor psicológico y la calidad de vida en pacientes con cáncer de ovarios y examinaron la relación que existe entre estos problemas, la salud y las variables demográficas y sociales. Ellos estudiaron 246 pacientes con cáncer de ovarios y evaluaron la depresión a través de una escala

del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión (CES-D) y la ansiedad fue medida a través de la subescala de estado de ansiedad del Inventario de Ansiedad de estado-rasgo de Spielberger.

Al igual que en el estudio anterior, se encontró que el 26% de los pacientes tuvieron un temprano estado de dolencia o enfermedad; 181 pacientes (74%) tenían una dolencia o enfermedad avanzada. El 49% de los pacientes estaban bajo tratamiento activo, mientras que el 51% fueron vistos en seguimiento luego de la terapia. El 21% de los pacientes obtuvieron criterios clínicos significativos de depresión y el 29% obtuvo un puntaje superior al percentil 75 en la escala de ansiedad (Bodurka-Bevers et al., 2000).

Es importante mencionar que el estudio de depresión en pacientes con cáncer ha tenido algunas trabas debido a la dificultad que se tiene para establecer un criterio diagnóstico, a partir de signos neurovegetativos y síntomas quizás atribuibles unos u otros a depresión o enfermedades físicas. Esta confusión también ha surgido en como definir el límite entre el abatimiento normal debido a una enfermedad y una depresión clínicamente patológica. Es por esto que Bukberg, Penman y Holland, realizaron un estudio en el año 1999, acerca de la depresión en pacientes con cáncer hospitalizados, en donde se estudiaron 62 pacientes, y se utilizó la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-III, autoreportes de pacientes, y entrevistas. En dicho estudio se encontró que el 42% de los pacientes presentaron criterios para depresión mayor, de los cuales el 24% con síntomas severos y un 18% con síntomas moderadamente severos. El 14% de la muestra no presentó síntomas depresivos. Las variables clínicas y demográficas fueron evaluadas en relación a la depresión, y solo las deficiencias o incapacidades físicas en un grado elevado, fueron claramente asociadas. Otros eventos negativos en la vida y la pobre calidad del apoyo social fueron adicionalmente asociadas con la depresión en estos pacientes imposibilitados. El uso de criterios diagnósticos claramente definidos para la depresión en los

pacientes con cáncer proporciona la base del estudio y de la implementación de intervenciones terapéuticas específicas.

Sin embargo, a diferencia de estas dos investigaciones Berard, Boermeester y Viljo realizaron un estudio en el año 2001, en el que 456 pacientes completaron la escala de ansiedad y depresión en hospitales (HADS). De esa muestra 245 también habían completado el inventario de depresión de Beck (BDI), y 100 de los pacientes fueron sujetos a una entrevista psiquiátrica estructurada. La preponderancia de depresión en esta población es de aproximadamente el 14%, el cual es una más baja estimación que en cualquier otra parte. Es decir, que solo el 14% de los casos de depresión que fueron entrevistados habían sido identificados y tratados por el sistema de cuidados de salud. Este estudio vislumbra la necesidad de detectar e identificar los síntomas depresivos que se pueden presentar en pacientes con cáncer, y de implementar estrategias para un efectivo manejo en el tratamiento de los mismos.

Así mismo, Kelsen, Portenoy, Thaler, Niedzwiecki, Passik, Tao, et al. (2001), se propusieron evaluar la prevalencia que tiene la aflicción y depresión, su correlación, y el efecto que tiene en la calidad de vida en pacientes quienes han sido recientemente diagnosticados con cáncer pancreático. Utilizaron instrumentos como el inventario de depresión de Beck (BDI), escala de desesperanza (BHS) y estilo de vida como un indicador de cáncer (FLIC). Los pacientes fueron evaluados después de su primera operación debido al cáncer de páncreas, o después del primer tratamiento de quimioterapia. Para el momento del estudio 37% de los pacientes no presentaban aflicción (dolor) y un 34% restante tuvo aflicción en un grado medio o menos severo. Solo el 29% de los pacientes tuvieron un grado moderado, severo y fuerte de aflicción. Los pacientes de quimioterapia reportaron significativamente más aflicción, que los pacientes que habían sido previamente operados. Una minoría sustancial de pacientes (38%) obtuvo en la escala de Beck niveles elevados de síntomas depresivos. Hubo una correlación significativa entre

la creciente aflicción y los síntomas depresivos, sobre todo en pacientes quienes ya habían experimentado aflicción.

Se compararon pacientes que no presentaban aflicción o tenían muy poca y pacientes con moderada o gran aflicción, obteniendo estos últimos una peor actividad funcional y una calidad de vida más pobre. Parece haber una correlación significativa entre el incremento de la aflicción y los síntomas depresivos y el deterioro de la calidad de vida y del funcionamiento en general del paciente. Los resultados de esta investigación demostraron que la presencia de aflicción y síntomas depresivos moderados y severos no prevalecen en el diagnóstico reciente de cáncer pancreático. Sin embargo, pareciera que la calidad de vida y funcionamiento de los pacientes con esta enfermedad son negativamente afectados por niveles moderados y severos de aflicción percibidos intensamente por estos pacientes.

Algunas veces es difícil diagnosticar la depresión de personas con cáncer porque es complicado separar sus síntomas de los efectos secundarios de los medicamentos o de los síntomas del cáncer en sí, sobre todo en pacientes que estén recibiendo tratamiento activo para el cáncer o en los que padecen la enfermedad en estado avanzado. Sin embargo, los síntomas de culpabilidad, inutilidad, desesperación, los pensamientos suicidas y la pérdida del placer son los más útiles a la hora de diagnosticar la depresión en personas con cáncer, ya que son los más frecuentemente encontrados en estos pacientes (Instituto Nacional del Cáncer, 2005).

Los factores de riesgo relacionados con el cáncer, para el desarrollo de la depresión son:

- Que el paciente tenga depresión al momento del diagnóstico de cáncer;
- El dolor controlado de una forma precaria;
- Que el cáncer se encuentre en una etapa avanzada;
- Otros factores cotidianos que le produzcan tensión al paciente;

- Trastornos físicos o dolores fuertes;
- Tratamiento con algunos medicamentos contra el cáncer.

Por otro lado, existen factores de riesgo que no están relacionados con el cáncer, tales como:

- Un historial de depresión;
- Falta de apoyo familiar;
- Historial familiar de suicidio o depresión;
- Previos intentos de suicidio;
- Historial de alcoholismo o drogadicción;
- Padecer de varias enfermedades a la vez que producen síntomas de depresión como derrames cerebrales o ataques del corazón.

El tipo de depresión más común en los pacientes con cáncer es la llamada depresión reactiva, la cual se caracteriza por los cambios de humor continuos y la incapacidad para participar en actividades normales. Los síntomas duran más tiempo y son más pronunciados que los de una reacción normal y esperada, pero no cumplen los requisitos para considerarse que indican una depresión grave. Cuando estos síntomas interfieren de manera importante con las actividades diarias de la persona, como el trabajo, los estudios, las compras o el cuidado del hogar, se les debe tratar igual que a los de la depresión grave (por ejemplo, con intervención en situaciones de crisis, orientación y medicamentos, sobre todo con fármacos que pueden aliviar rápidamente los síntomas más duros). En las personas con cáncer avanzado puede ser problemático basar el diagnóstico sólo en estos síntomas, ya que la enfermedad puede estar provocando una disminución de sus funciones. Es importante identificar la diferencia entre la fatiga y la depresión ya que estas pueden ser evaluadas y tratadas por separado (Instituto Nacional del Cáncer, 2005).

También existen muchos factores médicos que pueden provocar la depresión de los pacientes con cáncer. En este caso los medicamentos suelen

ayudar más que la orientación, sobre todo si los factores médicos no se pueden cambiar (por ejemplo, si las dosis del medicamento que está causando la depresión no se pueden reducir ni detener). Algunas de las causas médicas de depresión en los pacientes con cáncer son: padecer dolor no controlado; tener niveles anormales de calcio, sodio o potasio en la sangre; padecer anemia o deficiencia de vitamina B12 o de folato; tener fiebre; contar con niveles anormales de la hormona tiroidea; o tener esteroides en la sangre.

3.4 Suicidio y Cáncer:

En el estudio más amplio sobre la relación entre el cáncer y el suicidio, Allebeck, Bolund y Ringback (1985) efectuaron un análisis estadístico de los 963 suicidios que se registraron entre 1962 y 1979 entre una población sueca de 424.127 personas con un diagnóstico de cáncer, y hallaron un riesgo relativo del 1,9 para los hombres y del 1,6, para las mujeres. Los tumores gastrointestinales (exceptuando colon y recto) en los hombres (riesgo relativo 3,1) y los tumores de pulmón en ambos sexos (riesgo relativo 3,1 en hombres y 3,5 en mujeres) se asociaron a la mayor mortalidad por suicidio. Allebeck et al., también realizaron el importante descubrimiento de que cuanto mayor tiempo pasaba desde que se había efectuado el diagnóstico, menor era el riesgo. En el primer año después del diagnóstico el riesgo relativo era de 16,0 en los hombres y de 15,4 en las mujeres. Si habían pasado uno o dos años desde el diagnóstico la tasa descendía a 6,5 en el caso de los hombres y a 7,0 entre las mujeres. Si habían transcurrido 3-6 años, la proporción era de 2,1 para los hombres y 3,2 para las mujeres. A los 10 años del diagnóstico, la tasa era, del 0,4, siendo menos de la mitad que la de la población en general (Allebeck, et al. 1985).

El dolor, la desfiguración y la pérdida de funciones que comportan el cáncer en la imaginación popular pueden desencadenar el suicidio, en especial al inicio de la enfermedad. El relativamente elevado riesgo de suicidio en el período inmediato al diagnóstico corresponde al tiempo de más temor. No obstante, los

datos también sugieren que a medida que los pacientes con cáncer viven más con su enfermedad, se sienten menos amenazados y menos inclinados a considerar el suicidio como una forma de escapar de su terror (Rundell y Wise, 2002).

Ante estos hechos y tomando en cuenta la relación que algunos autores han establecido entre la depresión y el cáncer, surge una interrogante en relación al suicidio ¿Porqué algunos pacientes con cáncer que sufren depresión prefieren una muerte temprana y otros no? Con la finalidad de responder esta interrogante Tatsuo, Hitoshi, Yamawaki, y Uchitomi, realizaron una investigación en el año 2000; y planteaban que la depresión mayor era un factor de riesgo para el suicidio en pacientes con cáncer tanto como en la población general. Sin embargo, no hay datos que expliquen por que algunos pacientes que tienen depresión mayor tienen ideación suicida, mientras que otros no. Los autores investigaron los antecedentes de las diferencias entre los pacientes que sufren depresión mayor con y sin ideación suicida, mediante el análisis de datos de pacientes referidos por psiquiatras. Entre los 1721 pacientes referidos, 220 (12,8%) fueron diagnosticados con depresión mayor, y de estos 113 (51,4%) tenían ideación suicida. El análisis logístico de regresión indicó que las dificultades o deficiencias a nivel físico y una depresión severa fueron factores de riesgo significativos. Estos descubrimientos preliminares sugieren que el grado de severidad de la depresión mayor y el funcionamiento físico en general son importantes indicadores de la ideación suicida en los pacientes con cáncer.

En este mismo sentido, 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 de dos a diez veces más frecuente. Algunas investigaciones indican que, aunque relativamente pocos pacientes con cáncer cometen suicidio, ellos enfrentan un riesgo de suicidio mayor (Bolund, 1985). Los pensamientos suicidas pasivos son relativamente comunes en los pacientes con cáncer. Las relaciones entre la tendencia suicida y el deseo de una muerte apresurada,

solicitudes de ayuda que en ocasiones estos pacientes le hacen al médico para cometer suicidio, o eutanasia son complejas y poco entendidas.

Para algunos autores como se mencionó anteriormente, los hombres con cáncer tienen claramente un riesgo mayor de cometer suicidio comparados con la población en general, con un riesgo relativo alto de 2,3 (Bolund, 1985). La sobredosis con analgésicos y sedantes es el método más común de suicidio entre las personas que padecen de cáncer, y la mayoría de los suicidios relacionados con el cáncer ocurren en casa. Los informes médicos identifican una mayor incidencia de suicidio en los pacientes con cáncer oral, faríngeo y pulmonar, y en pacientes VIH positivos con el sarcoma de Kaposi (Bolund, 1985; Hem, Loge & Haldorsen, 2004). El problema que se presenta en relación a este tema es que la incidencia real de suicidio en pacientes con cáncer probablemente se subestima, especialmente porque existe renuencia a informar de la muerte por suicidio en estas circunstancias, por lo que no es posible tener todos los datos estadísticos de los casos de suicidio en estos pacientes con enfermedades oncológicas.

Entre los factores de riesgo de suicidio generales en las personas con cáncer se incluyen los siguientes:

- Un historial de problemas mentales, especialmente los asociados con comportamientos impulsivos (como los trastornos de la personalidad limítrofes);
- Antecedentes familiares de suicidio;
- Antecedentes de intentos de suicidio;
- Depresión (es por esto que es tan importante poder detectarla lo antes posible sobre todo en los pacientes con cáncer);
- Toxicomanía;
- La muerte reciente de un amigo o familiar significativo; y
- La escasez de apoyo social.

Existen algunos factores de riesgo específicos de suicidio en los pacientes con cáncer que son similares a los de depresión e incluyen los siguientes:

- Diagnóstico de cáncer oral, de la faringe o del pulmón (asociado a menudo con el uso excesivo del alcohol y el tabaco);
- Tener la enfermedad en estadio avanzado o recibir un pronóstico precario;
- Presentar estados confusos o delirantes;
- No estar controlando bien el dolor;
- Padecer problemas físicos como por ejemplo pérdida de la movilidad, incontinencia urinaria o de las heces, amputación de un miembro, pérdida de la vista o la audición, parálisis, incapacidad de comer o tragar, cansancio y agotamiento (Instituto Nacional del Cáncer, 2005).

Es preciso evaluar cuidadosamente a todos los pacientes suicidas. El riesgo de suicidio aumenta si el paciente informa que suele pensar en suicidarse y tiene un plan para hacerlo, y es aún más elevado si el plan es "letal", es decir, si es probable que la acción planeada produzca la muerte. Es más seguro que se lleve a cabo un plan de suicidio letal si la persona tiene a su alcance los medios para hacerlo, si la acción no se puede detener una vez se ha empezado, y si la persona no tiene ayuda. Cuando un paciente con cáncer informa que piensa en la muerte, es importante determinar si la causa fundamental de los pensamientos es la depresión o el simple deseo de controlar síntomas insoportables. La identificación y el tratamiento inmediato de la depresión grave son claves para reducir el riesgo de suicidio. Se debe determinar con cuidado cuáles son los factores de riesgo, especialmente la desesperación (la cual sirve mejor que la depresión para predecir el suicidio). La evaluación de la desesperación de las personas con cáncer en estadio avanzado sin esperanza de curación no es fácil. Es importante determinar las razones básicas de la desesperación, las cuales pueden estar relacionadas con los síntomas del cáncer, el miedo a sufrir una muerte dolorosa, o los sentimientos de abandono (Instituto Nacional del Cáncer, 2005).

III. MÉTODO

Problema a Investigar

¿Cuáles son los niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer tratados en el Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño” durante el período marzo-julio del año 2008?

Hipótesis

General:

Los pacientes adultos con cáncer que asisten al Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño”, presentaran puntuaciones ponderadas altas en las pruebas que miden los niveles de depresión y de riesgo suicida.

Específicas:

- 1.- Los pacientes de edad avanzada, solteros, separados o divorciados, que se encuentran desempleados, con un bajo nivel socioeconómico y que viven en zonas urbanas, presentaran mayor riesgo suicida y niveles de depresión.
- 2.- Los pacientes que padecen de dolor, tienen antecedentes personales de ideación suicida, antecedentes familiares de intento suicida o historia de suicidio en la familia, antecedentes de trastorno depresivo mayor, ausencia de apoyo social, abuso de sustancias y diagnóstico de algún otro trastorno psiquiátrico, presentaran niveles elevados de riesgo suicida.
- 3.- Los pacientes que obtengan puntuaciones elevadas en el inventario que mide niveles de depresión, obtendrán puntuaciones elevadas en el inventario que mide niveles de riesgo suicida.

Variables

Endógenas

Depresión

Definición Conceptual: La depresión estará definida como el resultado de todas aquellas ideas que implican una representación que el sujeto se hace de la no realizabilidad de un deseo en que alcanzaría un ideal, o una medida, con respecto al cual se siente arruinado, fracasado, inferior, culpable (Bleichmar, 1988). En este sentido, la tristeza es la manifestación dolorosa ante este pensamiento; la inhibición, la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo; el llanto, además de expresión de dolor, es el intento regresivo de obtener lo deseado; el autorreproche es la respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo, por la frustración del deseo.

Definición Operacional: La depresión va a estar definida operacionalmente por la puntuación total obtenida en el Inventario de Depresión de Beck, la cual estará constituida por la suma de la puntuación obtenida en cada uno de los 21 ítems que lo conforman, los cuales evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de depresión (ver anexo A). La depresión va a estar definida por las puntuaciones correspondientes a las distintas categorías establecidas: Depresión ausente: puntuaciones entre 0-9; Depresión Leve: puntuaciones entre 10-18; Depresión Moderada: entre 19-29 puntos; y Depresión grave: puntuaciones mayores a 30 (Beck, 1961; Conde, 1975).

Riesgo Suicida

Definición Conceptual: Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida (Martínez, 2007).

Definición Operacional: va a estar determinado por la suma de ítems positivos (respuesta afirmativa) en la escala de riesgo suicida de Plutchik, mientras mayor es el número de ítems con respuesta positiva, mayor es el riesgo suicida (véase

anexo B). El riesgo suicida es alto cuando la puntuación obtenida es de 6 puntos o más, es decir, 6 o más respuestas afirmativas (Plutchik, Praga, Conde y Picard, 1989; Rubio et al, 1998).

Tipo de Cáncer

Definición Conceptual: “El cáncer es un grupo heterogéneo y numeroso de enfermedades malignas, caracterizadas por una proliferación celular anormal, de origen genético monodonal, anaplásica, autónoma, progresiva y destructiva, que sin tratamiento conduce a la muerte precoz del individuo” (López-Lara, et al. 1999, p.13).

Su clasificación depende del órgano afectado por las células tumorales.

Definición Operacional: presencia o ausencia de cada uno de los tipos de cáncer histológicamente confirmado y clínicamente diagnosticado por un especialista en el área. De esta manera para la presente investigación se toman en cuenta el cáncer de mama, de cuello uterino, de recto y de pulmón.

Nivel Socioeconómico:

Definición Conceptual: se refiere al estatus social medido a través de la fuente de ingreso, profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre y las condiciones de vivienda (Méndez-Castellano, 2001).

Definición Operacional: el nivel socioeconómico (NSE) va a estar determinado por las puntuaciones obtenidas en la escala Graffar, clasificándose en NSE alto a los sujetos que tengan puntuaciones entre 3 y 6, NSE medio alto entre 7 y 9, NSE medio-medio entre 10 y 11, NSE medio bajo los sujetos que obtengan 12 puntos, pobreza relativa puntuaciones entre 13 y 16, pobreza crítica entre 17 y 18 puntos y pobreza estructural entre 19 y 20 puntos (Méndez-Castellano, 2001).

Exógenas

Sexo:

El sexo será asignado por los sujetos según marquen con una "M" (masculino) o "F" (femenino), en la ficha de recolección de datos (ver anexo C). Será codificado como: Masculino = 0 y Femenino = 1.

Edad:

Edad cronológica expresada en años por los sujetos en la ficha de recolección (véase anexo C).

Estado Civil:

Será asignado por los sujetos según marquen "S" (soltero), "C" (casado), "D" (divorciado) o "V" (viudo), en la ficha de recolección de datos (ver anexo C). Será codificado como: Soltero = 0, Casado = 1, Divorciado = 2 y Viudo = 3.

Tipo y Diseño de Investigación

El presente es un estudio no experimental, de corte transversal, el cual según Kerlinger (1988) es: "una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables, las inferencias entre las variables se hacen, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes". Se dice que es de corte transversal debido a que la respuesta de los sujetos serán registradas en un solo momento en el tiempo (Kerlinger y Lee, 2002).

Así mismo, es un estudio descriptivo correlacional, ya que evalúa diversos aspectos, características, propiedades o perfiles de los pacientes adultos con cáncer, el cual constituye el fenómeno a estudiar en esta investigación, y además

intenta conocer la relación que existe entre los niveles de depresión y los niveles de riesgo suicida, y la relación entre los niveles de riesgo suicida y los factores psicosociales de riesgo suicida (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2006).

En el planteamiento del presente diseño de investigación, se utilizaron diferentes estrategia de control: en primer lugar, las pruebas fueron administradas en igualdad de condiciones físicas y ambientales, así como también se utilizo la misma consigna para todos los sujetos; en segundo lugar, solo se consideraron los pacientes oncológicos que fueron tratados en Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño, con la finalidad de hacer la muestra lo más homogénea posible. Por otra parte, se incluyeron solo aquellos pacientes diagnosticados con cáncer de mama, cuello uterino, de recto y pulmón, diagnosticados por el oncólogo clínico tratante. Por lo que todos los participantes habían recibido el diagnostico clínico de cáncer por un experto en el área.

Por último se controló el orden de aplicación de los instrumentos, el cual fue: 1) Inventario de Depresión de Beck, 2) Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, 3) Ficha de recolección de datos, conformada por datos sociodemográficos tales como sexo, la edad, estado civil, lugar de procedencia, ocupación laboral, ubicación geográfica, grupo étnico; datos clínicos tales como tipo de diagnóstico, tiempo del diagnóstico, tratamiento oncológico; y datos referentes a los factores psicosociales de riesgo suicida, tales como presencia o ausencia de dolor, ideación suicida, intento suicida, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes de depresión mayor, abuso de sustancias, otros diagnósticos psiquiátricos y apoyo social; esta información fue obtenida a través de una entrevista estructurada individual realizada por el investigador. 4) Escala Graffar.

Población y Muestra

Se utilizó una muestra análoga a la población de estudio. Dicha muestra se extrajo de pacientes adultos con cáncer asistidos en el Instituto de Oncología “Dr.

Miguel Pérez Carreño”, ubicado en Bárbula en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo.

Específicamente la muestra estuvo conformada por 100 pacientes adultos, 79 mujeres y 21 hombres, con edades comprendidas entre 19 y 76 y una media de 48 años de edad.

A su vez la muestra estuvo conformada por 34 pacientes con cáncer de mama, 33 pacientes con cáncer de cuello uterino, 19 pacientes con cáncer de recto y 14 pacientes con cáncer de pulmón.

Los participantes de este estudio fueron seleccionados mediante un muestreo intencional, que se caracteriza por el uso de juicios y por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos supuestamente típicos de la muestra (Kerlinger, 1988). Este muestreo no fue aleatorio sino intencional debido a que se parte de grupos preexistentes a los que el investigador tiene accesibilidad y que cumplen las características relevantes para la investigación (kerlinger y Lee, 2002).

Todos los pacientes dieron su consentimiento para formar parte de la investigación por lo que la participación fue absolutamente voluntaria.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI):

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Esta versión de 21 ítems fue adaptada y traducida al castellano y su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos (Conde, 1975).

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico (Beck & Steer, 1984).

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: > 30 puntos

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad del test oscila alrededor de $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. Por otra parte, muestra una correlación con otras escalas, en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (con una media de 0,72) y en sujetos no psiquiátricos los valores de correlación van desde 0.55 hasta 0.73 (con una media de 0.60) (Beck, Steer, & Garbin 1988).

En Venezuela no se encontró ninguna investigación en el área en la que se centra el presente estudio (Depresión, Riesgo Suicida y Cáncer), por ende no existe una referencia del uso del Inventario de Depresión de Beck (IDB) en esta área en Venezuela. Sin embargo, se han encontrado algunas referencias del uso de este inventario en Venezuela en otras áreas de investigación. Una de estas corresponde al estudio titulado “Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2”, realizado por Pineda et al. en el año 2004, en donde se concluyó que existe una comorbilidad entre la depresión y la Diabetes Mellitas tipo 2 y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con Diabetes (Pineda et al., 2004).

También se utilizó el IDB en un estudio acerca de la depresión en pacientes histerectomizadas, realizado en el Hospital “Jesús Yerena de Caracas”, por Álvarez y Cruz (1999), en donde se encontró 20% de pacientes deprimidas en el preoperatorio del grupo experimental y esto aumentó a 26,7% en el post-operatorio. En el grupo control se encontró 18,8% de pacientes deprimidas en el preoperatorio y 25% en el post-operatorio, no siendo significativas estas diferencias, pero siendo similar a la proporción de depresión encontrada en otros estudios (Álvarez & Cruz, 1999).

Así mismo, en la Universidad de los Andes se realizó un trabajo de investigación titulado “Evaluación de los síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la facultad de Farmacia y Bioanálisis” (Arias, 2004) tenía como objetivo detectar síntomas de depresión y la intensidad de los mismos en este grupo de estudiantes. Se concluyó que el 23,31% de los estudiantes resultaron con síntomas depresivos. Se observó predominio de los síntomas de intensidad leve (82%) seguido en orden de importancia por los de intensidad moderada (17%) y no hubo casos de intensidad severa (Arias, 2004).

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS):

Es un cuestionario para autoaplicación que contiene 15 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no), cada respuesta afirmativa puntúa 1 y la negativa 0, constituyendo la puntuación total, la suma de las puntuaciones de todos los reactivos.

Algunos autores consideran que la escala proporciona una medida del riesgo suicida como predictor de acciones futuras. Su punto de corte para la versión española es de 6 puntos (Rubio et al., 1998). La consistencia interna de esta escala se encuentra entre 0.84 y 0.90, y la fiabilidad test-retest es de 0.89, por lo que se considera una escala válida y confiable (Plutchik, Praga, Conte & Picard, 1989).

Esta escala se validó en la población española en Madrid con un grupo de 700 personas consideradas de alto riesgo suicida. La traducción castellana se consensó con los creadores de la versión original. Los autores del trabajo español concluyeron que la escala de riesgo suicida de Plutchik es un instrumento útil para discriminar entre individuos con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas. Plantean que es una prueba de rápida aplicación y que no requiere de un gran esfuerzo por parte de los pacientes o los profesionales (Rubio et al., 1998).

En Venezuela no se encontraron investigaciones anteriores realizadas con este instrumento.

Escala para medir Nivel Socioeconómico Graffar:

Es una escala que se utiliza para medir el nivel o estrato socioeconómico. Fue creada y validada en Venezuela por el Dr. Méndez Castellano, quien realizó un estudio piloto en Carabobo en donde aplicó el Método Graffar a una muestra de

3760, considerándose a partir de allí las siguientes variables para conformar la escala: 1) Profesión del jefe de familia, 2) Nivel de instrucciones de la madre, 3) Fuente de ingresos y 4) Condiciones de vivienda. Estas a su vez se define en 5 categorías que tienen un puntaje (véase anexo D). Para obtener la puntuación final se debe sumar las puntuaciones obtenidas en cada uno de las variables de acuerdo a la categoría seleccionada en cada una de ellas.

Las puntuaciones oscilan entre 3 y 20 y se clasifican en las siguientes categorías: Nivel alto (3-6 puntos), Nivel medio alto (7-9 puntos), Nivel medio-medio (10-11 puntos), nivel medio bajo (12 puntos), pobreza relativa (13-16 puntos), pobreza crítica (17-18 puntos) y pobreza estructural (19-20 puntos) (Méndez-Castellano, 2001).

Procedimiento

En primer lugar, se elaboró un anteproyecto de la investigación, el cual se sometió a consideración por la comisión de tesis del Postgrado de Psicología Clínica Comunitaria de la Universidad Católica Andrés Bello.

Luego se procedió a contactar la muestra, para ello fue necesario solicitar una autorización del Director del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”, a través de una carta en donde se le informaba acerca de los propósitos de la investigación y del procedimiento a seguir para la aplicación de las pruebas psicológicas a los pacientes oncológicos. Una vez obtenida esta aprobación, se estableció un horario de permanencia en el servicio de consulta externa del Instituto de Oncología para realizar las entrevistas a los pacientes, que eran referidos por los especialistas. Sin embargo, este procedimiento tuvo que modificarse debido a que la asistencia era muy poca. Posteriormente se solicitó la autorización para realizar las entrevistas en la sala de espera del servicio de quimioterapia.

Una vez obtenido este permiso, se le solicitaba el consentimiento informado a cada uno de los participantes para realizar las entrevistas individuales en donde se aplicaban los instrumentos, con medidas estandarizadas, ya que el investigador realizaba las aplicaciones de la misma manera, en el mismo ambiente y siguiendo las mismas instrucciones para todos los participantes, para garantizar la consistencia de las condiciones ambientales.

Una vez aplicados los instrumentos y realizada la entrevista, se procedió a corregir los mismos y a categorizar los datos de las entrevistas, con la finalidad de obtener la información necesaria para el cálculo de los datos estadísticos relevantes. Por último, se realizó la discusión de los resultados y se analizó las implicaciones de estos resultados con los objetivos específicos planteados, lo que permitió establecer las conclusiones pertinentes.

Consideraciones Éticas

Para realizar la investigación en el Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño”, se solicitó el permiso al Director de la institución Dr. Ernesto Rodríguez, a través de una carta que exponía el objetivo de la investigación y la descripción de los instrumentos que se aplicarían a los pacientes oncológicos. Así mismo, se solicitó el permiso a la Dra. Nuria Marrero, jefe del servicio de quimioterapia del Oncológico.

Por otra parte, se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes y su autorización para utilizar la información obtenida a través de la entrevista y los instrumentos en la investigación. Así mismo, se respetó la decisión del paciente a la posibilidad de negarse a participar en la investigación, es decir, que todas aquellas personas que no desearon contestar las consignas del instrumento fueron libres de retirarse; lo que permitió conservar el respeto y la preocupación por la dignidad y el bienestar de los participantes durante la investigación.

Es importante señalar que los instrumentos utilizados podían movilizar conflictos en los sujetos, razón por la cual se les ofrecía a los participantes sesiones de psicoterapia de apoyo, en la consulta externa del Departamento de Salud Mental de la Universidad de Carabobo.

Para finalizar, se debe mencionar que se evitó la manipulación indebida de los datos obtenidos a partir de los instrumentos de evaluación administrados. No se crearon, inventaron, ni modificaron datos. Y se tuvo precaución al procesar los datos, para evitar errores que pudieran afectar los resultados.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los resultados estuvo conformado por cuatro apartados: Un primer apartado referido a las características sociodemográficas de la muestra evaluada en función de la entrevista estructurada individual realizada. Un segundo apartado relativo al análisis de las características clínicas asociadas a la enfermedad a partir de la entrevista estructurada. Un tercer apartado referente a los factores psicosociales de riesgo suicida, también en función de la entrevista estructurada realizada a cada uno de los sujetos de la muestra.

Y por último un cuarto apartado, concerniente al análisis de los niveles de depresión y riesgo suicida de los pacientes oncológicos, las relaciones entre ambas variables y las relaciones entre el nivel de riesgo suicida y cada uno de los factores de riesgo suicida.

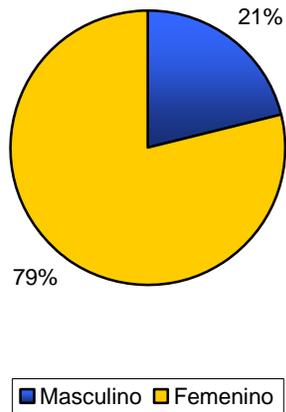
Características Sociodemográficas de la muestra evaluada:

a. Género

Tabla 1. *Frecuencia y Porcentajes de la variable género.*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	21	21,0
Femenino	79	79,0
Total	100	100,0

La muestra estuvo conformada en un 79% por mujeres y en un 21% por hombres (véase gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentaje de la variable género.

b. Edad

Tabla 2. Media de la variable edad.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Edad	19,00	76,00	47,98	11,59

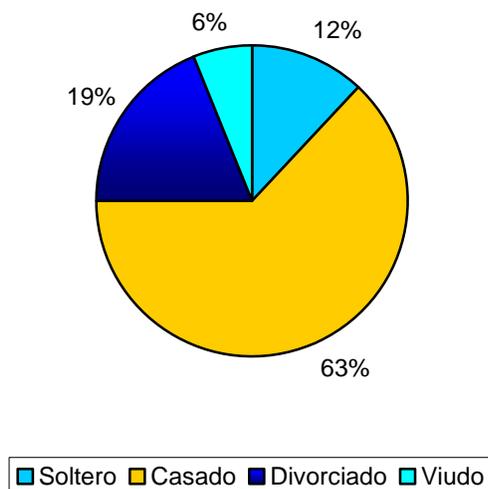
La edad promedio de la muestra fue de cuarenta y ocho años (47,98 años), con edades comprendidas entre los 19 y los 76 años, y una desviación típica de 11,59.

c. Estado Civil

Tabla 3. Frecuencia y Porcentaje de la variable estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	12	12,0
Casado	63	63,0
Divorciado	19	19,0
Viudo	6	6,0

Respecto al estado civil, el 12% de los pacientes evaluados eran solteros (12 sujetos), el 63% estaban casados (63 sujetos), el 19% estaban divorciados (19 sujetos) y el 6% restante (6 sujetos) eran viudos (véase gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje de la variable estado civil.

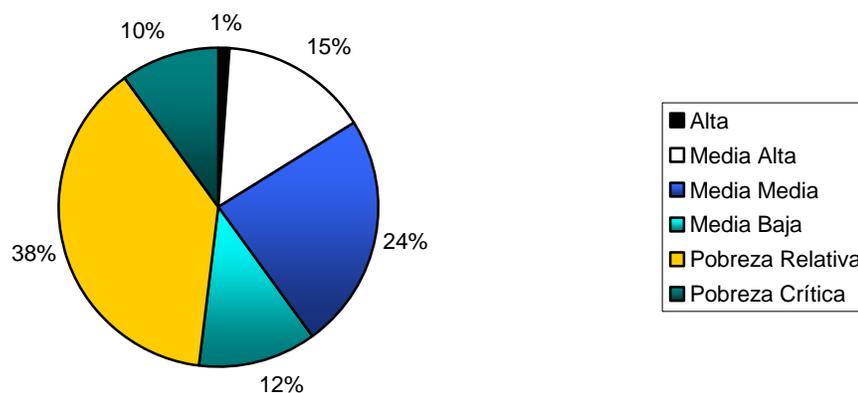
d. Nivel Socioeconómico

Tabla 4. Frecuencia de Porcentaje de la variable nivel socioeconómico.

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Alta	1	1,0
Media Alta	15	15,0
Media Media	24	24,0
Media Baja	12	12,0
Pobreza Relativa	38	38,0
Pobreza Crítica	10	10,0
Total	100	100,0

Con relación al nivel socioeconómico, el 1% de la muestra evaluada (1 sujeto) pertenece a la clase alta, el 15% se ubica en la categoría media alta (15

sujetos), el 24% a la media media (24 sujetos), el 12% pertenece a una clase social media baja (12 sujetos), el 38% se encuentra en la categoría de pobreza relativa (38 sujetos) y el 10% restante se ubica en la categoría pobreza crítica (10 sujetos) (véase gráfica 3).



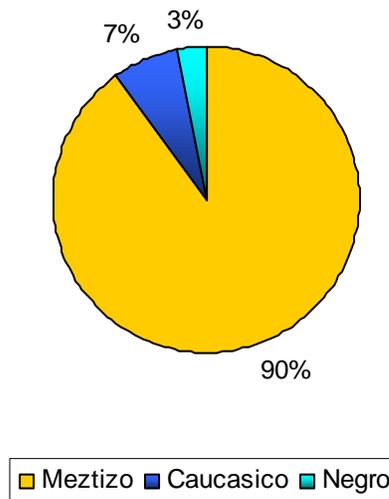
Gráfica 3. Porcentaje de la variable nivel socioeconómico.

e. Grupo Étnico

Tabla 5. Frecuencia y Porcentaje de la variable grupo étnico.

Grupo Étnico	Frecuencia	Porcentaje
Mestizos	90	90,0
Caucásicos	7	7,0
Negros	3	3,0
Total	100	100,0

En cuanto al grupo étnico, el 90% de los sujetos pertenecientes a la muestra son mestizos (90 sujetos), constituyendo la gran mayoría, el 7% son caucásicos (7 sujetos) y un porcentaje menor (3%) son negros (véase gráfica 4).



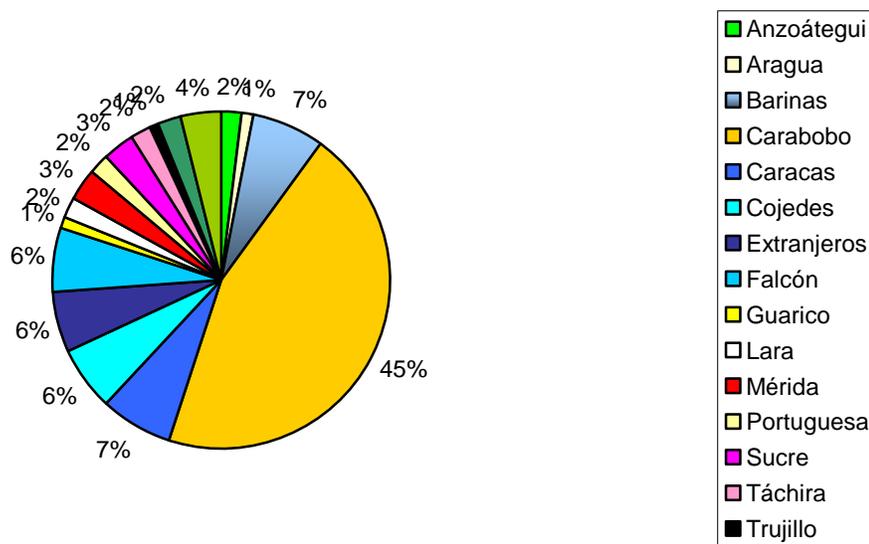
Gráfica 4. Porcentaje de la variable grupo étnico.

f. Lugar de Procedencia

Tabla 6. Frecuencia y Porcentaje de la variable lugar de procedencia.

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Anzoátegui	2	2,0
Aragua	1	1,0
Barinas	7	7,0
Carabobo	45	45,0
Caracas	7	7,0
Cojedes	6	6,0
Extranjeros	6	6,0
Falcón	6	6,0
Guarico	1	1,0
Lara	2	2,0
Mérida	3	3,0
Portuguesa	2	2,0
Sucre	3	3,0
Táchira	2	2,0
Trujillo	1	1,0
Yaracuy	2	2,0
Zulia	4	4,0

En relación al lugar de procedencia, un 2% de los sujetos nacieron en el Estado Anzoátegui, un sujeto (1%) nació en el estado Aragua, 7% nacieron en el estado Barinas, 45% en el estado Carabobo, 7% tiene como lugar de procedencia Caracas, 6% nacieron en el estado Cojedes, el mismo porcentaje (6%) procede del extranjero, otro 6% de los sujetos proceden del estado Falcón, un sujeto (1%) nació en el estado Guárico, un 2% provienen del estado Lara, 3% del estado Mérida, 2% del estado Portuguesa, 3% de los sujetos nacieron en el estado Sucre, 2% en el estado Táchira, un sujeto nació en el estado Trujillo, 2% de la muestra proceden del estado Yaracuy y finalmente 4% de los sujetos nacieron en el estado Zulia (véase gráfica 5).



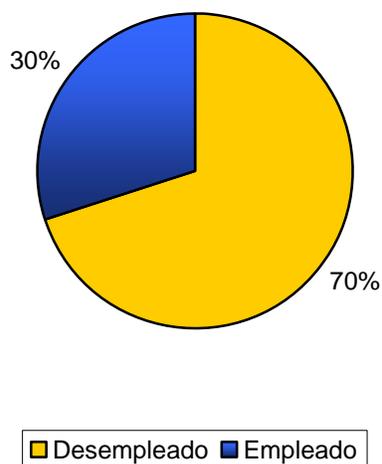
Gráfica 5. Porcentaje de la variable lugar de procedencia.

g. Ocupación Laboral

Tabla 7. Frecuencia y Porcentaje de la variable ocupación laboral.

Ocupación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	70	70,00
Empleado	30	30,00

Respecto a la ocupación laboral, el 70% de la muestra estudiada (70 sujetos) se encontraban desempleados, mientras que el 30% (30 sujetos) restante tenían empleo para el momento de la exploración (véase gráfica 6).



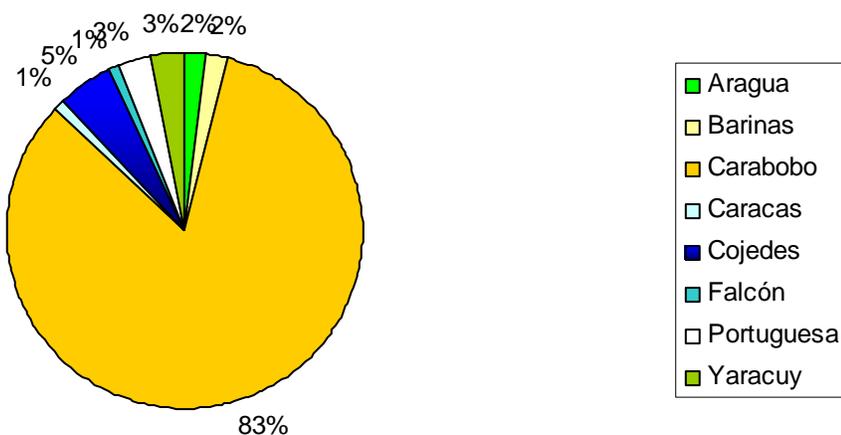
Gráfica 6. Porcentaje de la variable ocupación laboral.

h. Ubicación Geográfica

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de la variable ubicación geográfica.

Ubicación Geográfica	Frecuencia	Porcentaje
Aragua	2	2,00
Barinas	2	2,00
Carabobo	83	83,00
Caracas	1	1,00
Cojedes	5	5,00
Falcón	1	1,00
Portuguesa	3	3,00
Yaracuy	3	3,00
Total	100	100,00

Con relación a la ubicación geográfica, el 2% de la muestra vive en el estado Aragua (2 sujetos), el mismo porcentaje (2%) se ubica geográficamente en el estado Barinas, el 83% de la muestra vive en el estado Carabobo (83 sujetos), un sujeto (1%) vive en la ciudad de Caracas, al igual que un sujeto (1%) reside en el estado Falcón, 5% residen en el estado Cojedes (5 sujetos), 3% de la muestra vive en el estado Portuguesa (3 sujetos) y el mismo porcentaje (3%) reside en el estado Yaracuy (véase gráfica 7).



Gráfica 7. Porcentaje de la variable ubicación geográfica.

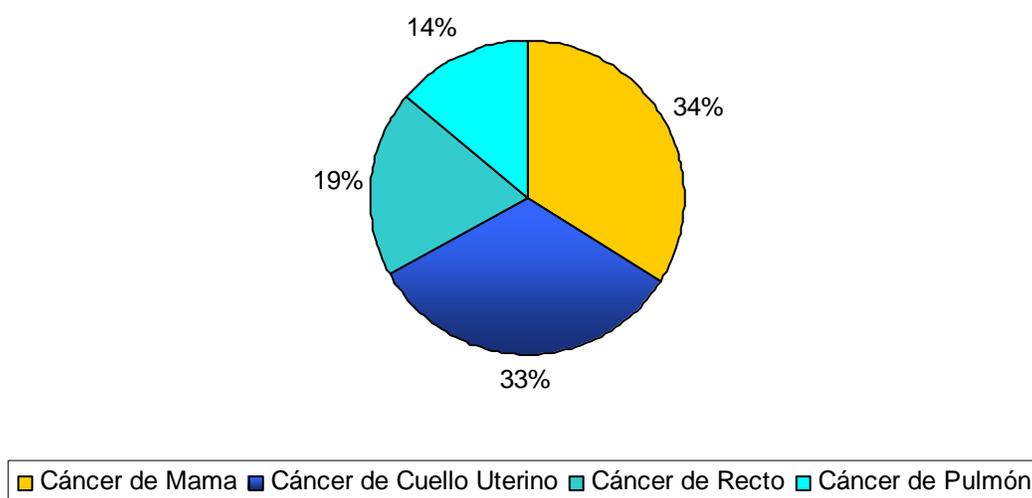
Características Clínicas asociadas a la enfermedad de la muestra evaluada:

a. Diagnóstico

Tabla 9. Frecuencia y Porcentaje de la variable diagnóstico.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de Mama	34	34,0
Cáncer de Cuello Uterino	33	33,0
Cáncer de Recto	19	19,0
Cáncer de Pulmón	14	14,0
Total	100	100,0

La variable diagnóstico se distribuyó de la siguiente manera: el 34% de la muestra tenía el diagnóstico de cáncer de mama (34 sujetos), el 33% tenía diagnóstico de cáncer de cuello uterino (33 sujetos), el 19% de la muestra evaluada tenía el diagnóstico de cáncer de recto (19 sujetos, de los cuales 6 son mujeres y 13 hombres) y 14% de los sujetos de la muestra (6 mujeres y 8 hombres) tenía cáncer de pulmón (véase gráfica 8).



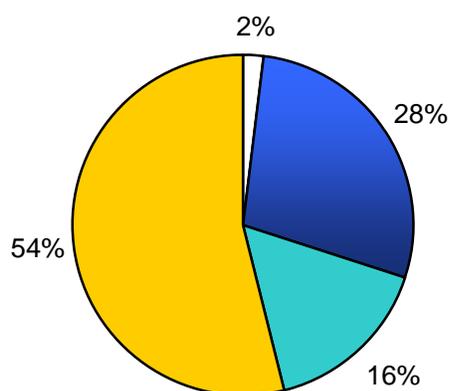
Gráfica 8. Porcentaje de la variable diagnóstico.

b. Tiempo del Diagnóstico

Tabla 10. Frecuencia y Porcentaje de la variable tiempo del diagnóstico.

Tiempo de Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 mes	2	2,0
De 1 a 6 meses	28	28,0
De 6 meses a 1 año	16	16,0
Más de 1 año	54	54,0
Total	100	100,0

Con relación al tiempo del diagnóstico, el 2% de los sujetos evaluados tenían menos de un mes de haber recibido el diagnóstico (2 sujetos), 28% tenían de uno a seis meses de haber recibido el diagnóstico (28 sujetos), 16% tenían entre seis meses y un año de haber recibido el diagnóstico (16 sujetos) y el mayor porcentaje de los sujetos evaluados (54%) tenían más de un año con el diagnóstico (véase gráfica 9).



□ Menos de 1 mes ■ De 1 a 6 meses ■ De 6 meses a 1 año ■ Más de 1 año

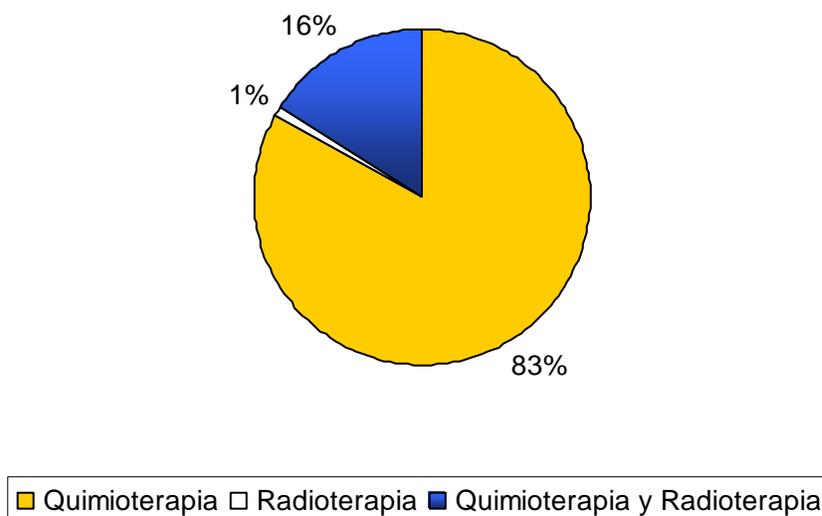
Gráfica 9. Porcentaje de la variable tiempo del diagnóstico.

c. Tratamiento Actual

Tabla 11. Frecuencia y Porcentaje de la variable tratamiento actual.

Tratamiento Actual	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	83	83,0
Radioterapia	1	1,0
Quimioterapia y Radioterapia	16	16,0
Total	100	100,0

En relación al tratamiento actual que reciben los sujetos de la muestra evaluada, el 83% es tratado con quimioterapia (83 sujetos), uno de los sujetos (1%) es tratado con radioterapia y el 16% recibe ambos tipos de tratamientos, es decir, que son tratados con quimioterapia y radioterapia a la vez (véase gráfica 10).



Gráfica 10. Porcentaje de la variable tratamiento actual.

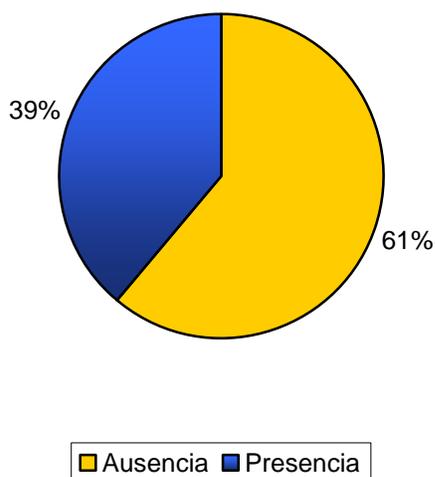
Factores Psicosociales de Riesgo Suicida de la muestra evaluada:

a. Dolor

Tabla 12. Frecuencia y Porcentaje de la variable dolor.

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	61	61,00
Presencia	39	39,00
Total	100	100,00

En relación a si el paciente evaluado siente dolor, el 61% respondió que no presentaban dolor (61 sujetos), mientras que el 39% respondió que si sentía dolor (39 sujetos) (véase gráfica 11).



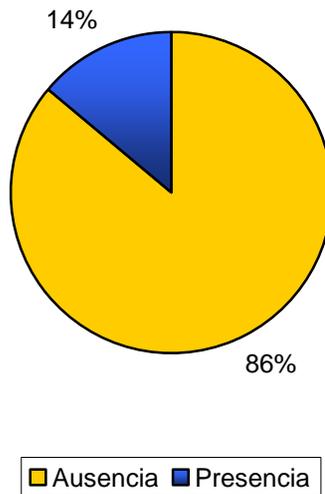
Gráfica 11. Porcentaje de la variable dolor.

b. Ideación Suicida

Tabla 13. Frecuencia y Porcentaje de la variable ideación suicida.

Ideación Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	86	86,00
Presencia	14	14,00
Total	100	100,00

Con respecto a la ideación suicida, el 86% de la muestra no tenían ideación suicida (86 sujetos), pero el 14% si reportó tener ideación suicida en la actualidad o en algún momento de su historia de vida (14 sujetos) (véase gráfica 12).



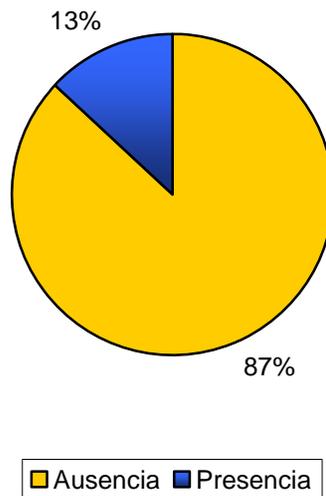
Gráfica 12. Porcentaje de la variable ideación suicida.

c. Historia de Intento Suicida

Tabla 14. Frecuencia y Porcentaje de la variable historia de intento suicida.

Historia de Intento Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	87	87,00
Presencia	13	13,00
Total	100	100,00

En relación a la historia de intento suicida, el 87% de la muestra no tenía historia de intento suicida (87 sujetos), mientras que el 13% si había tenido por lo menos un intento suicida en su historia de vida (13 sujetos) (véase gráfica 13).



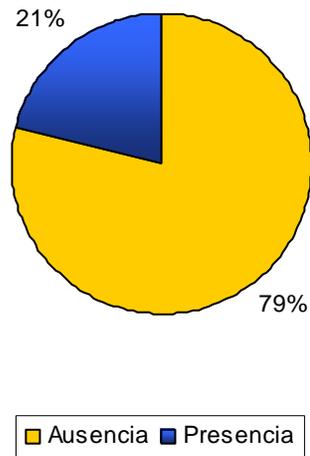
Gráfica 13. Porcentaje de la variable historia de intento suicida.

d. Antecedentes de Intento o Suicidio Consumado en la Familia

Tabla 15. Frecuencia y Porcentaje de la variable antecedentes de intento o suicidio consumado en la familia.

Antecedentes de Intento o Suicidio Consumado en la Familia	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	79	79,00
Presencia	21	21,00
Total	100	100,00

Con respecto a la variable de antecedentes de intento o suicidio consumado en la familia, el 79% de la muestra reportó ausencia de intento o suicidio consumado en la historia familiar (79 sujetos), pero el 21% de la muestra había tenido por lo menos un intento o suicidio consumado en la historia familiar (21 sujetos) (véase gráfica 14).



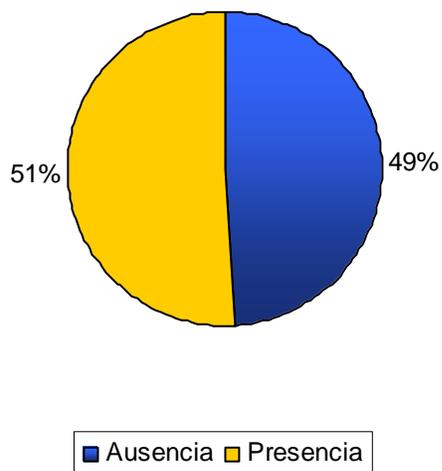
Gráfica 14. Porcentaje de la variable antecedentes de intento o suicidio consumado en la familia.

e. Antecedentes de Depresión Mayor

Tabla 16. Frecuencia y Porcentaje de la variable depresión mayor.

Antecedentes de Depresión Mayor	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	49	49,00
Presencia	51	51,00
Total	100	100,00

En relación a los antecedentes de depresión mayor, el 49% de la muestra no tenía antecedentes (49 sujetos), mientras que el 51% tenía antecedentes de depresión mayor (51 sujetos) (véase gráfica 15).



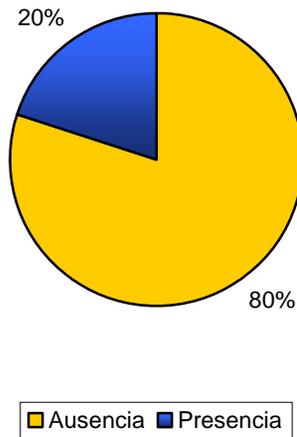
Gráfica 15. Porcentaje de la variable antecedentes de depresión mayor.

f. Historia de Abuso de Sustancias

Tabla 17. Frecuencia y Porcentaje de historia abuso de sustancias.

Historia de Abuso de Sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	80	80,00
Presencia	20	20,00
Total	100	100,00

Con respecto a esta variable, el 80% de los sujetos no tenían historia de abuso de sustancias (80 sujetos), mientras que el 20% había tenido abuso de sustancias o alguna adicción en su historia de vida (20 sujetos) (véase gráfica 16).



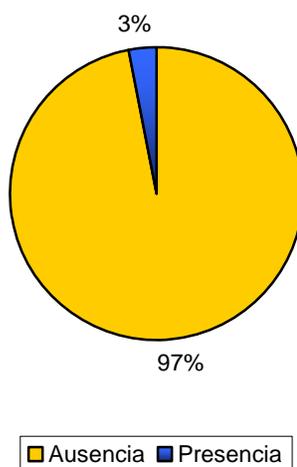
Gráfica 16. Porcentaje de la variable historia de abuso de sustancias.

g. Otros Diagnósticos Psiquiátricos

Tabla 18. Frecuencia y Porcentaje de la variable otros diagnósticos psiquiátricos.

Otros Diagnósticos Psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	97	97,00
Presencia	3	3,00
Total	100	100,00

En relación a si los pacientes habían tenido algún diagnóstico psiquiátrico en su historia de vida, el 97% reportaron ausencia de algún diagnóstico psiquiátrico, pero el 3% si había recibido algún diagnóstico psiquiátrico en su historia de vida (3 sujetos) (véase gráfica 17). Es importante mencionar que esta variable no incluye el diagnóstico de depresión mayor.



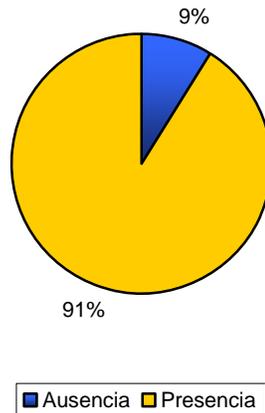
Gráfica 17. Porcentaje de la variable otros diagnósticos psiquiátricos.

h. Apoyo Social

Tabla 19. Frecuencia y Porcentaje de la variable apoyo social.

Apoyo Social	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	9	9,0
Presencia	91	91,0
Total	100	100,0

Con respecto al apoyo social, el 9% de la muestra no contaba con apoyo social (9 sujetos), pero el 91% de los sujetos evaluados reportaron tener apoyo social (91 sujetos) (véase gráfica 18).



Gráfica 18. Porcentaje de la variable apoyo social.

Niveles de Depresión y de Riesgo Suicida

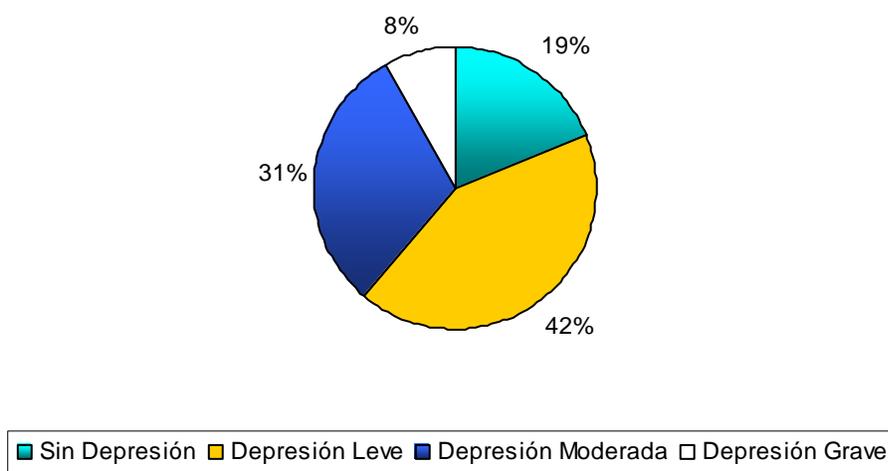
Para los siguientes análisis se clasificaron las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck en cuatro categorías: puntuaciones del 1-9 fueron consideradas para la categoría sin depresión, puntuaciones del 10-18 para la categoría depresión leve, puntuaciones del 19-29 para la depresión moderada y las puntuaciones mayores a 30 para la depresión grave. Así mismo, se considero en la Escala de Riesgo suicida de Plutchik, que las puntuaciones entre 0 y 5 corresponden a bajo o ningún riesgo suicida, y que las puntuaciones entre 6 y 15 corresponden a un alto riesgo suicida.

a. Niveles de Depresión

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de la variable niveles de depresión.

Niveles de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin Depresión	19	19,0
Depresión Leve	42	42,0
Depresión Moderada	31	31,0
Depresión Grave	8	8,0
Total	100	100,0

Respecto a los niveles de depresión encontrados en la muestra evaluada, el 19% de los pacientes con cáncer no presenta depresión (19 sujetos), el 42% de los pacientes tienen depresión leve (42 sujetos), el 31% una depresión moderada (31 sujetos) y el 8% presenta síntomas de depresión grave (8 sujetos) (véase gráfica 19).



Gráfica 19. Porcentaje de la variable niveles de depresión según las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.

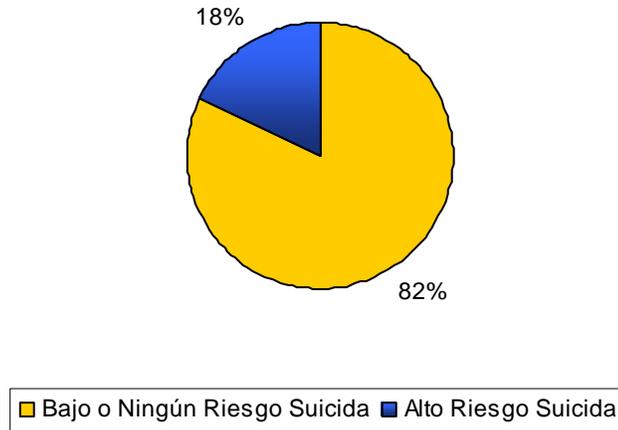
b. Niveles de Riesgo Suicida

Tabla 21. Frecuencia y Porcentaje de la variable niveles de riesgo suicida.

Niveles de Riesgo Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Bajo o Ningún Riesgo Suicida	82	82,0
Alto Riesgo Suicida	18	18,0
Total	100	100,0

En cuanto a los niveles de riesgo suicida observados, el 82% de los pacientes con cáncer evaluados presenta un bajo o ningún riesgo suicida (82

sujetos), mientras que el 18% tiene un riesgo suicida alto (18 sujetos) (véase gráfica 20).



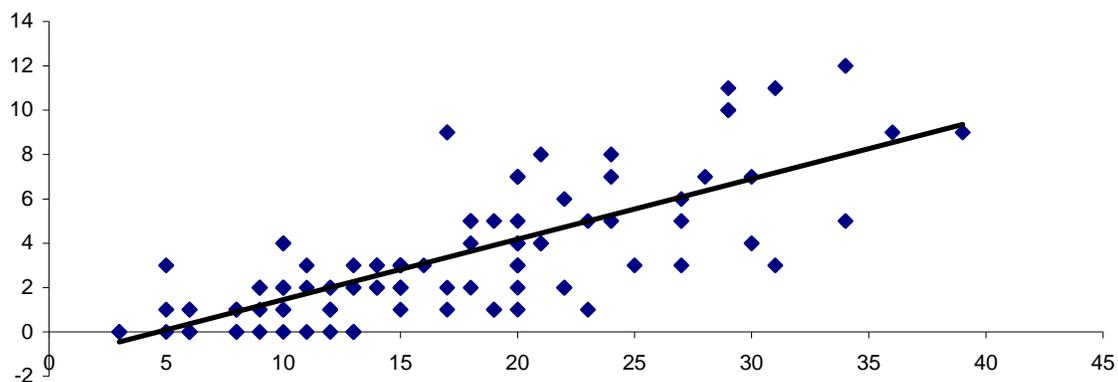
Gráfica 20. Porcentaje de la variable niveles de riesgo suicida según los puntajes de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

c. Relación entre Niveles de Depresión y Riesgo Suicida

Tabla 22. Relación de las variables niveles de depresión y riesgo suicida.

		IDB	ERSP
IDB	Correlación de Pearson	1	0,754
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
ERSP	Correlación de Pearson	0,754	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

Hubo una relación significativa positiva entre las variables niveles de depresión y riesgo suicida estudiadas a través del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik ($r=0,754$, $n=100$, $p<0.0001$) (véase gráfica 21).



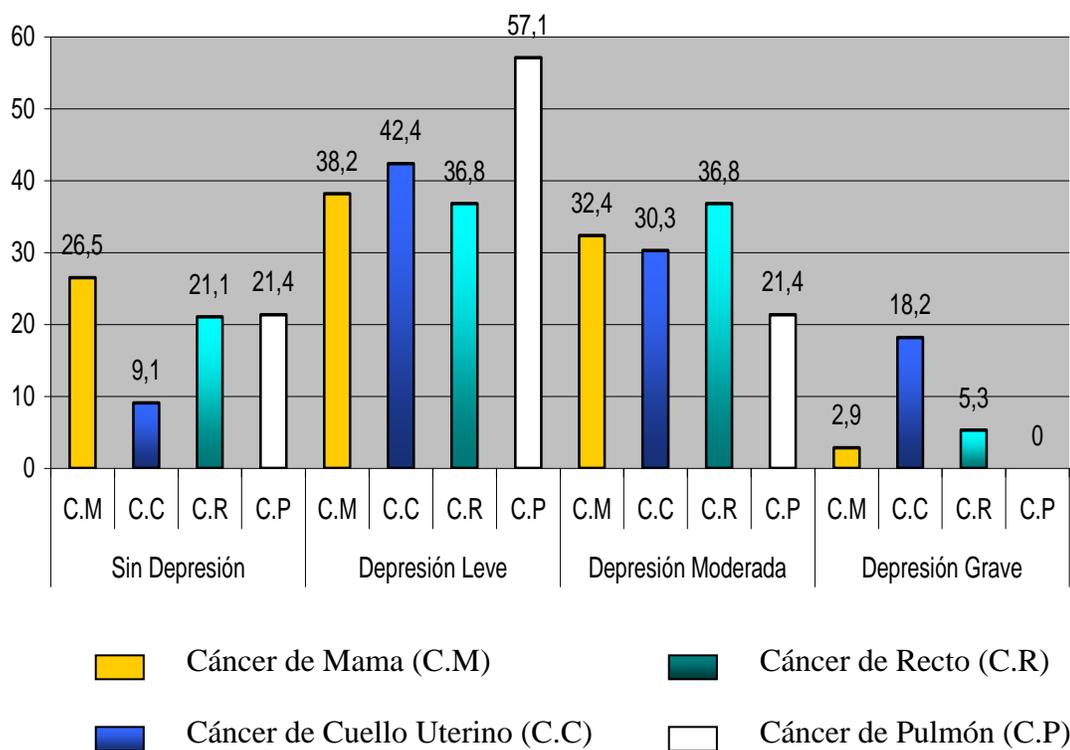
Gráfica 21. Correlación entre las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck y las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

d. Relación entre Niveles de Depresión y Tipo de Diagnóstico

Tabla 23. Frecuencia y Porcentaje de la relación entre niveles de depresión y tipo de diagnóstico.

Niveles de Depresión		Diagnóstico Oncológico				Total
		Cáncer de Mama	Cáncer de Cuello Uterino	Cáncer de Recto	Cáncer de Pulmón	
Sin Depresión	Frecuencia	9	3	4	3	19
	%Dx Oncol	26,5%	9,1%	21,1%	21,4%	19%
Depresión Leve	Frecuencia	13	14	7	8	42
	%Dx Oncol	38,2%	42,4%	36,8%	57,1%	42%
Depresión Moderada	Frecuencia	11	10	7	3	31
	%Dx Oncol	32,4%	30,3%	36,8%	21,4%	31%
Depresión Grave	Frecuencia	1	6	1	0	8
	%Dx Oncol	2,9%	18,2%	5,3%	,0%	8%
Total	Frecuencia	34	33	19	14	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%	100%	100%

No hubo una relación significativa entre los niveles de depresión y el tipo de diagnóstico ($\chi^2=11,1$, $gl=9$, $p=0,269$, véase tabla 24). Sin embargo, se pudo observar que en el nivel sin depresión todos los tipos de diagnósticos oncológicos tienen proporciones similares, exceptuando el cáncer de cuello uterino que tiene en este nivel una proporción baja (9,1%), en el nivel de depresión leve que es donde se concentran la mayoría de los casos evaluados el porcentaje más alto es el de los pacientes con cáncer de pulmón (57,1%). Por otro lado, en el nivel de depresión moderada los porcentajes de los diferentes diagnósticos oncológicos son similares, siendo el porcentaje más bajo el de cáncer de pulmón (21,4%), el cual desciende completamente en el nivel correspondiente a la depresión grave, en donde no existen pacientes con cáncer de pulmón. El porcentaje más elevado en este último nivel de la clasificación corresponde a los pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino (18,2%), por lo que se podría decir que estos pacientes son los que tienen mayor tendencia hacia una depresión grave (véase gráfica 22).



Grafica 22. Porcentaje de la relación entre niveles de depresión y tipo de diagnóstico.

Tabla 24. Puntaje Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de depresión y el tipo de diagnóstico oncológico.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	11,10	9	0,269

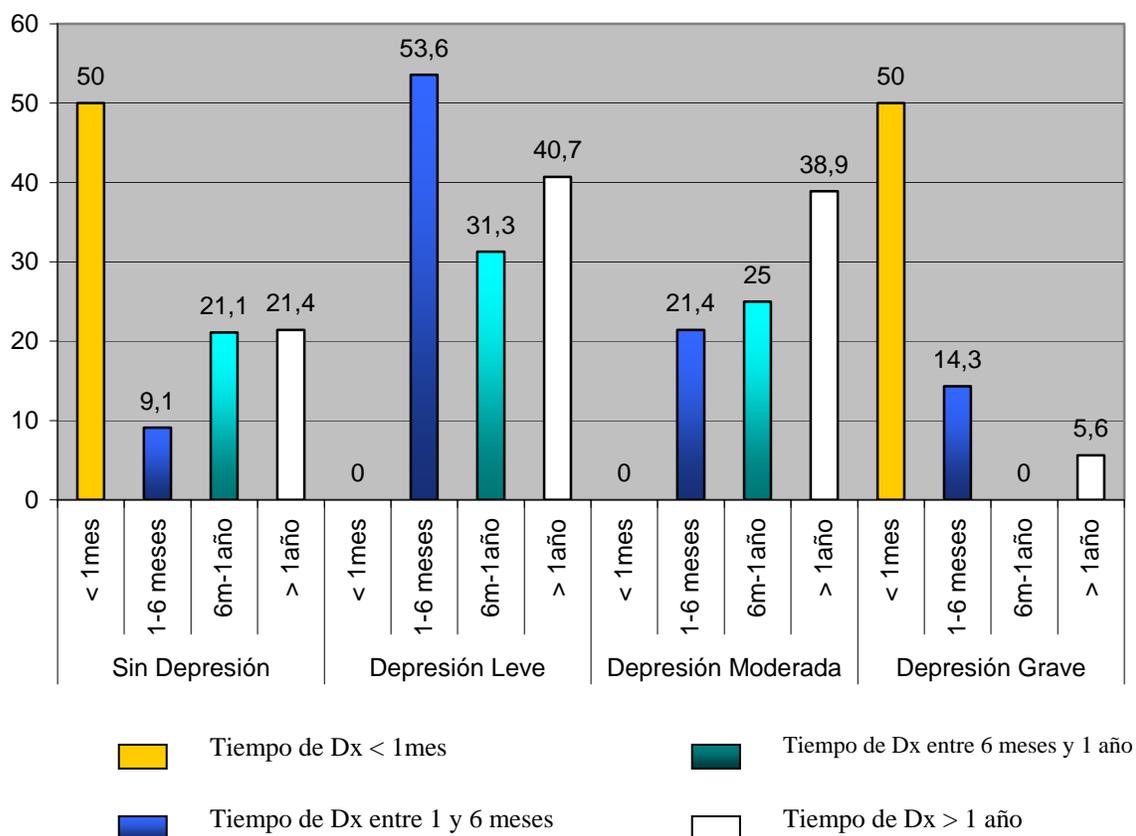
e. Relación entre Niveles de Depresión y Tiempo del Diagnóstico

Tabla 25. Frecuencia y Porcentaje de la relación de las variables niveles de depresión y tiempo del diagnóstico.

Niveles de Depresión		Tiempo del Diagnóstico				Total
		Menos de 1 mes	De 1 a 6 meses	De 6 meses a 1 año	Mas de 1 año	
Sin Depresión	Frecuencia	1	3	7	8	19
	%Dx Oncol	50,0%	10,7%	43,8%	14,8%	19%
Depresión Leve	Frecuencia	0	15	5	22	42
	%Dx Oncol	,0%	53,6%	31,3%	40,7%	42%
Depresión Moderada	Frecuencia	0	6	4	21	31
	%Dx Oncol	,0%	21,4%	25,0%	38,9%	31%
Depresión Grave	Frecuencia	1	4	0	3	8
	%Dx Oncol	50,0%	14,3%	,0%	5,6%	8%
Total	Frecuencia	2	28	16	54	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%	100%	100%

Existe una relación significativa entre los niveles de depresión y el tiempo de haber recibido el diagnóstico ($\chi^2=20,07$, $gl=9$, $p=0,018<0,05$) (véase tabla 26).

Se observa que en el caso del nivel de depresión leve la mayor proporción de casos (53,6%) tiene poco tiempo de haber recibido el diagnóstico (entre 1 y 6 meses). En el caso del nivel de depresión moderada se observa que en la medida en que incrementa el tiempo del diagnóstico, incrementa también la proporción de pacientes, ubicándose la mayor proporción de pacientes con depresión moderada en el tiempo de más de un año de haber recibido el diagnóstico (38,9). En el nivel de depresión grave, por otra parte la mayor proporción de casos tiene poco tiempo de haber recibido el diagnóstico. El número de pacientes oncológicos que tenían menos de 1 mes de haber recibido el diagnóstico era muy pequeño (2 sujetos), sin embargo, estos se ubican en relación a los niveles de depresión en los extremos, uno de ellos no presenta depresión, mientras que el otro presenta una depresión grave (véase gráfica 23).



Gráfica 23. Porcentaje de la relación entre niveles de depresión y tiempo del diagnóstico

Tabla 26. Puntaje Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de depresión y el tiempo del diagnóstico.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	20,07	9	0,018

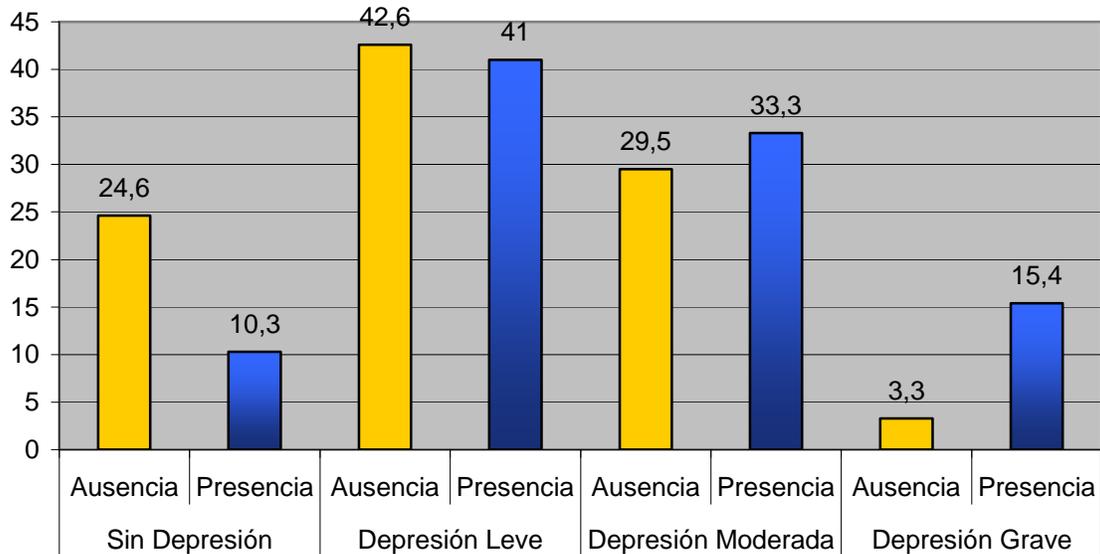
f. Relación entre Niveles de Depresión y Dolor

Tabla 27. Frecuencia y Porcentaje de la relación de las variables niveles de depresión y dolor.

		Dolor		Total
		Ausencia	Presencia	
Sin Depresión	Frecuencia	15	4	19
	%Dx Oncol	24,6%	10,3%	19%
Depresión Leve	Frecuencia	26	16	42
	%Dx Oncol	42,6%	41,0%	42%
Depresión Moderada	Frecuencia	18	13	31
	%Dx Oncol	29,5%	33,3%	31%
Depresión Grave	Frecuencia	2	6	8
	%Dx Oncol	3,3%	15,4%	8%
Total	Frecuencia	61	39	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%

No se encontró una relación significativa entre los niveles de depresión y la presencia o ausencia de dolor ($\chi^2=7,06$, $gl=3$, $p=0,07$) (véase tabla 28). Sin embargo, hubo cierta aproximación en los niveles de depresión moderado y grave,

en donde se podría decir que los pacientes que presentaban dolor estaban deprimidos en una mayor proporción que los que tenían ausencia del mismo (véase gráfica 23).



Gráfica 24. Porcentaje de la relación entre las variables niveles de depresión y dolor.

Tabla 28. Puntaje Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de depresión y dolor.

	Valor	GI	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	7,06	3	0,070

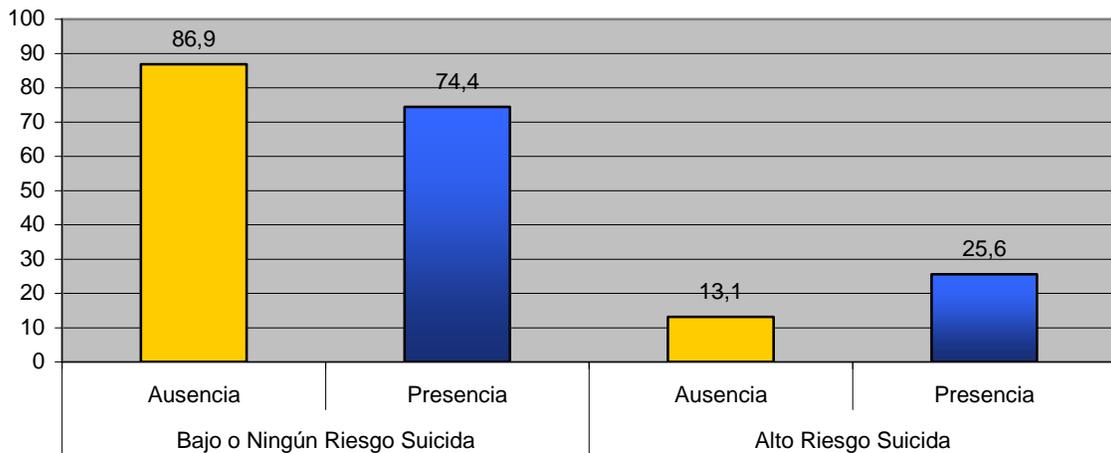
Por último, en relación a las características sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas para el género, ni para el nivel socioeconómico en el comportamiento de la variable depresión (véase anexo E).

g. Relación entre Niveles de Riesgo Suicida y Dolor

Tabla 29. Frecuencia y Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y dolor.

		Dolor		Total
		Ausencia	Presencia	
Bajo o Ningún Riesgo Suicida	Frecuencia	53	29	82
	%Dx Oncol	86,9%	74,4%	82,0%
Alto Riesgo Suicida	Frecuencia	8	10	18
	%Dx Oncol	13,1%	25,6%	18,0%
Total	Frecuencia	61	39	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%

No existe una relación significativa entre las variables niveles de riesgo suicida y dolor ($\chi^2= 2,529$, $gl=1$, $p=0,112$) (ver tabla 30). Sin embargo, se observa que en el bajo nivel o ningún riesgo suicida la mayor proporción de casos no presentó dolor, mientras que en el nivel de alto riesgo suicida la mayoría de los pacientes tenían presencia de dolor (25,6%) (véase gráfica 25).



Ausencia de Dolor



Presencia de Dolor

Gráfica 24. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y dolor.

Tabla 30. Puntaje Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida y dolor.

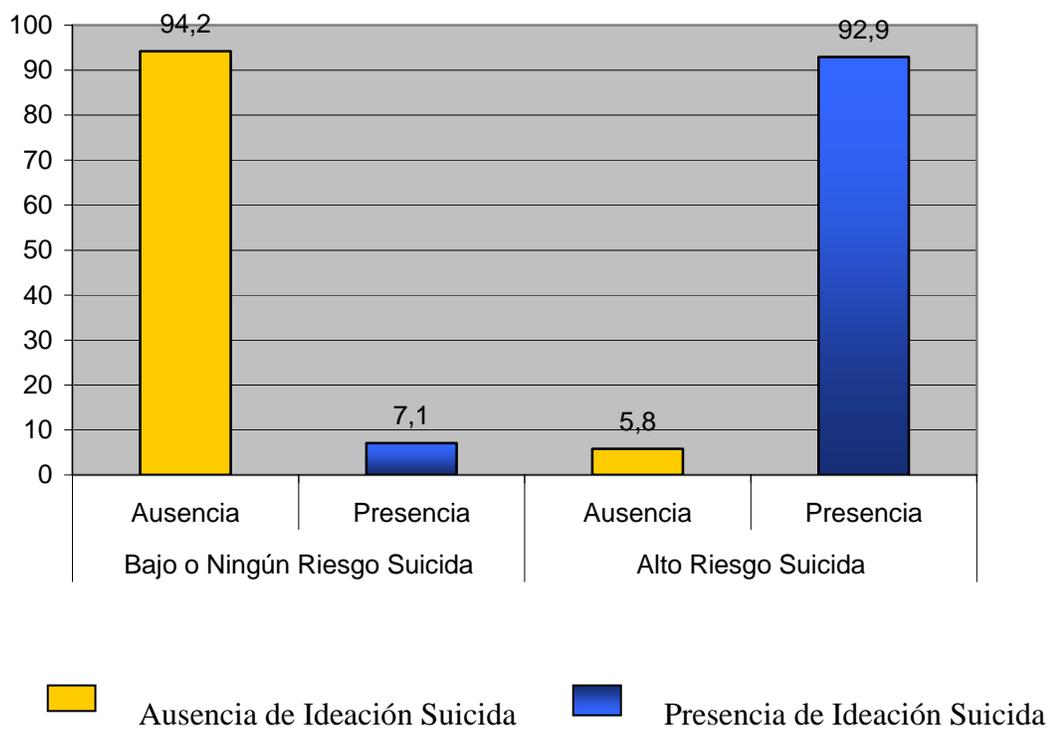
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	2,529	1	0,112

h. Relación entre Niveles de Riesgo Suicida e Ideación Suicida

Tabla 31. Frecuencia y Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida e ideación suicida.

		Ideación Suicida		Total
		Ausencia	Presencia	
Bajo o Ningún Riesgo Suicida	Frecuencia	81	1	82
	%Dx Oncol	94,2%	7,1%	82,0%
Alto Riesgo Suicida	Frecuencia	5	13	18
	%Dx Oncol	5,8%	92,9%	18,0%
Total	Frecuencia	86	14	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%

Se encontró una relación significativa entre los niveles de riesgo suicida y la ideación suicida ($\chi^2=61,803$, $gl=1$, $p=0,000$) (ver tabla 32). Cuando existe ideación suicida, hay un alto riesgo de suicidio, mientras que cuando hay ausencia de ideación suicida hay un bajo o ningún riesgo suicida (véase gráfica 26).



Gráfica 26. Porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida e ideación suicida.

Tabla 32. Puntaje Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida e ideación suicida.

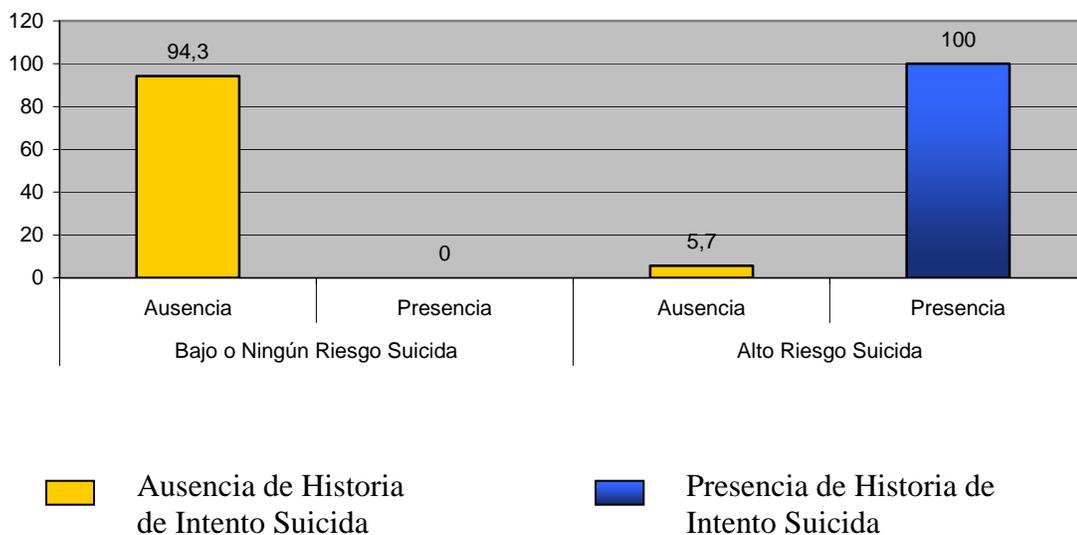
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	61,803	1	0,000

i. Relación entre Niveles de Riesgo Suicida e Historia de Intento Suicida

Tabla 33. Frecuencia y Porcentaje de la relación de las variables historia de intento suicida y niveles de riesgo suicida.

		Historia de Intento Suicida		Total
		Ausencia	Presencia	
Bajo o Ningún Riesgo Suicida	Frecuencia	82	0	82
	%Dx Oncol	94,3%	,0%	82,0%
Alto Riesgo Suicida	Frecuencia	5	13	18
	%Dx Oncol	5,7%	100,0%	18,0%
Total	Frecuencia	87	13	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%

Existe una relación significativa entre los niveles de riesgo suicida y la historia de intento suicida ($\chi^2=68,072$, $gl=1$, $p=0,000$) (ver tabla 34). Los pacientes oncológicos que no tenían historia de intento suicida casi en su totalidad presentaban un bajo o ningún riesgo suicida, mientras que todos los pacientes que tenían historia de intento suicida, tuvieron puntuaciones elevadas en la escala que mide los niveles de riesgo suicida, ubicándose en el nivel de alto riesgo suicida (véase gráfica 27).



Gráfica 27. Porcentaje de la relación de las variables historia de intento suicida y niveles de riesgo suicida.

Tabla 34. Puntaje Chi-cuadrado de Person de la relación entre historia de intento suicida y los niveles de riesgo suicida.

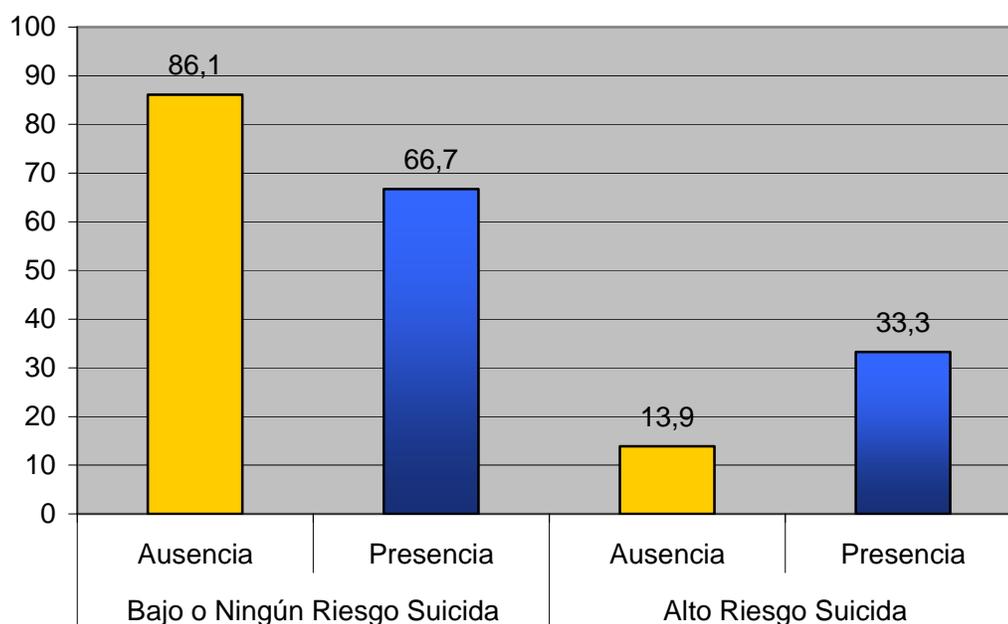
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	68,072	1	0,000

j. Relación entre Niveles de Riesgo Suicida y Antecedentes de Suicidio en la Familia

Tabla 35. Frecuencia y Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de suicidio en la familia

		Antecedentes de Suicidio en la familia		Total
		Ausencia	Presencia	
Bajo o Ningún Riesgo Suicida	Frecuencia	68	14	82
	%Dx Oncol	86,1%	66,7%	82,0%
Alto Riesgo Suicida	Frecuencia	11	7	18
	%Dx Oncol	13,9%	33,3%	18,0%
Total	Frecuencia	79	21	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%

Hubo una relación significativa entre los niveles de riesgo suicida y los antecedentes de intento o suicidio consumado en la familia ($\chi^2=4,234$, $gl=1$, $p=0,040<0,05$) (ver tabla 36). De los pacientes que obtuvieron un alto riesgo suicida el 33,3% tenían una historia de intento o suicidio consumado en la familia, mientras que el 13,9% no presentaba dicha historia (véase gráfica 28).



Ausencia de Antecedentes Intento o Suicidio Consumado en la familia
 Presencia de Antecedentes de Intento o Suicidio Consumado en la familia

Gráfica 28. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de suicidio en la familia.

Tabla 36. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de suicidio en la familia.

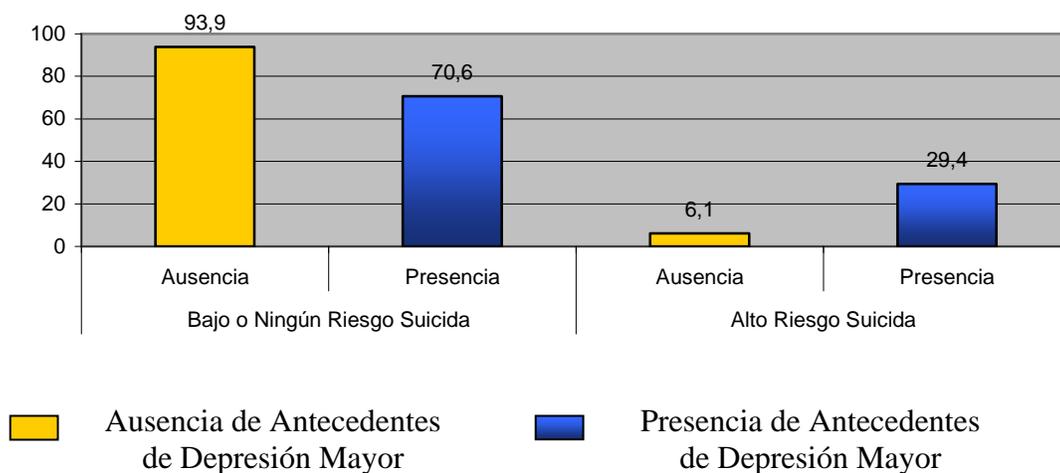
	Valor	GI	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	4,234	1	0,040

k. Relación entre Niveles de Riesgo Suicida y Antecedentes de Depresión Mayor

Tabla 37. Frecuencia y Porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de depresión mayor

		Antecedentes de Depresión Mayor		Total
		Ausencia	Presencia	
Bajo o Ningún Riesgo Suicida	Frecuencia	46	36	82
	%Dx Oncol	93,9%	70,6%	82,0%
Alto Riesgo Suicida	Frecuencia	3	15	18
	%Dx Oncol	6,1%	29,4%	18,0%
Total	Frecuencia	49	51	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%

Existe una relación significativa entre las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de depresión mayor ($\chi^2=9,183$, $gl=1$, $p=0,002$) (ver tabla 38). De los pacientes que obtuvieron alto riesgo suicida según la escala de riesgo suicida de Plutchik, el 29,4% reportó antecedentes de depresión mayor y solo el 6,1% no tenía antecedentes de depresión mayor (véase gráfica 29).



Gráfica 29. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de depresión.

Tabla 38. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y antecedentes de depresión mayor.

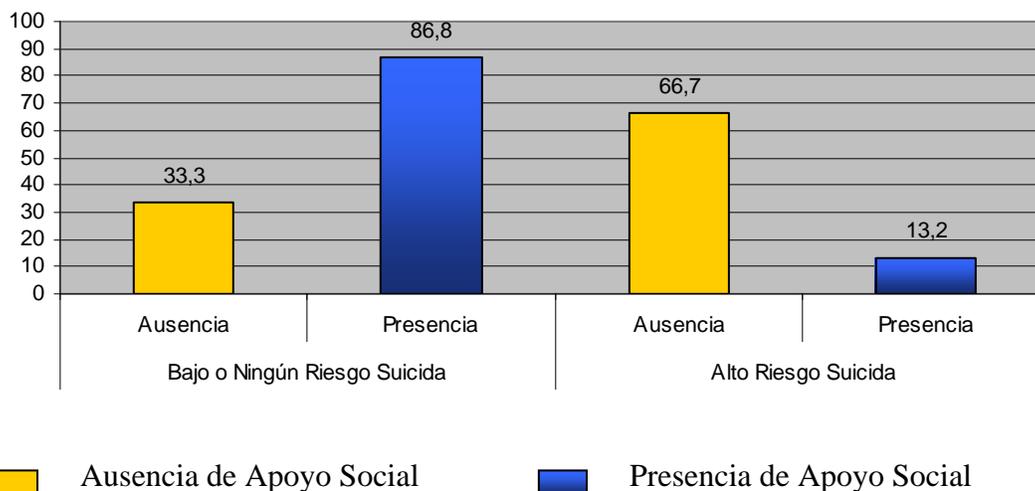
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	9,183	1	0,002

I. Relación entre Niveles de Riesgo Suicida y Apoyo Social

Tabla 39. Frecuencia y Porcentaje de la relación de los niveles de riesgo suicida y apoyo social

Niveles de Riesgo Suicida		Apoyo Social		Total
		Ausencia	Presencia	
Bajo o Ningún Riesgo Suicida	Frecuencia	3	79	82
	%Dx Oncol	33,3%	86,8%	82,0%
Alto Riesgo Suicida	Frecuencia	6	12	18
	%Dx Oncol	66,7%	13,2%	18,0%
Total	Frecuencia	9	91	100
	%Dx Oncol	100%	100%	100%

Se observa una relación significativa entre los niveles de riesgo suicida y la variable apoyo social ($\chi^2=15,879$, $gl=1$, $p=0,000$) (ver tabla 40). La presencia de apoyo social se relaciona en una mayor proporción con los niveles de bajo o ningún riesgo suicida (86,8%), mientras que la ausencia de apoyo social esta presente en la mayoría de los pacientes que obtuvieron niveles de alto riesgo suicida (66,7%) (véase gráfica 30).



Gráfica 30. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y apoyo social

Tabla 40. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y apoyo social.

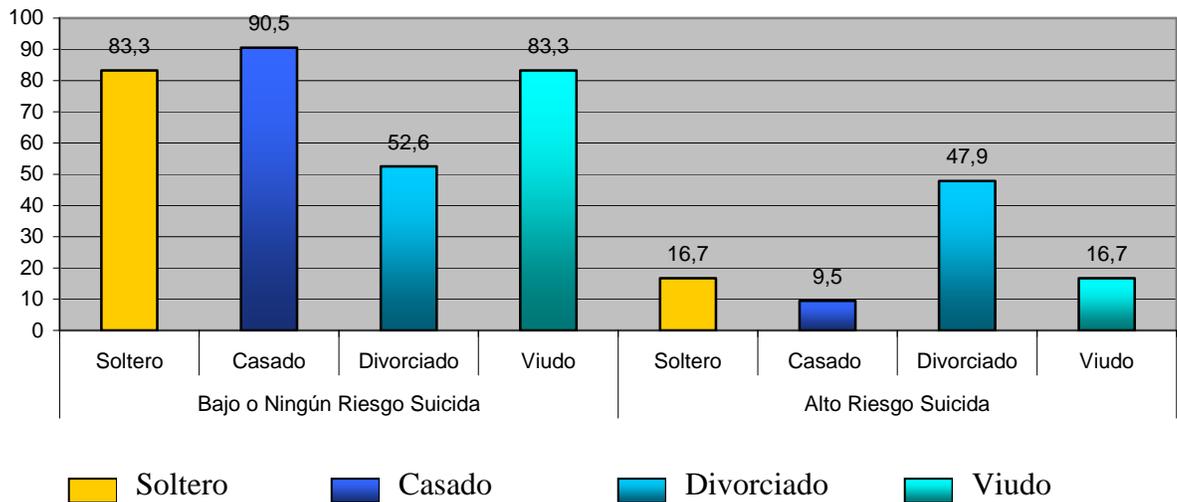
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	15,870	1	0,000

No se encontró una relación significativa entre las variables diagnóstico oncológico y los niveles de riesgo suicida ($\chi^2=3,762$, $gl=3$, $p=0,288$). Sin embargo, el mayor porcentaje de alto riesgo suicida se encontró en pacientes de cáncer de cuello uterino (27,3%), es decir, del total de pacientes de cáncer de cuello uterino (33 sujetos) el 27,3% presentaban un alto riesgo suicida (véase anexo F).

De igual manera no hubo relación significativa entre las variables tiempo del diagnóstico y niveles de riesgo suicida ($\chi^2=5,241$, $gl=3$, $p=0,153$). Sin embargo, de los pacientes que tenían más de un año de haber recibido el diagnóstico (54 sujetos) el 24,1% presentó un alto riesgo suicida; y de los pacientes que tenían menos de un mes de haber recibido el diagnóstico el 50% también presentó un alto nivel de riesgo suicida. Es importante resaltar que de estos últimos solo se

evaluaron 2 casos, los cuales son muy pocos para establecer una relación válida y confiable (véase anexo G).

En relación a las características sociodemográficas, género y nivel socioeconómico, tampoco se encontró una relación significativa con los niveles de riesgo suicida. Sin embargo, en la variable nivel socioeconómico el 30% de los pacientes con pobreza crítica y el 29,2% con una clase media-media presentaron un alto riesgo suicida (véase anexo H). A diferencia de estas dos variables, el estado civil si se relaciona significativamente con los niveles de riesgo suicida ($\chi^2=14,191$, $gl=3$, $p=0,003$) (ver tabla 41). Observándose que el 47,4% de los pacientes divorciados tienen un alto nivel de riesgo suicida (véase gráfica 31).



Gráfica 31. Porcentaje de la relación entre las variables riesgo suicida y estado civil.

Tabla 41. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y estado civil.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	14,191	3	0,003

Por último, no se encontró en la muestra evaluada una relación significativa entre el abuso de sustancias y los niveles de riesgo suicida; ni entre la variable otros trastornos psiquiátricos y los niveles de riesgo suicida (véase anexo I).

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo describir los niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida de los pacientes adultos con cáncer tratados en el Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño” durante el período marzo-julio del año 2008.

En primer lugar se confirmó que la mayoría de los pacientes con cáncer (81%) sufren de depresión, según las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck (BDI). De estos el 42% sufren depresión leve, el 31% depresión moderada y el 8% tienen una depresión grave. Es decir, que solo el 18% de los pacientes con cáncer evaluados no presentan síntomas significativos de depresión.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Bodurka-Bevers et al. (2000) en donde el 21% de los pacientes con cáncer de ovario obtuvieron criterios clínicos significativos de depresión; el estudio realizado por Bukberg et al. (1999) acerca de la depresión en pacientes con cáncer hospitalizados, en donde el 42% de los pacientes con cáncer cumplieron con los criterios del DSM-III para la depresión mayor, 24% de estos con síntomas severos y 18% con síntomas moderadamente severos; y concuerda con el estudio realizado por Berard (2001) y Kelsen et al. (2001), quienes utilizaron el BDI para su estudio obteniendo que el 14% y el 38% de los pacientes con cáncer respectivamente obtuvieron en la escala de Beck niveles elevados de síntomas depresivos.

El poder reconocer estos niveles de depresión es muy importante en los pacientes con cáncer, ya que los síntomas depresivos suelen aumentar los niveles de aflicción y deteriorar la calidad de vida y el funcionamiento general del paciente, lo cual influye en la evolución de la enfermedad (Kelsen et al., 2001). Tal y como lo sostiene Beck (1961) los individuos deprimidos valoran excesivamente los sucesos que implican una pérdida o privación como podría ser el diagnóstico de

un cáncer, consideran estos sucesos negativos como globales, frecuentes e irreversibles, mostrando una triada cognitiva: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Los pacientes con cáncer suelen deprimirse porque debido a las características de la enfermedad, los diferentes tratamientos y el reposo que deben cumplir, tienden a considerarse como personas deficientes, inútiles, incapaces de realizar tareas diarias, lo cual les genera una gran frustración y disminuye la autoestima.

Adicionalmente, en la presente investigación se encontró una correlación positiva entre los niveles de depresión y los niveles de riesgo suicida, es decir, que los pacientes que presentan puntuaciones elevadas en la escala de depresión, también presentan puntuaciones elevadas en la escala de riesgo suicida, por lo que tienen mayor probabilidad de cometer suicidio. En este estudio se encontró que el 18% de los pacientes con cáncer evaluados tienen un alto riesgo suicida. Estos resultados incrementan la importancia de poder identificar los síntomas depresivos en los pacientes con cáncer, ya que cuando los niveles de depresión son elevados existe un potencial riesgo suicida, lo cual pasa la mayoría de las veces desapercibido, ya que los médicos o el personal sanitario tratante no se encuentran instruidos para identificar dichos síntomas o tienden a subestimar los síntomas en los pacientes más deprimidos (Passik, et al. 1995), por ende no se les proporciona el tratamiento adecuado para mejorar el funcionamiento general y la calidad de vida en estos pacientes, lo cual va a repercutir en la evolución de su enfermedad.

Es importante tener presente que la enfermedad física por sí misma constituye un factor de riesgo suicida, sobre todo las enfermedades crónicas que constituyen una privación del individuo de su expectativa de vida plena o una preocupación que pueda representar la pérdida imaginada de esa realización (Adam, 1983). En el caso del cáncer aunado a esto se encuentra el significado que el paciente le atribuye a la enfermedad, que se encuentra además influido por los estereotipos sociales y culturales. Algunos pacientes reportaban que para la

sociedad el cáncer parece ser percibido como una enfermedad que esta asociada a la muerte, independientemente de encontrarse en una fase terminal o no.

Otro de los aspectos observados en este estudio es que si bien no se encontró una relación significativa entre los niveles de depresión y el tipo de cáncer, se pudo observar que los pacientes menos deprimidos al parecer son los pacientes con cáncer de pulmón, estos se ubicaron en mayor proporción en el nivel de depresión leve con un 57,1%, y fueron descendiendo en la medida en que aumentaba el nivel de depresión, hasta el punto de que no hubo ningún paciente con cáncer de pulmón con depresión grave. En el nivel de depresión moderada los porcentajes de los diferentes diagnósticos son similares, siendo el porcentaje más bajo el de cáncer de pulmón, tal y como se mencionó anteriormente. Sin embargo, al parecer las pacientes que tienden a deprimirse en un nivel más elevado son aquellas que tienen el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, ya que se ubicaron en mayor proporción en el nivel de depresión grave.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en relación al riesgo suicida. Al igual que en la depresión, no se encontró una relación significativa entre los niveles de riesgo suicida y el tipo de cáncer. Sin embargo, el mayor porcentaje de alto riesgo suicida se encontró en pacientes de cáncer de cuello uterino (27,3%). Es decir, que estas pacientes no solo se deprimen más, sino que tienen mayor riesgo de cometer suicidio. Es posible que esta condición particular del cáncer de cuello uterino en relación a la depresión y riesgo suicida, tenga que ver con las implicaciones psicológicas características de este tipo de cáncer como por ejemplo: cambios en el estado de ánimo y en la respuesta sexual producto del tratamiento (radioterapia, quimioterapia, histerectomía, son los más frecuentes). Puede existir una pérdida del disfrute sexual, bien sea transitorio o permanente, lo cual tiene un impacto significativo, también puede disminuir la frecuencia sexual y la respuesta de excitación debido al dolor, pudiendo presentarse dispareunia, lubricación disminuida, entre otros. En ocasiones la pérdida del deseo sexual, que es una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de cáncer, no tiene una

causa directa hormonal pero es un concomitante de depresión mayor, pérdida de bienestar físico, uso de medicamentos o impacto emocional de la pérdida de atractivo (Olivares, 2004).

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre los niveles de depresión y el tiempo del diagnóstico. Destacándose los siguientes aspectos: la mayor proporción de pacientes que presentaron depresión leve tenían entre 1 y 6 meses de haber recibido el diagnóstico; en el caso del nivel de depresión moderada se observa que en la medida en que se incrementa el tiempo del diagnóstico, incrementa también la proporción de pacientes, ubicándose la mayor proporción de pacientes con depresión moderada en aquellos que tenían más de un año de haber recibido el diagnóstico. En el nivel de depresión grave la mayoría de los pacientes tienen poco tiempo de haber recibido el diagnóstico.

Es importante mencionar que muchos pacientes afirmaron que en el período reciente al momento de recibir el diagnóstico presentaron mas síntomas depresivos, sin embargo, esto no se pudo comprobar a través del inventario debido a que solo se contó con dos casos que tenían diagnóstico reciente (menor a un mes). A pesar de ello, la bibliografía estudiada refiere que el nivel de depresión y el riesgo suicida suele ser más elevado en los períodos recientes al diagnóstico (Rundell y Wise, 2002).

A diferencia de estos hallazgos, si bien no hubo una relación significativa entre el tiempo del diagnóstico y los niveles de riesgo suicida en el presente estudio, se puede destacar que, de los pacientes que tenían más de un año de haber recibido el diagnóstico (54 sujetos) el 24,1% presentó un alto riesgo suicida y de los pacientes que tenían menos de un mes de haber recibido el diagnóstico el 50% también presentó un alto riesgo suicida. Sin embargo, es importante resaltar que de estos últimos solo se evaluaron 2 casos, y se requeriría un mayor número de casos para poder establecer una relación válida y confiable entre ambas variables.

En relación a las características sociodemográficas, en el presente estudio no se observaron diferencias significativas ni para el género, el nivel socioeconómico, ocupación laboral, grupo étnico, ni para la ubicación geográfica, en relación al comportamiento de las variables niveles de depresión y niveles de riesgo suicida. A diferencia de estas dos variables, el estado civil si se relaciona significativamente con los niveles de riesgo suicida, observándose que el 47,4% de los pacientes divorciados tienen un alto nivel de riesgo suicida, es decir, que de los pacientes que obtuvieron un alto riesgo suicida la mayoría son divorciados. Por lo que se confirma la hipótesis de que los pacientes divorciados tienen un mayor riesgo de cometer suicidio.

Al analizar estas características contrastando las variables sociodemográficas con la epidemiología de referencia, se observa una coincidencia en cuanto a la edad promedio, que se ubicó en la adultez intermedia y también se evidenció una mayor incidencia del cáncer en mujeres que en hombres. Las mujeres reportaban utilizar métodos de intento suicida menos agresivos y letales que los hombres, reportaron el uso de fármacos y veneno, mientras que los hombres reportaban métodos como el ahorcamiento y el uso de armas. La mayoría de los pacientes se ubicaban en una zona urbana y se encontraban desempleados.

Por otra parte, al analizar el comportamiento de los factores psicosociales de riesgo suicida en la muestra, se encontró en relación al dolor que si bien no hubo una relación significativa entre esta variable y los niveles de depresión, existe cierta aproximación en los niveles de depresión moderado y grave, en donde se podría decir que los pacientes que presentaban dolor estaban deprimidos en una mayor proporción que los que tenían ausencia del mismo. Esta aproximación concuerda con el planteamiento de Perol e. al. (2000), quien sostiene que la percepción que tienen los pacientes con cáncer de determinados aspectos de su enfermedad como la incapacidad física, la gravedad, el dolor

padecido, entre otros se asocian con depresión. Si analizamos el comportamiento de esta variable en función de los niveles de riesgo suicida, tampoco se obtuvo una relación significativa entre ambas. Sin embargo, se observa una tendencia en donde el bajo nivel o ningún riesgo suicida parecen asociarse en una mayor proporción de casos con ausencia de dolor, mientras que el alto riesgo suicida coincide con una mayor proporción de pacientes que presentaban dolor. Esto afianza el planteamiento de Rundell y Wise (2002) de que el dolor es un importante factor de riesgo y puede desencadenar el suicidio.

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre los niveles de riesgo suicida y los siguientes factores psicosociales de riesgo suicida: ideación suicida, historia de intento suicida, antecedentes de intento o suicidio consumado en la familia, antecedentes de depresión mayor y apoyo social. A diferencia de las variables historia de abuso de sustancias y otro diagnóstico psiquiátrico, en las que no se encontraron diferencias significativas en el comportamiento de la variable niveles de riesgo suicidio.

En este sentido, se puede decir que, los pacientes que tienen ideación suicida, historia de intento suicida, antecedentes familiares de intento o suicidio consumado y antecedentes de depresión mayor, son más propensos a cometer suicidio, tal y como lo plantea Hawton (1992). Así mismo, los pacientes con cáncer que no cuentan con apoyo social tienen mayor probabilidad de suicidarse que los que tienen apoyo social de sus familiares, amigos, instituciones médicas, entre otros, lo que confirma las hipótesis planteadas y confirma el planteamiento de Monk (1987), quien sostiene que las personas que están aisladas socialmente, que son viudas, divorciadas o separadas presentan tasas de suicidio superiores a las de las personas que poseen apoyo social de amigos y otros familiares.

Las variables abuso de sustancias y otros diagnósticos psiquiátricos no resultaron ser factores de riesgo de suicidio significativos en la muestra de pacientes con cáncer evaluada. Esto puede deberse a que en esta muestra se

encontraban muy pocos casos que reportaron presencia de estas variables (solo tres personas reportaron tener otros trastornos psiquiátricos).

En Venezuela, con respecto a las mujeres, el cáncer de cuello uterino, junto con el cáncer de útero, es la principal causa de defunción atribuida a esta enfermedad, y en segundo lugar se encuentra el cáncer de mama. El cáncer de pulmón, estómago, colon y recto se encuentran en las siguientes posiciones. Mientras que en los hombres el cáncer de próstata se encuentra en la primera posición, seguido por cáncer de pulmón, estómago, colon y recto. Lo cual coincide con los resultados de la presente investigación, ya que la mayoría de los casos estudiados eran de cáncer de mama y de cuello uterino, seguido por el cáncer de recto y de pulmón.

Esto marca con claridad las patologías en las que se deben reforzar las actividades preventivas y de diagnóstico precoz, no solo a nivel de la enfermedad física, sino también a nivel psicológico y emocional, ya que representan en general el 41% de la mortalidad por cáncer en Venezuela, siendo esta enfermedad crónica a su vez la segunda causa de muerte de la población en general (Capote, 2006). De allí la importancia de este estudio y de su difusión, para que los médicos oncólogos y el personal sanitario en general se encuentre en la capacidad de detectar tempranamente los niveles de depresión y riesgo suicida en los pacientes con cáncer con la finalidad de incluir estos elementos en el tratamiento o de referir al paciente a un especialista o al servicio de psicooncología, psiquiatría de enlace, para tratar los aspectos psicológicos asociados a la enfermedad o desencadenados por la misma.

VI. CONCLUSIONES

Los resultados del estudio permiten concluir en primer lugar, que los pacientes adultos con cáncer presentan en su mayoría depresión, en alguno de los niveles medidos a través del Inventario de depresión de Beck. Observándose que existen pacientes con cáncer con depresión leve, moderada y grave.

En segundo lugar, se corroboró que existe una correlación positiva entre los niveles de depresión y los niveles de riesgo suicida. Los pacientes que presentan niveles elevados de depresión tienen un alto riesgo de suicidio, es decir que, son pacientes que tienen más probabilidad de suicidarse que aquellos que no están deprimidos. Así como se observaron pacientes con depresión en niveles elevados (moderada y grave), en la muestra se encontraron pacientes con alto riesgo suicida.

En tercer lugar, se puede afirmar que, a pesar de que la relación no es significativa, existe cierta tendencia entre los niveles de depresión y el tipo de diagnóstico. Los pacientes con cáncer de pulmón tienden a deprimirse menos que el resto de los pacientes con cáncer evaluados. Mientras que por su parte, las pacientes de cáncer de cuello uterino tiende a deprimirse más, alcanzando niveles de depresión grave en una mayor proporción que los pacientes con cáncer mama, recto y pulmón.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en relación al riesgo suicida. Al igual que en la depresión, no se encontró una relación significativa entre los niveles de riesgo suicida y el tipo de cáncer. Sin embargo, las pacientes con cáncer de cuello uterino tienen más alto riesgo suicida que los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, recto y pulmón. Es decir, que estas pacientes no solo se deprimen más, sino que tienen mayor riesgo de cometer suicidio. Se puede hipotetizar que esto se debe a los múltiples aspectos psicológicos

asociados a este tipo de cáncer, como la pérdida del deseo sexual, cambios en el estado de ánimo, pérdida de bienestar físico, dispareunia, infertilidad, entre otros.

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre los niveles de depresión y el tiempo del diagnóstico. La mayoría de los pacientes con depresión leve tenían entre 1 y 6 meses de haber recibido el diagnóstico. La depresión moderada se observó más en pacientes que tenían más de un año de haber recibido el diagnóstico. Mientras que por su parte la depresión grave se presenta más en pacientes con un diagnóstico reciente.

Por su parte, las características sociodemográficas no difieren significativamente en el comportamiento de los niveles de depresión y de riesgo suicida, exceptuando el estado civil, en el cual el divorcio se encuentra asociado con un alto riesgo suicida, constituyendo un importante factor de riesgo.

Con respecto a los factores psicosociales de riesgo suicida, se puede concluir en primer lugar, que los pacientes que presentan dolor tienden a deprimirse más que los que tienen ausencia del mismo. También tienen mayor riesgo suicida.

En segundo lugar, se puede decir que los pacientes que presentan ideación suicida, historia de intento suicida, antecedentes familiares de intento o suicidio consumado y antecedentes de depresión mayor, tienen un alto riesgo de cometer suicidio. A diferencia de los pacientes que reportaron ausencia de estas variables. Así mismo, los pacientes que no cuentan con apoyo social tienen más riesgo suicida que los pacientes que cuentan con apoyo de sus familiares y amigos.

Por lo tanto, los resultados encontrados en el presente estudio constituyen una evidencia empírica de que los pacientes con cáncer, en especial aquellos con diagnóstico de cáncer de cuello uterino tienden a deprimirse y pueden incluso tener un alto riesgo suicida. Variables como el tiempo del diagnóstico, la presencia

de dolor, ideación suicida, historia de intento suicida, antecedentes familiares de suicidio, depresión mayor y apoyo social, aumentan los niveles de depresión y los niveles de riesgo suicida.

El comprender estos aspectos psicológicos y psicopatológicos que se presentan en los pacientes con cáncer, permite entender la situación de afectación por la que atraviesan estos pacientes de una forma más integral y en consecuencia permite identificar tempranamente aquellos pacientes que presenten niveles de depresión o riesgo suicida elevados y que por ende requieran de una mayor atención tanto médica como psicológica, así como también adaptar los tratamientos a las necesidades no solo físicas sino también psicológicas de cada paciente.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

En la presente investigación se llevó a cabo un muestreo intencional, lo cual no permite generalizar los resultados a sujetos con características sociodemográficas y clínicas diferentes a la de la muestra estudiada, por lo que se recomienda realizar un muestreo aleatorio para futuras investigaciones o considerar otras características sociodemográficas y clínicas para comparar.

Otra limitación tuvo que ver con que las entrevistas se realizaron en el servicio de quimioterapia del Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño mientras los pacientes esperaban recibir su tratamiento, por lo que no se disponía de un lugar privado y con mejores condiciones para la recolección de la información de cada uno de los participantes, por lo que se recomienda crear un servicio de psicooncología dentro de la institución al cual sean referidos los pacientes como parte del proceso de diagnóstico y pesquisa, que permita incluir los elementos psicológicos y emocionales como parte del tratamiento del paciente con cáncer.

Otra limitación hace referencia a que la muestra estuvo constituida en un 79% por mujeres, por lo que la mayor cantidad de casos se concentró en pacientes con cáncer de mama y de cuello uterino, lo cual se entiende debido a la alta prevalencia de estos diagnósticos en la población venezolana, sin embargo esto llevo a que el resto de los diagnósticos presentaran un menor número de sujetos de la muestra lo que probablemente implique que no se pudo evidenciar al máximo la relación entre las variables estudiadas. Esta limitación también se presentó con otras variables estudiadas, como por ejemplo el tiempo del diagnóstico, en el que solo se contó con dos sujetos que estaban recién diagnosticados (diagnóstico recibido en menos de un mes), lo cual hizo difícil establecer relaciones confiables y válidas. Por lo que se sugiere utilizar en futuras investigaciones una muestra mayor de pacientes, en donde cada variable estudiada se encuentre equitativamente representada.

Así mismo, el escaso número de investigaciones realizadas en nuestro país utilizando el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, constituyó una limitación en el estudio, por lo que se recomienda replicar la investigación en una muestra con mayor número de pacientes y en diferentes instituciones oncológicas, atendiendo a los elementos éticos considerados. En relación al uso de estos instrumentos, a pesar de que los aplicó el investigador de manera individual a cada uno de los participantes, pudo existir cierto rango de error por la influencia del factor de discapacidad social, como un intento de contestar aquello que el investigador espera y a la resistencia o interferencias que pueden tener los sujetos al sentirse evaluados.

Se sugiere utilizar los hallazgos de la presente investigación para planificar y diseñar intervenciones psicoterapéuticas que estén orientadas al trabajo con pacientes oncológicos, para de este modo facilitar y construir un tratamiento psicoterapéutico eficaz que propicie un aumento en la calidad de vida de estos pacientes y una mejor evolución de la enfermedad oncológica, prolongando así la vida de los pacientes con cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam, K. (1983). Suicide and Attempted Suicide. *Medicine North America*. April, 3200-3207.

Allebeck, P., Bolund, C. y Ringback, F. (1985). "Increased suicide rate in cancer patients. *Journal Clin Epidemiol*, 42, 611-616.

Álvarez, M. y Cruz, P. (1999). Depresión en pacientes histerectomizadas: Un problema de desinformación. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 1-12.

Angst J., Sellaro R., y Merikangas K. (2000). Diagnosis of Depresión Espectum. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 39-47.

Arias, C. (2004). Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. *Revista de la Facultad de Farmacia*, 46 (2), 16-22.

Bárez, M., Blasco, T. y Fernandez, J. (2003). Efecto de la sensación de control de la enfermedad en la eficacia de las terapias psicológicas en los pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19 (2) Diciembre.

Beck, A. y Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.

Beck, A., Steer, R. y G. M. Garbin. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.

Berard, Boermeester y Viljo (2001). Depression in Oncology Patients. *Psychosomatics*, 42, 141-145.

Blazer D., Kessler R. y Swartz M. (1998). Epidemiology of the Recurrence of Major and Minor Depression with a Seasonal Pattern: The National Survivors Comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 172, 164-167.

Bleichmar, H. (1988). La depresión: un estudio psicoanalítico. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires.

Bolund C. (1985). Suicide and Oncology: Social and Demographic Characteristic of Oncology Patients, Who Committed Suicide in Sweden between 1973-1976. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3 (1), 17-30.

Bodurka-Bevers, Basen-Engquist, Carmack, Fitzgerald, Wolf, Moor, et al. (2000). Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Ovarian Cancer. *Gynecologic Oncology*, 78 (3), 302-308.

Bukberg, Penman y Holland. (1999). Depression in Oncology Pacientes Hospitalized. *Psychosomatic Medicine*, 46 (3), 199-212.

Capote, L. (2006). Aspectos Epidemiológicos del Cáncer en Venezuela. *Revista Venezolana de Oncología*, 18 (4).

Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación Castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol. Med Eur A*, 12, 217-236.

DSM-IV (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ta ed.). Barcelona, España. Editorial Masson.

García-Camba, E. (1999). Psiquiatría de enlace y cáncer. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Médica Ediciones.

Hawton, K. (1992). Suicide and Attempted Suicide, in Handbook of Affective Disorders. 2nd Edition. Edited by Paykel ES. New York. 635-650.

Hem E, Loge JH, Haldorsen T. (2004). Suicide Risk in Oncology Patients Since 1960 After 1999. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (20), 4209-16.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). Metodología de la Investigación (4ta ed.). Mexico: McGraw-Hill

Instituto Nacional del Cáncer. (2005). Recuperado en enero 2, 2006 de <http://www.cancer.gov/español>.

Kelsen, Portenoy, Thaler, Niedzwiecki, Passik, Tao, et al. (2001). Affliction and Depresión in Oncology Patients Recently Diagnosed with Pancreas Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 13, 748-755.

Kerlinger, F. (1988). Investigación del Comportamiento. (3^a. ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación sobre el comportamiento. (Cuarta edición). México, D.F: McGraw-Hill.

Kessler, R. (2002). Epidemiología de la Depresión. Guilford Publications: USA.

Lynch M. (1995). The Prevalence of Affectives Disorders in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Care*, 11(1), 10-18.

López-Lara, F., González, C., Santos, J. y Sanz, A. (1999). Manual de Oncología Clínica. Valladolid: Gráficas Andrés Martín, S.A.

Martínez, C. (2007). Introducción a la Suicidología: Teoría, Investigación e Intervención. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Méndez-Catellano (2001). Método graffar Mendez-Castellano. Recuperado en Agosto 17, 2008, de <http://cyberpediatria.com/graffarmendezcastellano.pdf>.

Monk, M. (1987). Epidemiology of Suicide. *Epidemiol Rev*, 9, 51-69.

Olivares María Eugenia (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.

Organización Mundial de la Salud (2001). Información sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental, nuevo conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado en Enero 15, 2007 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf.

Passik, Dugan, McDonald, Rosenfeld, Theobald y Edgerton (1995). Oncology Recognition of Depression in Patients with Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 1594-1600.

Perol, C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., et al. (2000). Diferencias en la Calidad de Vida: Un Estudio Longitudinal de Pacientes con Cáncer Recibiendo Tratamiento de Quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2).

Pfeffer, C., Zucherman, S., Plutchik, R. y Mizruchi, M. (1984). Suicidal Behavior in School Children: A Comparison with Child Psychiatric Inpatients. *Journal of American Academy Child Psychiatry*, 23, 416-423.

Pineda, N., Bermudez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., et al. (2004). Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes con Diabetes Mellitas tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23 (1), 74-78.

Plutchik, R., Praga, H., Conte, H. y Picard, S. (1989). Correlates of Suicide and Violent Risk, I: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 296-302.

Reyes, W. Y Alonso, A. (2001). Factores Epidemiológicos y Psicosociales que inciden en los Intentos Suicidas. *Rev Cubana Gen Integr*; 17 (2): 155-63.

Rísquez, A. (2004, Noviembre). Epidemiología de la mortalidad por violencia como problema de salud pública en Venezuela. Artículo presentado en II Encuentro Nacional de Demógrafos y Estudiosos de la Población, Caracas, Venezuela.

Roy, A. (1983). Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 971-974.

Roy, A. (1989). Emergency psychiatry: suicide, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th Edition. Edited by Kaplan H., Sadock B., Baltimore M., Williams y Wilkins. 1414-1427.

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M., Marín, J., et al. (1998). Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en la Población Española. *Arch Meurobiol. Madrid*. 61, 143-152.

Rundell, J. y Wise, M. (2002). Suicidio, en *Fundamentos de la Psiquiatría de Enlace*. Editorial Ars Medica. Cap. 4, 45-60.

Sherr, L. (1992). Suicidio, en *Agonía, Muerte y Duelo*. Editorial Manual Moderno. Cap. 14, 243-270.

Sociedad Americana del Cáncer (2004). Revisión Panamericana de Salud Pública. *Public Health*, 15 (3).

Tatsuo, A., Hitoshi, O., Shigeto, Y., y Yosuke U. (2000). ¿Why some Oncology Patients Suffer Depression and Prefer an early Death and others do not? *Psychosomatics*, 37, 57-62.

Tatsuo, A., Tomohito, N., Nobuya, A., Tatsuro, N., Eisho, Y., Hitoshi, O., et al. (2002). Clinical Factors Associated with Suicidality in Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 32 (12) 506-511.

Zivin, K., Kim, M., Macarthy, J., Austin, K., Hoggatt, K., Walters, H., et al. (2007). Suicide Mortality Among Individuals Receiving Treatment for Depression in the Veterans Affairs. *American Journal of Public Health*, 97 (12).

ANEXO A
Inventario de Depresión de Beck

5. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory).

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)

- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo

No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

Duermo tan bien como antes

Me despierto más cansado por la mañana

Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir

Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche

Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme

Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas

Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas

No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

Me canso más fácilmente que antes

Cualquier cosa que hago me fatiga

No me canso más de lo normal

Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

He perdido totalmente el apetito

Mi apetito no es tan bueno como antes

Mi apetito es ahora mucho menor

Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

No he perdido peso últimamente

He perdido más de 2,5 kg

He perdido más de 5 kg

He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas

Estoy preocupado por dolores y trastornos

No me preocupa mi salud más de lo normal

Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

Estoy menos interesado por el sexo que antes

He perdido todo mi interés por el sexo

Apenas me siento atraído sexualmente

No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ANEXO B
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

6.5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir? SÍ / NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? SÍ / NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a? SÍ / NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? SÍ / NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? SÍ / NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? SÍ / NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? SÍ / NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? SÍ / NO
9. ¿Está deprimido/a ahora? SÍ / NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a? SÍ / NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? SÍ / NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien? SÍ / NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? SÍ / NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? SÍ / NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? SÍ / NO

ANEXO C

Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos, Clínicos y Factores psicosociales de Riesgo Suicida

Fecha: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN:
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y
FACTORES DE RIESGO SUICIDA

Género: F____ M____ Edad: _____ Estado Civil: S ____ C____ D____ V____

Nivel Socioeconómico: _____ Lugar de Procedencia: _____

Ocupación/Situación laboral: _____ Grupo Étnico: _____

Ubicación Geográfica: _____

Motivo de Ingreso: _____

Diagnóstico Oncológico: _____

Tiempo de Diagnostico: Menos de 1 mes _____ De 1 a 6 meses _____

De 6 meses a 1 año _____ Mas de 1 año _____

Tratamiento: _____

Presenta Dolor: Si ____ No ____

Antecedentes personales de ideación suicida: Si ____ No ____ Descripción: _____

Historia de intento suicida: Si ____ No ____ Descripción: _____

Antecedentes familiares de intento suicida o historia de suicidio en la familia: Si ____ No ____

Descripción: _____

Antecedente de Trastorno de Depresión Mayor: Si: ____ No: ____

Historia de Abuso de Sustancias: Si: ____ No: ____ Descripción: _____

Otros Diagnósticos Psiquiaticos: Si ____ No ____ Descripción: _____

Redes de Apoyo Social: Si ____ No ____ Descripción: _____

Observaciones:

ANEXO D
Escala Graffar Méndez-Castellano

Escala Graffar Méndez-Castellano

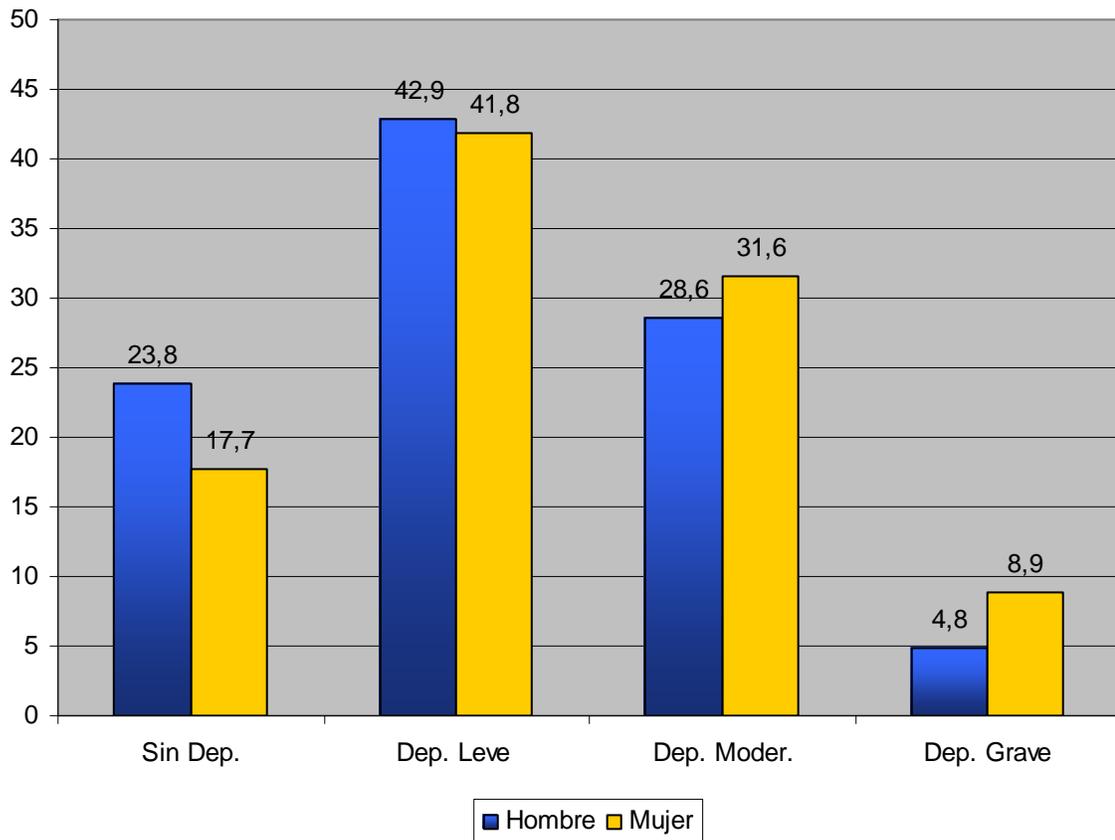
<p>PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales, oficiales de las FAN 2. Profesión técnica o medianos comerciantes o productores. 3. Empleados sin profesión universitaria o técnica media, pequeños comerciantes y productores (propietarios). 4. Obreros especializados (tractoristas, chóferes, albañiles). 5. Obreros no especializados (buhoneros, jornaleros, servicios). 	<p>PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida. 2. Ganancias, beneficios, honorarios. 3. Sueldo mensual 4. Salario Semanal / diario / tarea. 5. Donaciones de origen público o privado.
<p>NIVEL INSTRUCCIÓN MADRE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza secundaria completa o TSU. 3. Enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior. 4. Enseñanza primaria. Alfabeto. 5. Analfabeta. 	<p>CONSIDERACIONES DE VIVIENDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Óptimas condiciones sanitarias, ambiente de lujo. 2. Óptimas condiciones sanitarias, sin lujo, espaciosas. 3. Buenas condiciones sanitarias, espacios reducidos. 4. Deficientes condiciones sanitarias, independiente del espacio y lujo. 5. Condiciones sanitarias inadecuadas, rancho o vivienda de una habitación.
<p>CLASE (ESTRATO)</p> <p>ALTA (I)</p> <p>MEDIA ALTA (II)</p> <p>MEDIA MEDIA (III)</p> <p>MEDIA BAJA (III)</p> <p>POBREZA RELATIVA (IV)</p> <p>POBREZA CRÍTICA (V)</p> <p>POBREZA ESTRUCTURAL (V)</p>	<p>PONDERACIÓN</p> <p>4,5,6</p> <p>7,8,9</p> <p>10,11</p> <p>12</p> <p>13,14,15,16</p> <p>17,18</p> <p>19,20</p>

ANEXO E

**Estadísticos de la relación Niveles de Depresión - Género; y
Niveles de Depresión - Nivel Socioeconómico**

Tabla E1. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de depresión y género.

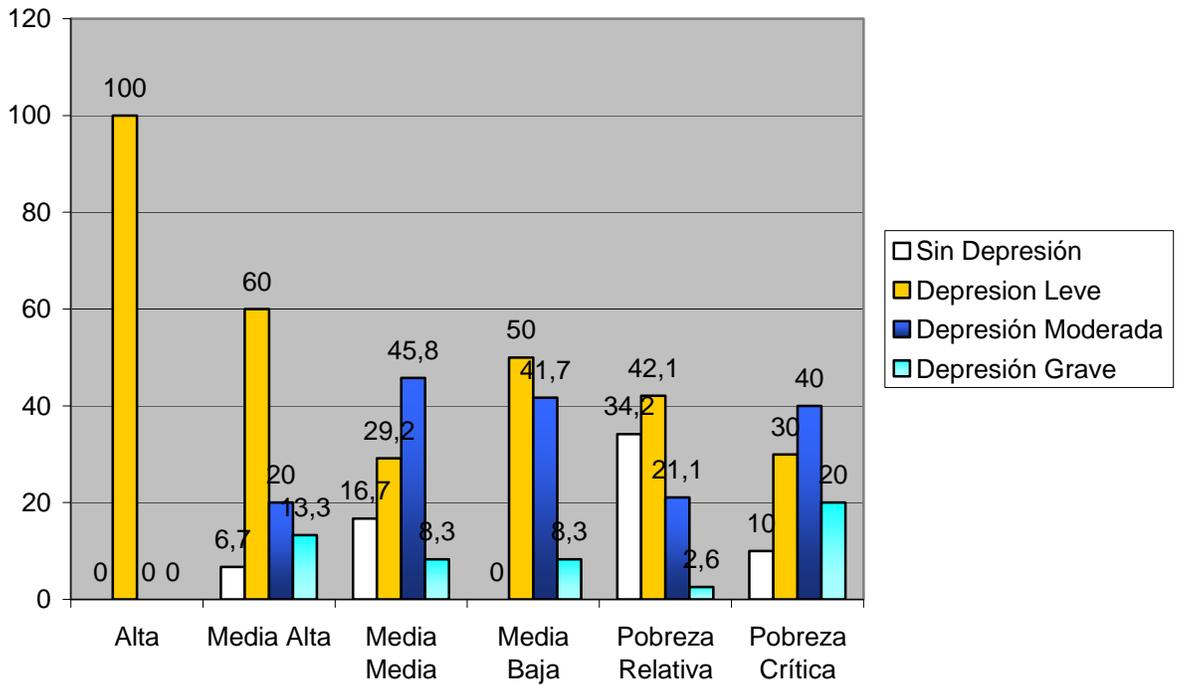
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	0,727	3	0,867



Gráfica E2. Porcentaje de la relación de las variables niveles de depresión y género.

Tabla E3. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de depresión y nivel socioeconómico.

	Valor	GI	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	20,52	15	0,153



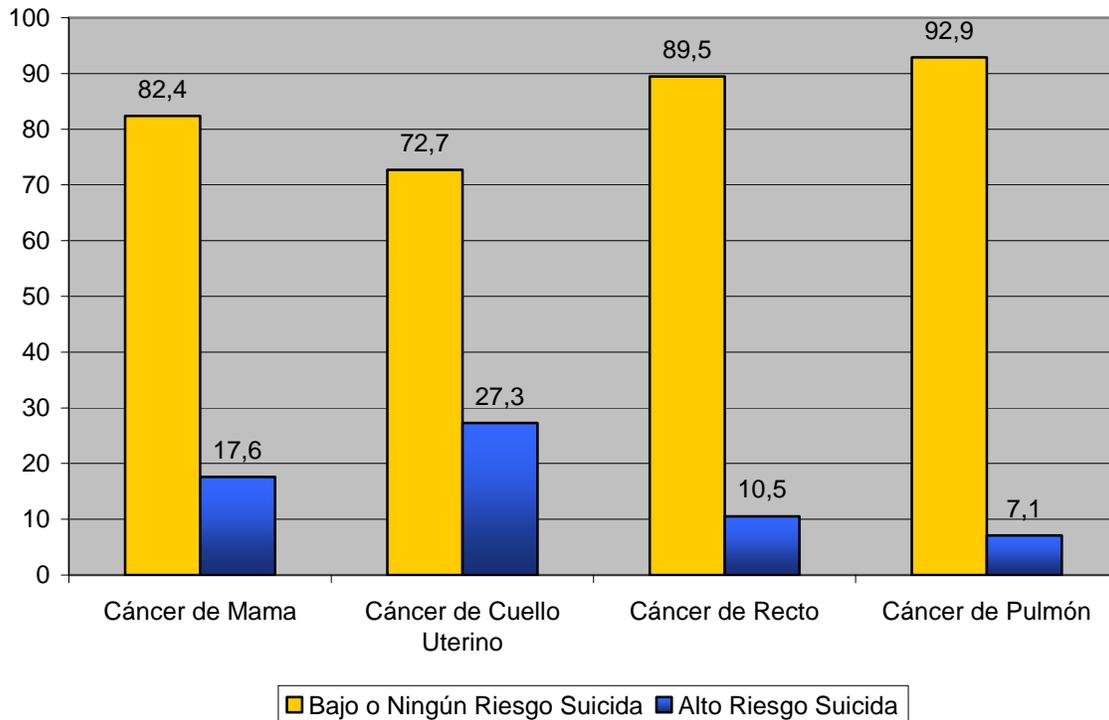
Gráfica E4. Porcentaje de la relación de las variables niveles de depresión y nivel socioeconómico.

ANEXO F

**Estadísticos de la relación entre Niveles de Riesgo Suicida y
Diagnóstico Oncológico**

Tabla F1. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida y diagnóstico oncológico.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	3,762	3	0,288



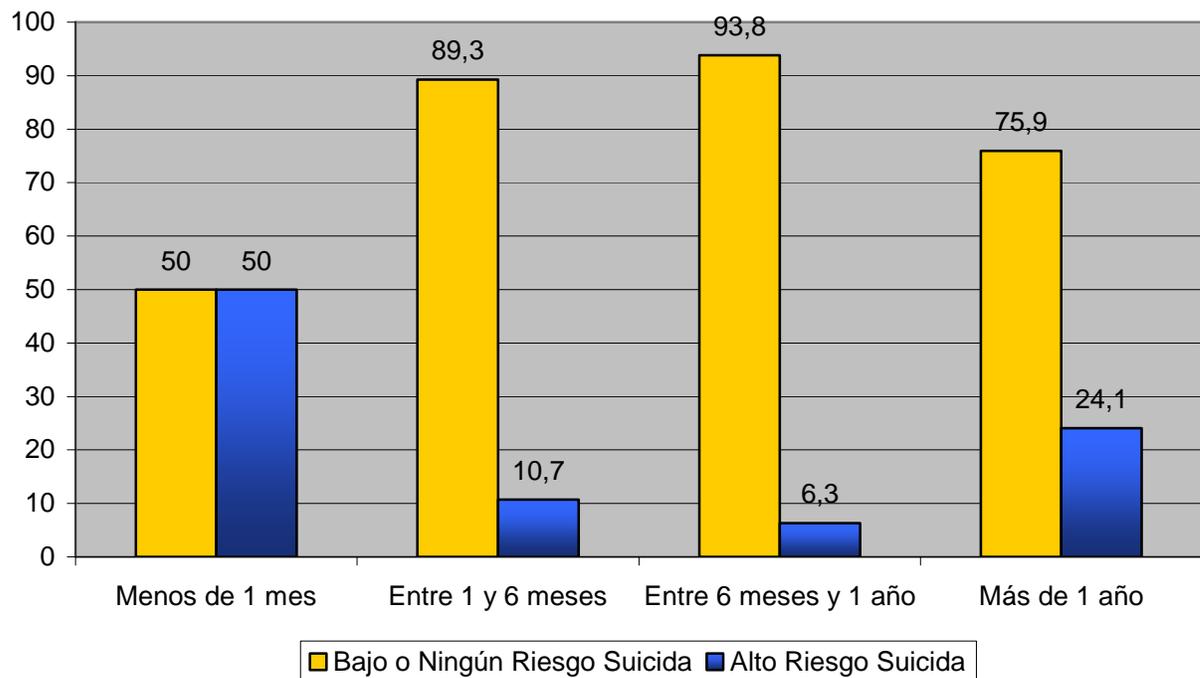
Gráfica F2. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y diagnóstico oncológico.

ANEXO G

**Estadísticos de la relación entre Niveles de Riesgo Suicida y
Tiempo del Diagnóstico.**

Tabla G1. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida y tiempo del diagnóstico.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	5,241	3	0,155



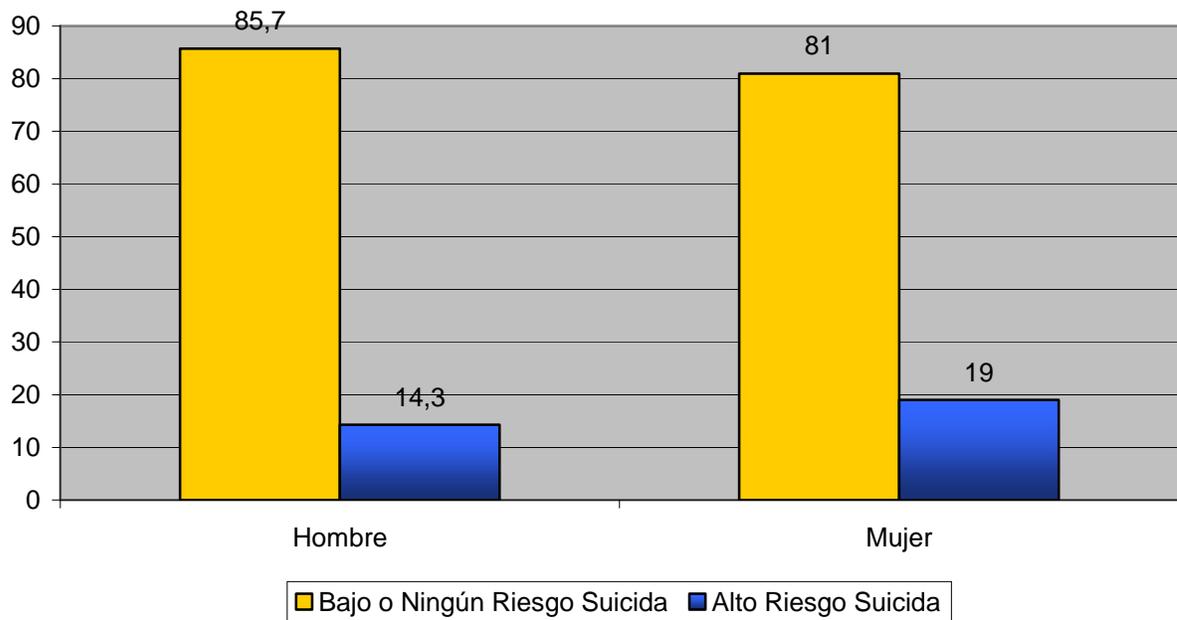
Gráfica G2. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y tiempo del diagnóstico.

ANEXO H

**Estadísticos de la relación entre Niveles de riesgo Suicida – Género; y
Niveles de Riesgo Suicida – Nivel Socioeconómico.**

Tabla H1. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida y género.

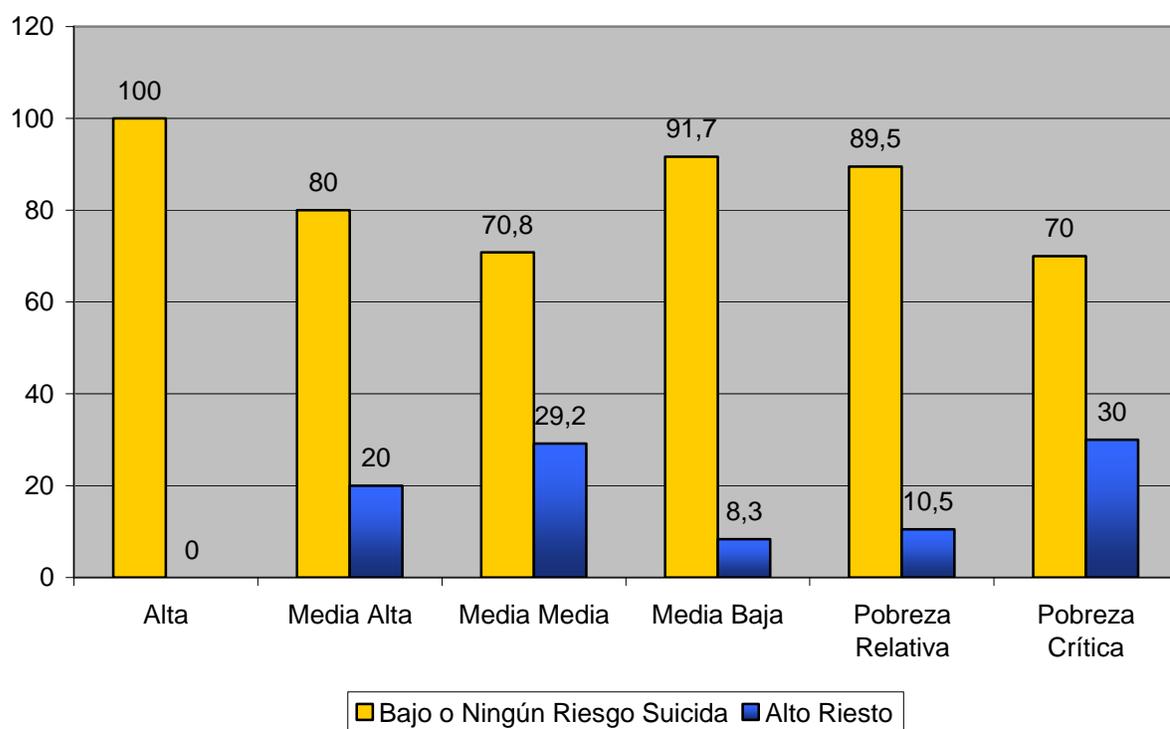
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	0,248	1	0,618



Gráfica H2. Porcentaje de la relación entre las variables niveles de riesgo suicida y género.

Tabla H3. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida y nivel socioeconómico.

	Valor	GI	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	5,461	5	0,362



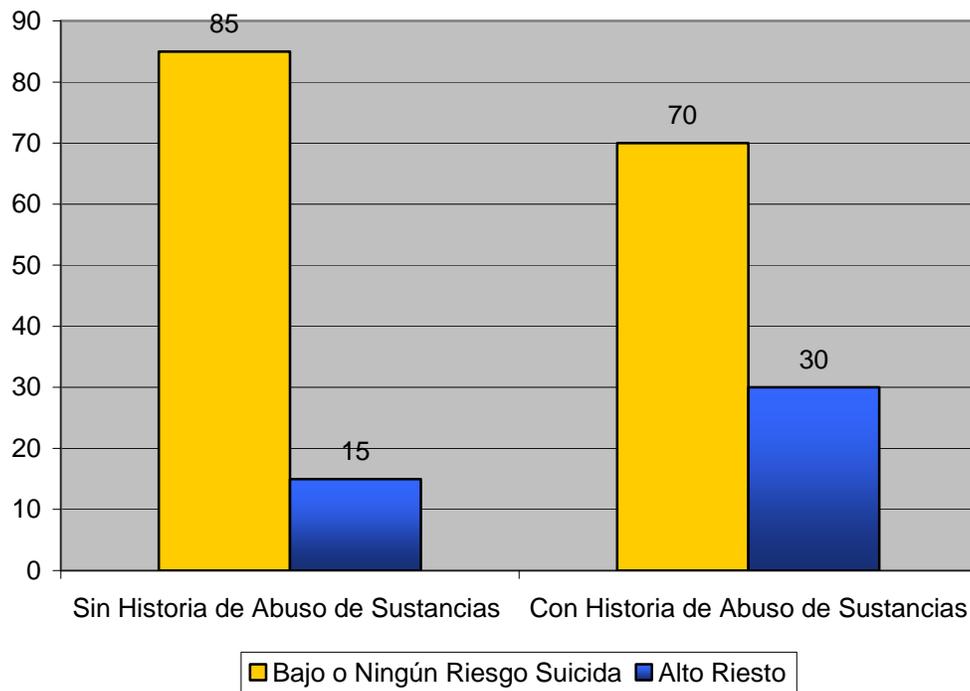
Gráfica H4. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y nivel socioeconómico.

ANEXO I

Estadísticos de la relación entre Niveles de Riesgo Suicida – Abuso de Sustancias; Niveles de Riesgo Suicida – Otros Diagnosticos Psiquiátricos

Tabla 11. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida y abuso de sustancias.

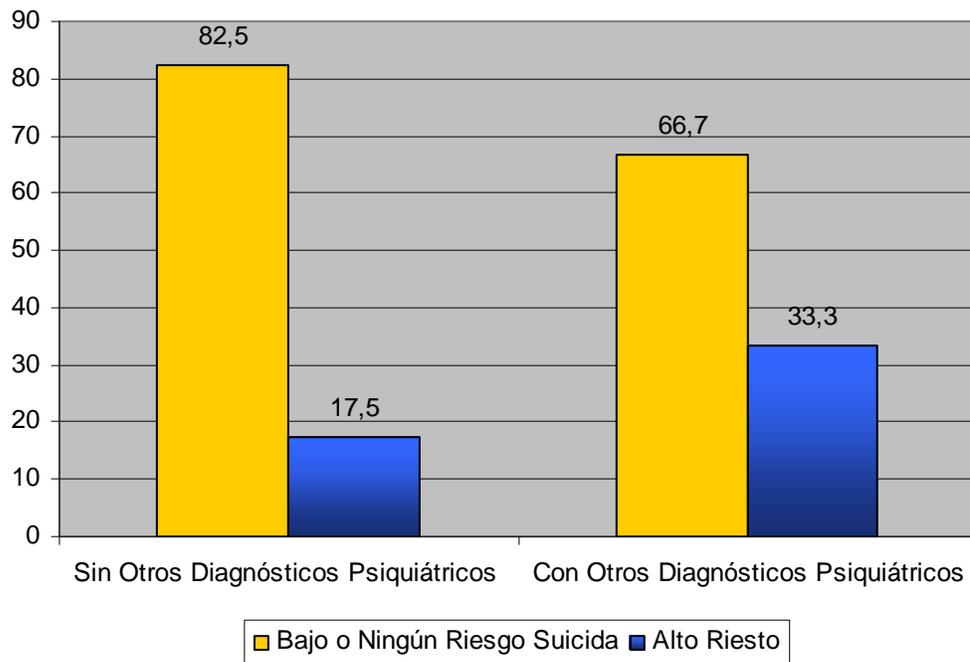
	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	2,439	1	0,118



Gráfica I2. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida e historia de abuso de sustancias.

Tabla 13. Puntaje de Chi-cuadrado de Person de la relación entre los niveles de riesgo suicida y otros diagnósticos psiquiátricos.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Person	0,493	1	0,483



Gráfica 14. Porcentaje de la relación de las variables niveles de riesgo suicida y otros diagnósticos psiquiátricos.