Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
Unidad de Posgrado

De la derrota a la ideación suicida: el rol mediador del atrapamiento en personas con cáncer

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología

AUTOR

Fernando Antonio LAMAS DELGADO

ASESOR

Dra. Lupe Célica GARCÍA AMPUDIA

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Lamas, F. (2026). *De la derrota a la ideación suicida: el rol mediador del atrapamiento en personas con cáncer*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Fernando Antonio Lamas Delgado
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	25720489
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6025-8415
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Lupe Célica García Ampudia
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08323635
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-1204-660X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Yeni Rocío Cruz Manrique
Tipo de documento	Carné de extranjería emitido en Perú
Número de documento de identidad	MX/ 0053523
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Rosa Elena Huerta Rosales.
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08975381
Miembro del jurado 3	
Nombres y apellidos	Natalia Luisa Ramírez Sáenz.

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09399393
Datos de investigación	
Línea de investigación	1. El bienestar y el malestar psicológico
Grupo de investigación	Obligatorio si aplica. De lo contrario colocar No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima (Cercado de Lima) Urbanización: Ciudad Universitaria Calle: Av. Germán Amézaga s/n Latitud: -12.0578402 Longitud: -77.0861464
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Setiembre 2023 - diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE	Psicología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, *DECANA DE AMÉRICA)*
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE POSGRADO
Calle Germán Amezaga N.° 375, Lima (Ciudad Universitaria)
Central Telefónica 6197000, anexo 3208

UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

Siendo las 11:00 horas del día miércoles 17 de junio de 2026, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. German Amezaga n.° 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por la Dra. Yeni Rocío Cruz Manrique e integrado por:

Dra. Yeni Rocío Cruz Manrique	(Presidenta)
Dra. Lupe Célica García Ampudia	(Asesora)
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	(Informante)
Dra. Natalia Luisa Ramírez Sáenz	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología del Magíster **FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO**, quien procedió a la exposición de la Tesis: ***De la derrota a la ideación suicida: el rol mediador del atrapamiento en personas con cáncer,*** con el fin de optar el Grado Académico de **DOCTOR EN PSICOLOGÍA.**

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Doctor, obteniendo la siguiente calificación.

A EXCELENTE 20 VEINTE

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

Se extiende la presente ACTA a las 12 h. 30 del 17 de junio de 2026.

Dra. **Yeni Rocío Cruz Manrique**
Presidenta

Dra. **Lupe Célica García Ampudia**
Asesora

Dra. **Rosa Elena Huerta Rosales**
Informante

Dra. **Natalia Luisa Ramírez Sáenz**
Informante

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Lupe Célica García Ampudia en mi condición de asesora acreditada con el Dictamen de la UPG N° 000475-2025 UPG-VDIP-FPSI/UNMSM de la tesis cuyo título es : “De la derrota a la ideación suicida: el rol mediador del atrapamiento en personas con cáncer” presentado por el magíster Fernando Antonio Lamas Delgado, para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 8% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Grado Académico de Doctor en Psicología.

Lima, 07 de julio de 2026

UNMSM
Firmado digitalmente por GARCIA AMPUDIA Lupe Celica FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07.07.2026 20:29:47 -05:00

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Lupe Célica García Ampudia

DNI: 08323635

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad*La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.*

DEDICATORIA

A la esperanza bien entendida, aquella que no niega la dificultad, sino que la integra.

Que el estudio del rol mediador del atrapamiento sirva para que ningún paciente con cáncer sienta que su ideación suicida es un secreto inconfesable o una falla personal.

Esta tesis es una invitación a los profesionales a dejar de ser meros técnicos y convertirse en testigos sensibles de la experiencia humana ante el cáncer.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes que me permitieron acompañar su experiencia: Con el respeto más profundo. Después de diez años en la tarea oncológica, supe que este trabajo debía nacer de sus voces. Gracias por compartir su verdad de la derrota y el atrapamiento. Vuestra enseñanza sobre la dignidad en la adversidad es el regalo más grande y la verdadera base ética de esta investigación.

A mi familia y amigos: Por ser el regreso al suelo firme cuando las ideas se dispersaban. En el camino exigente de esta tesis, su presencia ha sido el gesto más elemental de amor para permitirme seguir.

A mi asesora Lupe, docentes y compañeros del doctorado: Gracias por ser la mirada que orienta y la mano que no aprieta. Por su inteligencia, paciencia y presencia; y por guiar este trabajo con una profunda comprensión de lo humano

ÍNDICE

ÍNDICE 4
LISTA DE TABLAS 6
LISTA DE FIGURAS 7
RESUMEN 8
ABSTRACT 9
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO 1 3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
1.1. Situación problemática 3
1.2. Formulación del problema 8
1.3. Justificación de la investigación 9
1.3.1. Justificación teórica 9
1.3.2. Justificación práctica 10
1.3.3. Justificación metodológica 11
1.4. Objetivos de la investigación 12
1.4.1. Objetivo general 12
1.4.2. Objetivos específicos 12
CAPÌTULO 2 14
MARCO TEÓRICO 14
2.1. Marco filosófico y epistemológico de la investigación 14
2.2. Antecedentes de investigación 17
2.2.1. Antecedentes internacionales 17
2.2.2. Antecedentes nacionales 20
2.3. Bases teóricas 24
2.3.1. Teorias sobre el suicidio 24
2.3.2. Derrota como constructo psicológico 26
2.3.3. Atrapamiento y su papel transdiagnóstico 29
2.3.4. Ideación Suicida…… ……..31
2.3.5. El modelo integrado motivacional volitivo… ……..33
2.3.6. Psicooncología, sufrimiento existencial y suicidio en cáncer…… ……..37
2.4. Hipótesis 39
2.4.1. Hipótesis general 39
2.4.2. Hipótesis específicas: 39

2.5. Identificación de variables……..…….….40
2.6. Operacionalización de variables…… …….……40
2.7. Definición de términos básicos..... .42
CAPÍTULO 3 ..... .44
METODOLOGÍA..... 44
3.1. Tipo y diseño de investigación ..... .44
3.2. Unidad de Análisis…… ……..45
3.3. Población de estudio..... 45
3.4. Muestra de estudio..... 46
3.5 Selección de la muestra..... 46
3.6 Técnicas de recolección de datos 47
3.7 Instrumentos..... 48
3.8 Análisis e interpretación de la información 50
CAPÍTULO 4 52
RESULTADOS 52
4.1. Resultados descriptivos..... 52
4.2. Contrastación de Hipótesis mediante SEM 54
4.3. Evaluación de trayectorias Específicas 55
4.4 Discusión de Resultados……63
CAPITULO 5 ……..…….75
IMPACTOS DE LA INVESTIGACION 75
5.1 Propuesta para la solución del problema…… …….75
5.2 Costos de implementación de propuesta…… ……77
5.3 Beneficios que aporta la propuesta…… …78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 81
6.1. Conclusiones..... 81
6.2. Recomendaciones 84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 86
ANEXOS.....101

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. *Operacionalización de variables*

Tabla 2. *Estadísticos descriptivos, asimetría y curtosis de las variables de estudio.*

Tabla 3. *Coeficientes de fiabilidad de los instrumentos*

Tabla 4. *Correlaciones de Pearson entre derrota, atrapamiento e ideación suicida* .

Tabla 5. *Índices de bondad de ajuste para el modelo de mediación propuesto*

Tabla 6. *Resumen de efectos directos, indirectos y totales del modelo de mediación*

Tabla 7. *Diferencias del modelo según sexo*

Tabla 8 Diferencias del modelo según nivel de instrucción

Tabla 9 Diferencias del modelo según el estadío clínico

Tabla 10 Diferencias del modelo según el tiempo de tratamiento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Integrado Motivacional Volitivo

Figura 2. Modelo de mediación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida en pacientes oncológico.

Figura 3 Modelo de mediación entre la derrota, atrapamiento e ideación suicida en pacientes con cáncer de Lima

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue explicar el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima. Se realizó un estudio cuantitativo, de estrategia asociativa–explicativa, con diseño no experimental y transversal, en una muestra intencional de N = 860 pacientes oncológicos adultos atendidos en un hospital de Lima. Se utilizaron la Escala de Derrota de Gilbert y Allan (16 ítems), la Escala de Atrapamiento – Forma Corta (4 ítems) y el Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida (5 ítems), todas con adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha > .85$, $\omega > .86$). Los datos se analizaron mediante modelos de ecuaciones estructurales con estimador de máxima verosimilitud robusta (MLR) y bootstrap de 5000 réplicas. El modelo mostró índices de ajuste excelentes: $\chi^2/df = 1.29$, CFI = .975, TLI = .974, RMSEA = .019 (IC 90% [.010, .028]), SRMR = .031.

Los resultados indicaron que la derrota se asocia de manera directa y positiva con el atrapamiento ($\beta = .48$) y que el atrapamiento predice significativamente la ideación suicida ($\beta = .27$). La derrota mantuvo un efecto directo sobre la ideación ($\beta = .24$), mientras que el efecto indirecto derrota → atrapamiento → ideación fue significativo ($\beta = .129$, $p < .001$), evidenciando una mediación parcial que explica aproximadamente el 34.6% del efecto total. El modelo mostró estabilidad estructural en distintos subgrupos, aunque la fuerza de las rutas varió según sexo, nivel educativo y tiempo de tratamiento..

Se concluye que derrota y atrapamiento constituyen mecanismos clave para comprender la ideación suicida en pacientes con cáncer en Lima, respaldando la pertinencia del IMV en este contexto. Se recomienda incorporar la evaluación de estos constructos en los servicios oncológicos y diseñar intervenciones específicas orientadas a reducir la sensación de estar sin salida..

Palabras clave: ideación suicida, derrota, atrapamiento, cáncer, Modelo Integrado Motivacional–Volitivo

ABSTRACT

The aim of this study was to explain the mediating role of entrapment in the relationship between defeat and suicidal ideation in oncology patients from Lima. A quantitative, associative–explanatory, non-experimental and cross-sectional design was employed with an intentional sample of N = 860 adult cancer patients treated at a hospital in Lima. The Gilbert and Allan Defeat Scale (16 items), the Entrapment Scale – Short Form (4 items) and the Frequency of Suicidal Ideation Inventory (5 items) were used, all showing adequate psychometric properties ($\alpha > .85$, $\omega > .86$). Data were analyzed using structural equation modeling with robust maximum likelihood estimation (MLR) and 5000 bootstrap resamples. The model showed excellent fit indices: $\chi^2/df = 1.29$, CFI = .975, TLI = .974, RMSEA = .019 (90% CI [.010, .028]), SRMR = .031.

Results indicated that defeat was directly and positively associated with entrapment ($\beta = .48$) and that entrapment significantly predicted suicidal ideation ($\beta = .27$). Defeat also retained a direct effect on suicidal ideation ($\beta = .24$), while the indirect pathway defeat → entrapment → suicidal ideation was significant ($\beta = .129$, $p < .001$), evidencing partial mediation that accounts for approximately 34.6% of the total effect. The model showed structural stability across different subgroups, although path strengths varied according to sex, educational level and treatment time.

It is concluded that defeat and entrapment are key mechanisms for understanding suicidal ideation in cancer patients in Lima, supporting the relevance of the IMV in this context. It is recommended that the assessment of these constructs be incorporated into oncology services and that specific interventions be designed to reduce the feeling of having no way out..

Keywords: suicidal ideation, defeat, entrapment, cancer, Integrated Motivational–Volitional Model.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi explicar o papel mediador do aprisionamento na relação entre derrota e ideação suicida em pacientes oncológicos de Lima. Foi adotado um delineamento quantitativo, associativo–explicativo, não experimental e transversal, com uma amostra intencional de N = 860 pacientes oncológicos adultos atendidos em um hospital de Lima. Utilizaram-se a Escala de Derrota de Gilbert e Allan (16 itens), a Escala de Aprisionamento – Forma Curta (4 itens) e o Inventário de Frequência de Ideação Suicida (5 itens), todos com propriedades psicométricas adequadas ($\alpha > .85$, $\omega > .86$). Os dados foram analisados por meio de modelos de equações estruturais com estimador de máxima verossimilhança robusta (MLR) e bootstrap de 5000 réplicas. O modelo apresentou índices de ajuste excelentes: $\chi^2/df = 1,29$, CFI = 0,975, TLI = 0,974, RMSEA = 0,019 (IC 90% [0,010; 0,028]), SRMR = 0,031.

Os resultados indicaram que a derrota se associa de forma direta e positiva ao aprisionamento ($\beta = 0,48$) e que o aprisionamento prediz significativamente a ideação suicida ($\beta = 0,27$). A derrota manteve um efeito direto sobre a ideação ($\beta = 0,24$), enquanto o efeito indireto derrota → aprisionamento → ideação mostrou-se significativo ($\beta = 0,129$, $p < 0,001$), evidenciando uma mediação parcial que explica aproximadamente 34,6% do efeito total. O modelo apresentou estabilidade estrutural em diferentes subgrupos, embora a força dos caminhos tenha variado conforme o sexo, o nível de escolaridade e o tempo de tratamento.

Conclui-se que derrota e aprisionamento constituem mecanismos centrais para compreender a ideação suicida em pacientes com câncer em Lima, corroborando a pertinência do IMV nesse contexto. Recomenda-se incorporar a avaliação desses construtos nos serviços de oncologia e desenvolver intervenções específicas voltadas a reduzir a sensação de não ter saída.

Palavras-chave: ideação suicida, derrota, aprisionamento, câncer, Modelo Integrado Motivacional–Volitivo.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el suicidio se ha consolidado como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, situándose como un problema de salud pública de primera magnitud. Las personas con cáncer presentan un riesgo de ideación e intento suicida entre dos y cuatro veces mayor que la población general, especialmente durante el primer año posterior al diagnóstico y en presencia de dolor intenso, elevada carga sintomática y comorbilidad depresiva. En el Perú, los reportes epidemiológicos señalan un incremento sostenido de la ideación y la conducta suicida, en un contexto de desigual acceso a servicios de salud mental y de escasa integración entre la atención oncológica y el abordaje del riesgo suicida.

La ideación suicida en pacientes con cáncer se reconoce hoy como un fenómeno complejo y multifactorial, vinculado a la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales. No obstante, buena parte de la investigación se ha centrado en la depresión y en variables sociodemográficas generales, sin profundizar en los procesos cognitivo–emocionales específicos que transforman el impacto de la enfermedad en pensamientos de muerte. El Modelo Integrado Motivacional–Volitivo (IMV) de O'Connor propone que la derrota y el atrapamiento constituyen mecanismos centrales en la fase motivacional del suicidio: experiencias de fracaso, humillación o pérdida de estatus pueden derivar en una sensación de estar atrapado sin salida viable, a partir de la cual la muerte empieza a ser concebida como una opción. Diversos estudios internacionales sugieren que el atrapamiento predice la ideación suicida por encima de la depresión y que media la relación entre derrota y pensamientos suicidas en distintas poblaciones clínicas y no clínicas, pero existe un vacío de evidencia en pacientes oncológicos y en contextos latinoamericanos.

En el ámbito de la oncología peruana, la investigación sobre conducta suicida es todavía incipiente. Se cuenta con algunos estudios que documentan la presencia de ideación suicida y su asociación con variables como el tipo de cáncer, el tiempo de enfermedad, el dolor y el apoyo familiar, y un antecedente directo que señala al atrapamiento psicológico como un factor de riesgo relevante en pacientes oncológicos. Sin embargo, no se han examinado de manera sistemática los vínculos entre derrota, atrapamiento e ideación suicida siguiendo el marco del IMV, ni se dispone de modelos explicativos que integren estos constructos en pacientes con cáncer en Lima. Esta

brecha limita la comprensión de los mecanismos que sostienen el sufrimiento suicida y dificulta el diseño de intervenciones psicológicas específicas y culturalmente pertinentes para esta población.

Frente a este escenario, la presente tesis se propone explicar el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima, a partir de un modelo de ecuaciones estructurales basado en el IMV. Para ello, se evalúan los efectos directos de la derrota sobre el atrapamiento y la ideación suicida, el efecto directo del atrapamiento sobre la ideación, y el efecto indirecto de la derrota sobre la ideación a través del atrapamiento, además de explorar posibles diferencias según tipo de cáncer, nivel educativo, sexo y tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Desde una perspectiva filosófico–epistemológica, el estudio asume el suicidio como fenómeno multidimensional y situado, y combina un enfoque positivista–postpositivista en la medición cuantitativa con la conciencia de los límites de los modelos estadísticos para abarcar la totalidad de la experiencia del sufrimiento oncológico.

El trabajo se estructura en cuatro capítulos principales. En el Capítulo 1 se presenta el planteamiento del problema, la formulación del problema general y específicos, la justificación teórica, práctica y metodológica, y los objetivos de la investigación. El Capítulo 2 desarrolla el marco teórico, abordando el contexto epidemiológico del suicidio y del cáncer, los antecedentes internacionales y nacionales sobre derrota, atrapamiento e ideación suicida, las bases teóricas del IMV y la definición de los constructos estudiados. En el Capítulo 3 se describe la metodología: tipo y diseño de investigación, características de la población y la muestra, instrumentos empleados, procedimiento de recolección de datos y estrategias de análisis mediante modelos de ecuaciones estructurales. Finalmente, el Capítulo 4 presenta los resultados, la discusión a la luz de la literatura, las conclusiones y las recomendaciones para la práctica clínica, la gestión de servicios y futuras líneas de investigación en suicidio y oncología en el contexto peruano..

CAPÍTULO 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

El suicidio es una de las causas más frecuentes en muertes humanas anualmente, se calcula el número de personas fallecidas por suicidio anualmente en más de un millón. Se sabe también que por cada suicidio consumado se dan entre diez y cuarenta intentos, siendo este antecedente es factor más importante para predecir una muerte por suicidio. (Echavarría et al., 2021). Es también sabido que, en comparación con la población general, las personas que sufren cáncer tienen de dos a cuatro veces más riesgo de suicidio, (Amiri y Behnezhad, 2020;Kumar et al, 2021), siendo el momento de mayor riesgo en el año siguiente al diagnóstico de cáncer (Choi y Park, 2020; Henson et al., 2019).

El suicidio en Perú continúa siendo un grave problema de salud pública, con una tendencia al alza en los últimos años. Según reportes del Ministerio de Salud (2025), en 2024 se registraron 735 suicidios a nivel nacional, concentrándose principalmente en las regiones de Arequipa, Lima Metropolitana, Cusco y Puno. Solo en enero de 2025 se reportaron 74 casos y entre enero y abril de ese año ya se habían documentado 253 suicidios, superando la cifra del mismo período del año anterior. La mayoría de estos casos están relacionados con trastornos de salud mental, principalmente depresión y ansiedad, que constituyen el 90% de los casos asociados (Ministerio de Salud, 2023). Las personas jóvenes, especialmente aquellas entre 18 y 29 años, representan un grupo vulnerable con alta incidencia de ideación y conducta suicida, como lo reflejan las más de mil orientaciones brindadas por la Línea 113 del Ministerio de Salud (2025).

Respecto a la prevalencia de pensamientos suicidas, estudios recientes en Lima Metropolitana evidencian que un porcentaje significativo de la población adulta ha tenido ideación y planes de suicidio vinculados a problemas de salud mental (Ministerio de Salud, 2025). Las causas más comunes detrás de estos actos incluyen dificultades con la salud física, la enfermedad o pérdida de familiares cercanos, y rupturas o pérdidas afectivas profundas. La atención integral y la prevención son prioritarias, contando con 288 Centros de Salud Mental Comunitaria y unidades de hospitalización que brindan soporte multidisciplinario, aunque la urgencia de fortalecer estas medidas es evidente ante el incremento constante de las conductas suicidas y los intentos de suicidio (Ministerio de Salud, 2024). Este panorama revela la necesidad de mejorar la detección temprana, el apoyo emocional y el acceso a servicios de salud mental para prevenir estas tragedias y atender a los grupos de riesgo, especialmente en contextos urbanos como Lima Metropolitana y regiones con alta incidencia (Ministerio de Salud, 2024; Ministerio de Salud, 2025; Infobae Perú, 2025).

La ideación suicida es un fenómeno complejo y multifactorial, ligado a factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Diversos estudios peruanos recientes destacan la alta prevalencia de síntomas depresivos e ideación suicida en adolescentes y jóvenes, con variaciones según la región. En Junín, por ejemplo, el 71.3% de adolescentes con depresión manifestó deseos de morir, mientras que en Piura y Lima las tasas también son elevadas, vinculadas principalmente a trastornos depresivos y de ansiedad (Horna & Talledo, 2025). Los factores asociados más relevantes incluyen la discapacidad emocional producto de la depresión, abuso de sustancias, antecedentes traumáticos (como violencia y abuso), disfunción familiar, aislamiento social y déficit en sistemas de apoyo. La edad, género y condiciones sociodemográficas, como el entorno urbano y acceso limitado a servicios de salud mental, contribuyen significativamente al riesgo (Shiguango & Sarmiento, 2025). En estudios con población universitaria y jóvenes adultos, el riesgo suicida se asocia más con mujeres jóvenes y se observa una marcada diferencia estadística entre géneros en la prevalencia de ideación suicida (Shiguango & Sarmiento, 2025).

El Ministerio de Salud señala que el 90% de los suicidios consumados están relacionados con trastornos como la depresión y la ansiedad; sin embargo, también

se consideran factores sociales y económicos como la violencia y la falta de apoyo familiar. Las intervenciones preventivas deben centrarse en la detección temprana, el fortalecimiento del apoyo social y familiar, junto con la mejora del acceso a servicios de salud mental de calidad, especialmente para los grupos más vulnerables como adolescentes y jóvenes (Ministerio de Salud, 2025). Asimismo, las enfermedades caracterizadas por deterioro físico, ansiedad, estigma y dolor se establecen como altamente riesgosas pues aumentan significativamente el riesgo suicida (Chavarro, Moreno & Contreras, 2022).

Si bien la ideación suicida en pacientes con cáncer ha sido objeto de numerosos estudios clínicos y epidemiológicos, existen pocas investigaciones que examinen los mecanismos psicológicos subyacentes que vinculan la experiencia de la enfermedad con la ideación suicida. El Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) de O'Connor (2018) identifica la derrota percibida y el sentimiento de atrapamiento como factores determinantes en el desarrollo de la ideación suicida. La derrota se define como la percepción subjetiva de haber perdido una lucha social o de estatus, lo que produce una sensación de fracaso, pérdida de control y desesperanza (Gilbert y Allan, 1998). En el ámbito oncológico, esta percepción puede originarse a partir del diagnóstico, la progresión de la enfermedad, la incapacidad para desempeñar roles sociales o la pérdida de autonomía. El atrapamiento se refiere a la percepción de no disponer de una vía de escape frente a situaciones amenazantes o dolorosas, tanto en el plano emocional como en el situacional. Este constructo ha mostrado ser un predictor más robusto que la depresión en el desarrollo de ideación suicida (O'Connor et al., 2020) y se ha vinculado con una mayor severidad de la ideación en pacientes con enfermedades crónicas, incluido el cáncer (Lucht et al., 2020; Hong y Shin, 2021).

Sin embargo, el papel mediador de estos constructos en la relación entre la experiencia oncológica y la ideación suicida no ha sido suficientemente investigado en poblaciones latinoamericanas, en particular en Perú. Esta falta de evidencia restringe la comprensión de los mecanismos psicológicos implicados en pacientes oncológicos con ideación suicida y dificulta el desarrollo de intervenciones psicológicas específicas y culturalmente pertinentes. No es posible explicar el suicidio partiendo de una variable única ni generalizar sus causas, pues cada caso

está asociado a la interacción compleja de diversos factores individuales, sociales, culturales, biológicos y ambientales (Scorza et al., 2020; OMS, 2025). Esta perspectiva multifactorial es ampliamente aceptada por la comunidad científica, que considera que el suicidio resulta de una confluencia de influencias genéticas, psicológicas, orgánicas, sociales y contextuales, y que no puede reducirse a una condición psicopatológica única (Tio et al., 2024).

El proceso suicida se conceptualiza como una secuencia que inicia con la ideación suicida, seguida de intentos y posibles consumaciones, influida por factores relacionados con traumas infantiles, eventos estresantes, condiciones mentales como depresión y ansiedad, y factores socioculturales, como el estigma y la desconexión social (Ávila Granda et al., 2024; Scorza et al., 2020). El aumento del interés científico en el suicidio ha promovido investigaciones que integran variables biopsicosociales y promueven intervenciones comunitarias y sociales para su prevención (Bengoechea-Fortes et al., 2024; OPS/OMS, 2025). Los pacientes con cáncer enfrentan múltiples desafíos, incluyendo el impacto emocional y psicológico de la enfermedad y su tratamiento. La ideación suicida es común en pacientes con cáncer y se ha relacionado con una mayor mortalidad en este grupo de pacientes (McFarland, 2014). Un estudio reciente encontró que la ideación suicida se presenta en el 16% de los pacientes con cáncer, y que los pacientes con esta condición tienen un riesgo dos veces mayor de ideación suicida que la población general (Liu et al., 2020). No obstante, se conoce que en pacientes con cáncer, la depresión es un importante problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y al aumento de la morbimortalidad psicosocial. Se han identificado la existencia de algunas condiciones adicionales que favorecen estos fenómenos, incluido el nivel socioeconómico bajo, los problemas de salud mental (específicamente en el estado de ánimo) de los padres y el consumo de drogas, se asocian continuamente con el suicidio. (Ou et al., 2023). Además de los factores propios de la enfermedad, la ideación suicida en pacientes con cáncer puede estar relacionada con factores socioeconómicos, como la falta de apoyo social y la carga financiera de la enfermedad (McFarland, 2014). La identificación temprana de la ideación suicida en pacientes con cáncer es fundamental para poder brindar un tratamiento oportuno y evitar el suicidio.

La prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes oncológicos es calculada por Tang et al. (2022) en un rango que va de 16% a 42%, considerando que uno de cada cinco pacientes con esta condición. Por otra parte, Bernal y Muñoz (2022) mencionan que la depresión afecta por lo menos a un 15% de pacientes oncológicos, pudiendo incluso llegar hasta 25 %, . El binomio cáncer-depresión para estos autores produce un considerable sufrimiento y disminuye el cumplimiento del tratamiento es una carga psicológica para la familia alargando el tiempo de hospitalización y reduciendo la calidad de vida, lo cual puede llevar a cometer suicidio. Cheing et al. (2021) desarrollaron, a partir de la experiencia durante la pandemia por COVID 19, un estudio sobre la ideación suicida en 10 países de América, Europa y Asia con un total de 25023 participantes se encontró 3.891 (15,7%) participantes informaron haber tenido ideación suicida en las últimas 2 semanas por lo que establece la prevalencia entre 7,6 y 24,9 % y dándole un peso importante a las características sociodemográficas y a las creencias respecto a la salud, considerando la necesidad formular estrategias efectivas de prevención del suicidio de manera oportuna.

El estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao (Instituto Nacional de Salud Mental - INS, 2023) reporta que aproximadamente un 26.1% de la población adulta ha presentado algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, con prevalencias a doce meses del 11.8%. En relación al suicidio, se encontró que el 8.7% de personas ha tenido pensamientos suicidas en algún momento de su vida y el 3.5% ha elaborado planes para suicidarse. Los principales motivos reportados incluyen problemas
con la salud física (10.8%), problemas de salud física en algún familiar (3.5%), separación familiar (2%) y la muerte de la pareja (2.3%). Además, el 0.4% de la población reportó haber intentado cometer suicidio en el último año y el 2.8% en algún momento de su vida, mostrando la importancia de los factores psicosociales para la prevención (INS, 2023).Las personas que experimentan ideación suicida (IS), o pensamientos de que estarían mejor muertos y suicidarse, tienen un mayor riesgo de intentar suicidarse y morir por suicidio hasta dos años después de informar sobre ideas suicidas (Rossom et al.,2020). Otros factores de riesgo notables de muerte por suicidio incluyen la presencia de una enfermedad médica, particularmente entre los adultos mayores (Steele et al.,2021). Por lo tanto, es comprensible que el riesgo de

muerte por suicidio en personas con cáncer sea significativamente mayor que el de la población general (Zhang et al., 2023; Misono et al.,2008). Pacheco (2016) resalta la dificultad de conseguir datos disponibles y estudios con poblaciones relevantes. No existe en Perú un registro civil de suicidas, ni se registra en las historias clínicas de los hospitales generales (De la Hoz, 2014). Tampoco son registradas, de acuerdo con este autor, los intentos de suicido, lo cual puede llevar a un subregistro que minimice el problema por carecía de datos fácticos Vásquez N, & De Haro M, (2018).

Como puede verse el intento de comprender aspectos del suicidio centrándose en un factor o dimensión única para su entendimiento, como el escape (Baumister, 1990) o la cognición (Wenzel et al., 2021) permiten comprender mejor diferentes aspectos del suicidio, ideas y comportamientos, resultan limitados para el cabal entendimiento de este complejo fenómeno, por lo que se necesitan modelos multifactoriales que puedan explicar, y acaso predecir en cierta medida una posible ideación o comportamiento suicida.

.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal:

¿Cuál es el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima?

1.2.2. Problemas específicos:

PE1. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre el atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima?
PE2. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto directo del atrapamiento sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima?
PE3. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima?
PE4. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto indirecto de la derrota sobre la

ideación suicida a través del atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima?
PE5. ¿Existen diferencias en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida según el tipo de cáncer, grados de instrucción, sexo o el tiempo desde el diagnóstico en pacientes oncológicos de Lima?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

La investigación sobre factores emocionales vinculados a pensamientos suicidas en pacientes con cáncer es un tema importante que merece mayor atención y estudio. En particular, interesa esclarecer el papel de derrota y atrapamiento como procesos cognitivo-emocionales específicos que transforman la experiencia oncológica en ideación suicida. Padecer cáncer es una enfermedad crónica y potencialmente mortal que puede afectar mucho el bienestar psicológico de las personas, lo que podría provocar la aparición de trastornos de ansiedad, depresión, desesperanza u otros síntomas mentales (Mc. Farland, 2019). En este contexto, comprender los factores emocionales relacionados a pensamientos suicidas de quienes tienen cáncer es fundamental para diseñar intervenciones efectivas y prevenir el suicidio. Investigaciones españolas indican que cerca del 75% de las personas que se suicidan o realizan un intento habían consultado a su médico en el año previo y alrededor del 45% lo habían hecho en el último mes; en contraste, únicamente aproximadamente un tercio había acudido a un servicio de salud mental durante el año anterior y cerca de una quinta parte en el mes previo (Gobierno de Navarra, 2015).

La teoría de la derrota y atrapamiento, basada en la psicología positiva y la teoría de la desesperanza, es relevante en el estudio de la salud mental y, en particular, de los comportamientos suicidas en diferentes poblaciones (Gilbert, 2006). No obstante, a pesar de la importancia de la comprensión de estos factores en los pacientes con cáncer, la literatura existente es limitada y no se ha profundizado lo suficiente en el estudio de los factores psicológicos asociados con la ideación suicida en pacientes con cáncer. Por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo

profundizar en el análisis de los factores psicológicos asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer, específicamente utilizando la teoría de la derrota y atrapamiento.

Desde un punto de vista epistemológico, esta tesis se fundamenta en la importancia del conocimiento científico y su aplicación en el ámbito de la salud y el bienestar psicológico. El cáncer, siendo una enfermedad de alto impacto en la calidad de vida y el bienestar emocional, requiere de una comprensión integral de los factores psicológicos que puedan afectar la adaptación y el afrontamiento de los pacientes. La teoría de la derrota y el atrapamiento, derivada de la psicología positiva y la teoría de la desesperanza, ha mostrado ser relevante en el estudio de la salud mental y los comportamientos suicidas en diferentes poblaciones. Sin embargo, en el contexto específico de los pacientes con cáncer, este tema aún no ha sido suficientemente explorado, y se carece de estudios específicos que aborden esta problemática en profundidad. La prevención de la ideación y conducta suicida sigue siendo un ámbito donde la evidencia científica sobre sus causas y formas de prevención resulta limitada. En consecuencia, las propuestas de abordaje deben mantener un carácter abierto y orientarse, en buena medida, a ampliar el conocimiento tanto de la ideación suicida como de las variables que se relacionan con ella. Por ello resulta fundamental continuar con esta línea de investigación, con la finalidad de diseñar programas e intervenciones que faciliten la detección temprana y la prevención de posibles ideas suicidas en la población oncológica, en ese sentido , esta investigación se alinea con la corriente de investigación psicológica que busca comprender la complejidad y multidimensionalidad de los factores asociados a la ideación suicida, abordando los aspectos emocionales, cognitivos y sociales que pueden influir en este fenómeno con énfasis en la articulación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida propuesta por el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo .

1.3.2 Justificación práctica

La presente investigación sobre los factores psicológicos asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer tiene una importante relevancia práctica en el ámbito de la salud psicológica. El cáncer es una enfermedad crónica y potencialmente mortal que afecta en gran medida la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes (Mc. Farland, 2019). La identificación temprana de

temprana de derrota percibida y atrapamiento psicológico, junto con otros factores psicológicos de riesgo asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer es primordial para la prevención y tratamiento de la conducta suicida. El conocimiento generado a partir de este estudio puede contribuir significativamente en la práctica de los profesionales de la salud, tanto en la detección temprana de la ideación suicida como en la aplicación de intervenciones preventivas y terapéuticas. Además, la identificación de factores de riesgo asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer puede aumentar la calidad del diagnóstico de los trastornos psicológicos que pueden aparecer durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad.

La implementación de intervenciones preventivas y terapéuticas adecuadas para estos pacientes oncológicos puede mejorar significativamente el bienestar emocional de los pacientes, y reducir el riesgo de conductas suicidas durante la enfermedad y los tratamientos (Söllner et al., 2018). Es necesario profundizar y desarrollar una comprensión más profunda de los factores psicológicos que influyen en la ideación suicida en esta población vulnerable para poder planificar adecuadamente la atención psicológica que esta población pueda necesitar.

1.3.3 Justificación metodológica

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo porque se buscó poner a prueba, con datos empíricos, un modelo de mediación que describe cómo se relacionan la derrota, el atrapamiento y la ideación suicida en pacientes con cáncer. Para ello se recurre a instrumentos estandarizados y a análisis estadísticos que permiten estimar la magnitud y significancia de los efectos directos e indirectos entre estas variables, en coherencia con los planteamientos de los objetivos. Este enfoque se alinea con la estrategia asociativa explicativa descrita por Ato, López y Benavente (2013), quienes señalan que este tipo de estudios se orienta a contrastar modelos de covariación entre constructos psicológicos y a fortalecer marcos teóricos complejos. En este sentido, el estudio se inscribe dentro de un diseño asociativo explicativo con variables latentes, dado que no se manipulan experimentalmente las variables, sino que se analiza el patrón de relaciones entre ellas tal como se presentan en la realidad clínica. Se considera a la derrota como variable predictora, a la ideación suicida como variable criterio y al atrapamiento como variable mediadora, todas evaluadas

mediante escalas psicométricas validadas, lo que resulta especialmente pertinente cuando el interés es comprender cómo ciertos estados emocionales intermedios transmiten su efecto sobre el riesgo suicida (Ato et al., 2013).

El carácter transversal del estudio responde tanto a la naturaleza del problema como al contexto asistencial en el que se desarrolla. Evaluar en un solo momento a los pacientes oncológicos permite obtener una "fotografía" de las relaciones entre derrota, atrapamiento e ideación suicida en condiciones reales de atención, algo que es habitual en investigaciones epidemiológicas y de psicología de la salud orientadas a identificar factores asociados y patrones de riesgo en poblaciones de difícil acceso (Manual de investigación epidemiológica, s. f.). Asimismo, se justifica el uso de técnicas de modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM) porque el modelo teórico que se pretende contrastar incluye variables latentes y rutas de mediación que no pueden abordarse adecuadamente con procedimientos bivariados o regresiones simples. El SEM permite estimar de manera conjunta los efectos directos, indirectos y totales entre derrota, atrapamiento e ideación suicida, evaluar el ajuste global del modelo propuesto y considerar el error de medición de las escalas, lo que aporta mayor solidez y poder explicativo a los hallazgos (Memon et al., 2020).

Finalmente, la elección de una muestra no probabilística de tipo intencional se fundamenta en las particularidades del escenario clínico y en la naturaleza vulnerable de la población estudiada. El acceso a pacientes oncológicos está mediado por criterios éticos, médicos y organizativos, por lo que resulta más adecuado recurrir a una selección dirigida de participantes que cumplan criterios claros de inclusión y exclusión y que puedan ser evaluados bajo condiciones estandarizadas, tal como se recomienda en manuales de investigación aplicada en servicios de salud (Manual de investigación epidemiológica, s. f.).

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo General

Explicar el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la

ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima.

1.4.2. Objetivos específicos:

OE1. Estimar la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre el atrapamiento.

OE2. Estimar la magnitud y significancia del efecto directo del atrapamiento sobre la ideación suicida.

OE3. Estimar la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre la ideación suicida.

OE4 Estimar la magnitud y significancia del efecto indirecto de la derrota sobre la ideación suicida a través del atrapamiento

OE5. Explorar si existen diferencias en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida según el tipo de cáncer, grados de instrucción, sexo o el tiempo desde el diagnóstico.

.

CAPÍTULO 2
MARCO TEÓRICO

2.1 Marco filosófico y epistemológico de la investigación

La presente investigación se sitúa en la intersección entre una comprensión filosófica del suicidio como fenómeno humano complejo y una aproximación epistemológica que privilegia la producción de conocimiento empírico sistemático. Ontológicamente, se asume que el suicidio y la ideación suicida no pueden reducirse a una sola causa ni a un único nivel de explicación, sino que emergen de la interacción entre condiciones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y existenciales que se expresan de manera singular en cada persona (Turecki & Brent, 2016). En el caso de los pacientes con cáncer, esta complejidad se intensifica: el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, la experiencia de dolor y deterioro funcional, la amenaza sobre los proyectos vitales y los vínculos significativos, así como las limitaciones del sistema de salud, configuran un entramado de factores que dan forma a la vivencia subjetiva del enfermar y, eventualmente, del deseo de morir (Holland et al., 2013; Calati et al., 2024).

Desde una perspectiva filosófica, el estudio del suicidio en pacientes oncológicos se apoya en los aportes de la filosofía existencial y de la ética. La tradición existencial, representada por autores como Heidegger y Yalom, subraya que el ser humano es un “ser-en-el-mundo” finito, arrojado a una existencia marcada por la posibilidad constante de la muerte, el sufrimiento y la pérdida de sentido (Heidegger, 1927; Yalom, 1980). En este horizonte, experiencias como el cáncer pueden vivirse como auténticos “choques existenciales” que cuestionan

profundamente la identidad, los proyectos y las creencias de la persona, y que pueden desencadenar sentimientos de derrota y atrapamiento cuando el sujeto percibe que ha perdido el control sobre su vida y no vislumbra salidas viables a su situación (Holland et al., 2013). La ética, por su parte, plantea la tensión entre el valor intrínseco de la vida y el respeto por la autonomía de las personas, especialmente en contextos de enfermedad grave. Mientras que perspectivas deontológicas clásicas consideran el suicidio como moralmente inadmisible (Kant, 1785), enfoques existenciales y bioéticos contemporáneos insisten en la necesidad de atender al sufrimiento concreto de los pacientes, a sus valores y a las condiciones reales en las que se toman decisiones, evitando tanto la condena moral simplista como la banalización de la muerte autoinducida (Camus, 1951; Battin, 1995).

Epistemológicamente, la investigación se inscribe en un enfoque predominantemente positivista-postpositivista, que asume que es posible aproximarse de manera objetiva a ciertos aspectos del fenómeno suicida mediante la observación sistemática, la medición estandarizada y el análisis estadístico de relaciones entre variables (Gunnell et al., 2020). Este enfoque reconoce que las experiencias de derrota, atrapamiento e ideación suicida son vivencias subjetivas, pero sostiene que pueden ser operacionalizadas a través de instrumentos psicométricos válidos y confiables, de modo que sus patrones de covariación puedan ser estudiados en muestras de pacientes y sometidos a contraste empírico (Baños-Chaparro et al., 2024). En esa línea, se adopta el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) como marco teórico central, entendiendo que el suicidio es un proceso que se desarrolla en fases: desde la aparición de la derrota y la humillación, pasando por el atrapamiento y la ideación suicida, hasta la transición hacia los intentos y los actos suicidas (O'Connor & Kirtley, 2018). El modelo plantea que las variables que explican la aparición de la ideación suicida no son necesariamente las mismas que explican la transición a la conducta suicida, y que constructos como la derrota y el atrapamiento tienen un papel específico en la fase motivacional del proceso, algo que ha sido corroborado por estudios longitudinales y de evaluación ecológica en distintas poblaciones (Hill et al., 2022; Husky et al., 2021).

Desde esta posición epistemológica, la tesis concibe la derrota y el atrapamiento como variables latentes, es decir, como constructos no observables directamente pero inferibles a partir de patrones de respuesta a ítems estandarizados. La existencia de evidencias psicométricas favorables para las escalas de derrota y atrapamiento en población peruana respalda su uso en este contexto y sugiere que estos constructos son pertinentes y culturalmente significativos en el país (Baños-Chaparro et al., 2024). El uso de modelos de ecuaciones estructurales (SEM) responde a la necesidad de evaluar simultáneamente las relaciones entre estas variables latentes y la ideación suicida, estimando efectos directos e indirectos y considerando el error de medición de los instrumentos (Kline, 2016). Esta elección metodológica expresa una concepción del conocimiento científico en psicología que busca ir más allá de asociaciones bivariadas simples y aproximarse a modelos explicativos más completos, en los que se puedan contrastar hipótesis sobre el papel mediador del atrapamiento en la relación entre derrota e ideación suicida en pacientes oncológicos.

Al mismo tiempo, se reconoce que estos modelos ofrecen una representación parcial y abstracta de la realidad, y que no agotan la riqueza fenomenológica de la experiencia del cáncer ni del sufrimiento suicida. Desde una postura postpositivista, se asume que el conocimiento producido es provisional y falible, y que las explicaciones estadísticas deben interpretarse en diálogo con los marcos filosóficos, clínicos y culturales revisados en el capítulo teórico (Turecki & Brent, 2016; Holland et al., 2013). Por ello, los resultados cuantitativos se entienden como una vía para identificar patrones y regularidades en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida, pero no como una sustitución de la comprensión clínica y existencial del sufrimiento de los pacientes. En particular, el caso de los pacientes con cáncer en Lima requiere considerar las condiciones específicas del sistema de salud peruano, las desigualdades socioeconómicas y los significados culturales asociados al cáncer y al suicidio, aspectos que influyen en la manera en que los pacientes viven la derrota, el atrapamiento y el deseo de morir (Baños-Chaparro et al., 2021; Instituto Nacional de Salud Mental, 2023).

Finalmente, la investigación se enmarca en la filosofía de la bioética, que

orienta el modo en que se produce y se aplica el conocimiento en contextos de vulnerabilidad. Se asume que estudiar derrota, atrapamiento e ideación suicida en pacientes con cáncer implica responsabilidades éticas específicas: minimizar el riesgo de daño, respetar la autonomía y la dignidad de los participantes, garantizar la confidencialidad y asegurar que la información generada pueda contribuir efectivamente a mejorar la detección, el acompañamiento y la prevención del suicidio en los servicios oncológicos (Beauchamp & Childress, 2019). Desde esta perspectiva, el marco filosófico-epistemológico de la tesis articula una visión del suicidio como fenómeno multidimensional y situado, con un compromiso por producir conocimiento empírico riguroso que, sin perder de vista la complejidad subjetiva del sufrimiento, permita identificar patrones y relaciones entre variables psicológicas relevantes para la intervención clínica en pacientes oncológicos de Lima. Este marco filosófico y epistemológico ofrece el contexto para conceptualizar la derrota y el atrapamiento como experiencias subjetivas de pérdida de control y falta de salida que son operacionalizadas en el presente estudio mediante escalas psicométricas

2.2 Antecedentes de investigación

2.2.1 Antecedentes internacionales

Antes del DSM-5, la conducta suicida se conceptualizaba principalmente como un síntoma inserto en otros trastornos (por ejemplo, depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de personalidad), lo que limitaba su abordaje como categoría clínica autónoma y dificultaba su estudio específico (Oquendo et al., 2021). Con la publicación del DSM-5 se propuso el trastorno de comportamiento suicida en la Sección III como una condición para estudios futuros, reconociendo la relevancia clínica y epidemiológica del intento suicida, pero manteniendo su estatus nosológico en fase de exploración (Oquendo et al., 2021). Revisiones recientes en el contexto del DSM-5-TR señalan que persisten interrogantes sobre la utilidad clínica, los límites diagnósticos y la comorbilidad del trastorno de comportamiento suicida, lo que ha impedido su inclusión como trastorno formal, aunque se refuerza la necesidad de una evaluación sistemática del riesgo suicida en distintos diagnósticos psiquiátricos y médicos (Bauer et al., 2024). Esta necesidad de ir más allá de los

diagnósticos tradicionales ha favorecido el desarrollo de modelos explicativos específicos del comportamiento suicida, entre ellos el modelo integrado motivacional-volitivo (IMV).

El modelo integrado motivacional-volitivo (IMV) de la conducta suicida plantea que las experiencias de derrota y humillación activan un proceso motivacional que, bajo la influencia de factores como la rumiación, la pertenencia frustrada y el bajo apoyo social, conduce a sentimientos de atrapamiento, considerados el mecanismo central que enlaza los estresores con la aparición de ideación suicida (O'Connor & Kirtley, 2018). En este modelo, los moderadores motivacionales (por ejemplo, apoyo social, resiliencia, sentido de vida) pueden amortiguar o potenciar la transición de derrota a atrapamiento y de atrapamiento a ideación suicida, mientras que los factores volitivos (como habituación al dolor, acceso a medios letales e impulsividad) determinan el paso de la ideación a la tentativa (O'Connor & Kirtley, 2018; Gámez-Guadix & O'Connor, 2024). De este modo, derrota y atrapamiento se conciben como procesos psicológicos dinámicos que articulan la transformación del malestar en pensamientos suicidas.

Diversos estudios longitudinales han analizado empíricamente los vínculos entre derrota, atrapamiento e ideación suicida en poblaciones clínicas y no clínicas. En pacientes psiquiátricos hospitalizados, se ha observado que la derrota predice incrementos posteriores en atrapamiento interno y que tanto la derrota como el atrapamiento interno se asocian con cambios en la ideación suicida a lo largo de 12 meses, identificando al atrapamiento interno como un predictor particularmente robusto de la ideación en el tiempo (Forkmann et al., 2022). Asimismo, investigaciones con muestreo de experiencia han mostrado que las fluctuaciones diarias en derrota y atrapamiento se relacionan estrechamente con la aparición e intensidad de pensamientos suicidas, lo que subraya el carácter dinámico y de corto plazo de estos procesos psicológicos (et al., 2022).

En población universitaria y adolescente, los estudios apoyan de manera consistente que el atrapamiento media la relación entre derrota e ideación suicida, y que variables como la capacidad de proyectar un futuro positivo, el significado vital

y las razones para vivir actúan como factores protectores que debilitan dicho camino (O'Connor et al., 2021; Rasmussen et al., 2020). En el contexto del espectro autista, investigaciones sobre el camuflaje de rasgos autistas en estudiantes universitarios sugieren que el camuflaje se asocia con mayores niveles de derrota y atrapamiento, los cuales, a su vez, incrementan el riesgo de pensamientos suicidas, respaldando el papel transdiagnóstico del atrapamiento más allá de los trastornos afectivos (Cassidy et al., 2021, 2023). Estas evidencias refuerzan la idea de que derrota y atrapamiento no son exclusivos de la psicopatología afectiva, sino procesos relevantes en distintas condiciones clínicas y subclínicas.

En poblaciones sometidas a alto estrés académico, como estudiantes de medicina, se ha encontrado que el atrapamiento percibido predice la aparición de la primera ideación suicida incluso al controlar la sintomatología depresiva y otros factores de riesgo tradicionales, lo que sugiere que el atrapamiento aporta información pronóstica adicional relevante (Choudhury et al., 2025). De forma complementaria, revisiones sistemáticas recientes sobre estudios basados en el IMV concluyen que la derrota y el atrapamiento constituyen mecanismos centrales para explicar la ideación suicida en múltiples grupos (adolescentes, adultos jóvenes, pacientes psiquiátricos), pero enfatizan la necesidad de más investigaciones en enfermedades médicas crónicas y en contextos socioculturales poco representados (Gámez-Guadix & O'Connor, 2024; Tondo et al., 2024). Esto abre un campo de estudio específico para la oncología y para países de ingresos medios como los latinoamericanos.

En el ámbito de la oncología, se reconoce que las personas con cáncer presentan un riesgo elevado de ideación e intento suicida en comparación con la población general, riesgo que se vincula con dolor persistente, elevada carga sintomática, depresión, pobre apoyo social, percepción de ser una carga y desesperanza (Kunno et al., 2025 ; Panagiotou et al., 2018). En pacientes con cáncer se ha documentado que la ideación suicida es un fenómeno relevante y que constructos propios del IMV, como la derrota y el atrapamiento, contribuyen de forma importante a explicar su evolución en el tiempo. Estudios longitudinales con pacientes psiquiátricos han mostrado que tanto la derrota como el atrapamiento

interno se asocian con trayectorias de ideación suicida a doce meses, y que el atrapamiento se configura como un mecanismo clave en la fase motivacional del proceso suicida (Höller, Teismann, Glaesmer, & Forkmann, 2022). De manera complementaria, investigaciones recientes indican que variables como la resiliencia, el sentido de vida y el apoyo social pueden modular el impacto de la derrota y el atrapamiento sobre la ideación suicida, actuando como factores protectores en poblaciones con enfermedades médicas graves, incluido el cáncer (Pollak et al., 2021; Chen et al., 2024). Aunque muchas de estas investigaciones no han operacionalizado todavía la derrota de forma explícita en pacientes oncológicos, sí describen escenarios de pérdida de control, humillación, dependencia y percepción de carga para los demás que se aproximan conceptualmente a este constructo y refuerzan la pertinencia de su estudio en el contexto del cáncer.

Investigaciones cualitativas y mixtas en cáncer gastrointestinal han descrito que los pacientes reportan vivencias de falta de control, inutilidad y deseo de escapar de una situación percibida como ineludible, experiencias que se solapan conceptualmente con la derrota y el atrapamiento y que no siempre son abordadas de forma explícita en la atención oncológica de rutina (Schuler et al., 2025). En conjunto, la literatura internacional sugiere que la derrota y el atrapamiento son mecanismos explicativos útiles de la ideación suicida en diversas poblaciones, pero que su estudio en pacientes con cáncer todavía es incipiente, lo que justifica la necesidad de investigaciones específicas que incorporen estos constructos en el contexto oncológico (Höller et al., 2022).

2.2.2 Antecedentes nacionales

En el contexto peruano, la evidencia empírica que relacione específicamente derrota y atrapamiento con la ideación suicida es aún muy limitada; sin embargo, se dispone de un antecedente directo sobre atrapamiento psicológico en oncología. En un estudio realizado con pacientes adultos con cáncer atendidos en un hospital público, se encontró que niveles más elevados de atrapamiento psicológico se asociaban de forma significativa con mayor ideación suicida, aun controlando variables sociodemográficas y clínicas básicas (Lamas-Delgado, 2025). Los

resultados permitieron concluir que el atrapamiento constituye un factor de riesgo relevante para la ideación suicida en pacientes oncológicos y que su evaluación sistemática debería incorporarse en los servicios de oncología, lo que respalda la pertinencia de utilizar este constructo en contextos latinoamericanos (Lamas-Delgado, 2025).

En la oncología peruana también se han desarrollado estudios que, aunque no abordan directamente derrota y atrapamiento, sí describen factores asociados a la ideación suicida. En Arequipa, Camino (2012) examinó los factores sociodemográficos y clínicos vinculados con la ideación suicida en pacientes con cáncer que recibían quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. encontrando una prevalencia relevante de ideación suicida y asociación significativa con variables como tipo de cáncer, tiempo de enfermedad y presencia de dolor intenso. El estudio concluye que la ideación suicida está presente incluso en pacientes ambulatorios en tratamiento y resalta la importancia de incorporar la evaluación del riesgo suicida en los protocolos oncológicos. En Chiclayo, De la Rosa Quiñones (2019) evaluó niveles de ideación suicida en 75 pacientes con cáncer de mama en estadios III-IV, hallando niveles bajos de ideación total pero destacando la presencia de dolor intenso y la importancia de la religión y el apoyo familiar como factores psicosociales relevantes, lo que se discute como un potencial factor protector frente a la ideación suicida.

Más allá del ámbito oncológico, se dispone de estudios que documentan factores psicológicos vinculados al riesgo suicida en población juvenil y universitaria peruana, en línea con los postulados del modelo IMV. En estudiantes universitarios de Lima Metropolitana se ha encontrado que el soporte social percibido, particularmente el apoyo familiar, se relaciona de manera significativa y negativa con la ideación suicida, lo que resalta el rol protector de las redes de apoyo en este grupo (Cajachagua-Orosco, 2021). De manera similar, un modelo explicativo de riesgo suicida en universitarios peruanos mostró que el apoyo social percibido y el sentido de vida actúan como factores protectores significativos, mientras que la presencia de malestar psicológico, desesperanza y soledad incrementa el riesgo de conductas e ideación suicida, explicando alrededor del 30% de la varianza del riesgo

suicida (Domínguez-Lara et al., 2024). Estos hallazgos coinciden con el IMV al resaltar la importancia de los recursos interpersonales y del sentido vital como moduladores del riesgo suicida.

Otros trabajos en estudiantes universitarios peruanos han encontrado que la depresión predice de manera positiva la ideación suicida, de modo que mayores niveles de sintomatología depresiva incrementan el riesgo de pensamientos suicidas (Yacha,2024). De forma convergente, un estudio con adolescentes de Cerro de Pasco evidenció que la inflexibilidad psicológica ejerce un efecto directo sobre el riesgo suicida, incrementando la depresión, la desesperanza y la ideación/intención suicida, lo que subraya la importancia de evaluar procesos cognitivos y emocionales que pueden favorecer percepciones de estancamiento o falta de salida cercanas a la noción de atrapamiento (Salcedo-Ramón et al., 2024).A nivel general, la literatura nacional señala que la ideación e intento suicida constituyen un problema relevante en adolescentes y jóvenes, y que factores como la depresión, el escaso apoyo social, la ausencia de sentido de vida y las dificultades familiares se relacionan con un mayor riesgo, mientras que el soporte social y el propósito vital actúan como elementos protectores (Cajachagua-Orosco, 2021; Domínguez-Lara et al., 2024).

En los últimos años, Baños-Chaparro y colaboradores han desarrollado varias investigaciones peruanas sobre conducta suicida, aportando evidencia específica sobre la estructura cognitiva de la ideación y sobre los constructos de derrota y atrapamiento. Un estudio de análisis de redes sobre ideación suicida pasiva y activa en adultos peruanos mostró que los pensamientos pasivos de “desear no existir” y “creer que no merece vivir” ocupan posiciones centrales y se relacionan fuertemente con la ideación suicida activa, lo que sugiere que la ideación pasiva constituye un núcleo crítico en la organización del fenómeno suicida en población general adulta del país (Baños-Chaparro et al., 2021). En este trabajo se describe, además, que los deseos de no existir se conectan con otros pensamientos de autodesvalorización, configurando un patrón cognitivo que puede interpretarse como cercano a experiencias de derrota subjetiva. De manera complementaria, Baños-Chaparro y colegas han aportado evidencias psicométricas de las escalas de derrota y atrapamiento en adolescentes peruanos, mostrando que ambas presentan adecuada

validez y confiabilidad, y que se relacionan de manera significativa con síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida (Baños-Chaparro et al., 2024). En una línea más aplicada, se ha reportado que derrota, atrapamiento y consumo de alcohol predicen de forma significativa la ideación suicida en adolescentes peruanos, con especial peso de derrota y atrapamiento como variables cognitivas de riesgo (Baños-Chaparro et al., 2022). Estos hallazgos son especialmente relevantes para la presente tesis, pues confirman en población peruana el papel de derrota y atrapamiento como predictores de ideación suicida y proporcionan instrumentos validados para su evaluación.

Adicionalmente, estudios nacionales en universitarios y adolescentes han documentado asociaciones entre ideación o riesgo suicida y variables como depresión, humor negativo y resiliencia, mostrando que la resiliencia se relaciona de manera inversa con la ideación suicida en adultos peruanos, lo que coincide con el papel protector descrito en el modelo IMV (Castillo-Flores et al., 2025; Wong-Chinchay et al., 2022). Otros trabajos han vinculado la exposición a violencia en el hogar y la inflexibilidad psicológica con mayor riesgo suicida en adolescentes peruanos, subrayando cómo contextos de estrés crónico pueden favorecer percepciones de falta de salida cercanas a la noción de atrapamiento (Lázaro-Alva et al., 2023; Salcedo-Flores et al., 2024).

En síntesis, la literatura nacional sobre suicidio muestra la relevancia de variables como depresión, desesperanza, apoyo social, sentido de vida y, más recientemente, derrota y atrapamiento en adolescentes y adultos peruanos. Sin embargo, no se han desarrollado aún modelos estructurales que integren simultáneamente derrota, atrapamiento e ideación suicida en pacientes con cáncer, ni se ha evaluado de forma sistemática el rol mediador del atrapamiento en este grupo. En este contexto, la presente tesis se propone cubrir esta brecha al contrastar un modelo de mediación basado en el IMV en una amplia muestra de pacientes oncológicos de Lima, aportando evidencia local sobre los mecanismos motivacionales que sostienen la ideación suicida en oncología. Esto permite resaltar la pertinencia y originalidad de estudiar el atrapamiento como mediador entre la derrota y la ideación suicida en pacientes con cáncer en el Perú, aportando evidencia

local basada en un modelo teórico contemporáneo como el IMV (Gámez-Guadix & O'Connor, 2024).

2.3 BASES TEÓRICAS

2.3.1 TEORIAS SOBRE EL SUICIDIO

Dependiendo de su enfoque, las explicaciones acerca del suicidio pueden clasificarse en tres grupos: las teorías sobre riesgo suicida, las teorías sobre la mente suicida y las teorías sobre los contextos suicidas (Haussmann-Stabile, 2020).

Las teorías centradas en el riesgo suicida constituyen actualmente la principal línea de desarrollo en la investigación sobre el suicidio. En sus inicios, quienes estudiaban el riesgo se enfocaban en comprender de manera cualitativa la relación entre los trastornos mentales y las conductas suicidas. En esas primeras propuestas, el suicidio se concebía como una reacción "típica" asociada a diversos cuadros psicopatológicos (Oliven, 1951), lo que implicaba una visión fuertemente patologizante y poco diferenciada del fenómeno. Con el incremento de datos epidemiológicos y conductuales de tipo cuantitativo, los modelos teóricos fueron desplazándose hacia el análisis del riesgo suicida y se modificaron también sus métodos. Así, el vínculo inicial, principalmente cualitativo, entre comportamiento suicida y psicopatología dio paso a la cuantificación de los efectos nocivos o protectores de las características individuales, las experiencias vitales y los factores contextuales.

El avance de nuevas teorías del suicidio enmarcadas en el modelo de "la ideación a la acción" (O'Connor y Portzky, 2018) ha permitido un progreso significativo en la comprensión y el abordaje de los pensamientos y comportamientos suicidas. Este enfoque sostiene que la ideación suicida es una condición necesaria, pero no suficiente, para que la vida se vea realmente en peligro. En consecuencia, las variables que intervienen en la aparición de la ideación suicida deben distinguirse de aquellas que son fundamentales en la

transición desde la ideación hacia las conductas suicidas (Klonsky et al., 2018). Las teorías desarrolladas dentro de este marco —como la teoría interpersonal del suicidio (IPTS; Joiner, 2005), el modelo integrado motivacional–volitivo (IMV; O'Connor, 2011) y la teoría de los tres pasos (3ST; Klonsky y May, 2015)— comparten precisamente esta diferenciación entre la generación de las ideas suicidas y el paso a la acción. Distinguen entre el desarrollo de la ideación suicida y la progresión a conductas suicidas, pero difieren en las variables que intervienen en cada uno de los procesos y la forma en que se articulan.

El modelo integrado motivacional volitivo para la conducta suicida (modelo IMV), de O'Connor (O'Connor, 2018) postula que los acontecimientos de la vida y los antecedentes familiares (diátesis) permiten que una persona progrese a través de etapas que predicen la conducta suicida. Según el modelo IMV, la derrota y la humillación, enrumban a la persona hacia el atrapamiento con ciertas variables moderadoras, incluidas el afrontamiento deficiente y la resolución de problemas deficiente , traduciéndolo en ideación suicida y con la capacidad de incrementar reducir, es decir moderar, la motivación moderador. Los últimos años han sido testigos de un creciente interés en el constructo atrapamiento, así como su potencial mecanismo que conduce a la ideación suicida (Suping et al., 2022).

La derrota es una sensación de haber fracasado o de haber perdido la batalla. Puede ser causada por una variedad de factores, como el diagnóstico de cáncer, la pérdida de un ser querido o la pérdida de un trabajo. La derrota puede conducir a sentimientos de tristeza, desesperanza y aislamiento. El atrapamiento es una sensación de estar atrapado en una situación de la que no se puede escapar. Puede ser causada por una variedad de factores, como el dolor físico, el sufrimiento psicológico o la falta de recursos. El atrapamiento puede conducir a sentimientos de desesperación, impotencia y desesperanza.

Otra de las teorías actuales sobre el riesgo suicida es la Teoría Interpersonal del Suicidio (Interpersonal Theory of Suicide, IPTS) propuesta por Joiner. En este modelo, el comportamiento suicida emerge de la combinación entre el deseo de morir por suicidio y la capacidad adquirida para llevar a cabo ese deseo. El deseo de morir se origina en dos estados psicológicos centrales: la “percepción de ser una carga” para los demás y la “pertenencia frustrada” o

sensación de no estar vinculado ni integrado socialmente. Para que la persona actúe sobre ese deseo suicida, la IPTS plantea que debe desarrollarse además una "capacidad adquirida para el suicidio", que se construye a través de la exposición repetida al dolor físico, a experiencias traumáticas o a situaciones que reducen progresivamente el miedo a la muerte y al daño corporal. La IPTS propone que el deseo de morir por suicidio emerge de la combinación de percepción de ser una carga para los demás y de pertenencia frustrada, y que para que dicho deseo se traduzca en intento suicida la persona debe adquirir una capacidad suicida, habitualmente mediante la exposición repetida a situaciones dolorosas o potencialmente letales que reducen el miedo a la muerte (Joiner, 2005). Por su parte, la 3ST plantea una secuencia en tres pasos donde el dolor psicológico combinado con desesperanza genera ideación suicida, la intensificación de esta ideación conduce al deseo de morir y, finalmente, la conjunción entre deseo intenso y capacidad suicida favorece la ocurrencia de intentos (Klonsky & May, 2015). Estos modelos resaltan la importancia de distinguir entre la génesis de los pensamientos suicidas y los procesos que facilitan su traducción en conducta..

2.3.2 Derrota como constructo psicológico

La derrota se ha conceptualizado como una experiencia cognitivo–afectiva de haber "perdido" en dominios vitales relevantes y de ocupar una posición de subordinación no deseada, que va más allá de un fracaso puntual. Desde la teoría del rango social, Gilbert (2000) plantea que los seres humanos disponen de sistemas motivacionales orientados a competir por estatus y aceptación; cuando la persona se percibe en clara desventaja, se activan respuestas de sumisión, retirada y auto–devaluación que configuran la vivencia de derrota. Esta experiencia integra juicios como "he fracasado", "no estoy a la altura" o "ya no valgo", que afectan la autoestima, el sentido de agencia y la percepción del propio lugar dentro de la jerarquía social.

En una línea convergente pero previa, Brown y Harris (1978), en su modelo de depresión basado en acontecimientos vitales, identificaron la derrota y la humillación como componentes centrales que vuelven especialmente patógenos ciertos eventos, al implicar pérdida de estatus, rechazo o trato degradante. Para estos

autores, no todos los sucesos negativos tienen el mismo impacto: aquellos que conllevan una caída en el rango social —por ejemplo, pérdida de empleo o rupturas en condiciones humillantes— tienden a generar mayor vulnerabilidad depresiva cuando se combinan con factores de riesgo personales. En su propuesta, la derrota no es solo un estado interno, sino la huella psicológica de experiencias en las que la persona se siente vencida, rebajada o sin poder frente a otros.

Gilbert y Allan (1998) operacionalizaron este constructo mediante la Defeat Scale, que evalúa sentimientos de fracaso global, pérdida de control y sensación de estar "vencido por la vida". Los estudios de validación señalan que esta escala presenta buena consistencia interna y una estructura factorial estable en diferentes muestras, lo que sugiere que la derrota es un constructo reconocible en contextos culturales diversos. Además, se ha observado que la derrota se asocia de manera consistente con depresión, ansiedad, vergüenza y baja autoevaluación, pero conserva un contenido específico centrado en el estatus y el logro, diferenciándose de estados como la tristeza general o la ansiedad.

En el campo del suicidio, la derrota ha sido considerada un disparador temprano del proceso que puede conducir a la ideación suicida. El Modelo Integrado Motivacional–Volitivo de O'Connor y Kirtley (2018) sitúa la derrota y la humillación en la base de la fase motivacional, planteando que estas experiencias iniciales predisponen al surgimiento de ideación suicida cuando se combinan con otros factores psicológicos y contextuales. En esa misma línea, la teoría del rango social señala que las evaluaciones negativas sobre el propio estatus y la sensación de haber "perdido la batalla" se asocian con mayor riesgo de depresión e ideación suicida, especialmente cuando la persona percibe que no dispone de recursos o alternativas para revertir su situación. Los trabajos sobre consecuencias psicológicas de eventos vitales adversos ilustran cómo la derrota se despliega en contextos específicos, en coherencia con el modelo de Brown y Harris (1978). Investigaciones sobre desalojo, desempleo prolongado o fracaso académico han descrito que las personas afectadas reportan sentirse derrotadas, humilladas y despojadas de valor, y que estas experiencias se asocian con mayor riesgo de depresión e ideación suicida. En estos casos, se articulan las perspectivas de Brown y Harris —que subrayan el

impacto de eventos que combinan pérdida y humillación— con las de la teoría del rango social —que enfatiza la caída percibida en jerarquía y la activación de respuestas de sumisión—.

Trasladado al contexto de la oncología, este marco ayuda a comprender por qué el cáncer puede vivirse como una forma extrema de derrota. La enfermedad suele implicar pérdida de autonomía funcional, limitación de la capacidad laboral, alteración de la imagen corporal y cambios bruscos en los roles familiares y sociales, elementos que pueden interpretarse como señales de "caída" en el rango y de fracaso frente a expectativas propias y ajenas. Breitbart et al. (2010) han mostrado que, en pacientes con cáncer avanzado, el sufrimiento psicológico incluye con frecuencia sentimientos de pérdida de sentido, de haber fallado a la familia y de ser una carga para los demás, aspectos que se solapan conceptualmente con la derrota. De manera complementaria, Schuyler et al. (2017) encontraron que la demoralización , caracterizada por pérdida de sentido, impotencia y sentimiento de fracaso, se asocia de manera independiente con depresión y desesperanza en pacientes oncológicos, lo que refuerza la relevancia de experiencias cercanas a la derrota en este grupo.

Desde la perspectiva de Brown y Harris (1978), muchos de los cambios asociados al cáncer pueden entenderse como acontecimientos que combinan pérdida objetiva (salud, rol, recursos) con componentes de humillación o desvalorización, creando un terreno fértil para la experiencia de derrota. En este contexto, incorporar la derrota como variable central en el modelo de esta tesis permite integrar: (a) los aportes de la teoría del rango social sobre autovaloración y estatus (Gilbert, 2000; Gilbert & Allan, 1998); (b) la noción de derrota y humillación de Brown y Harris (1978) como componentes críticos de los eventos vitales; y (c) la formulación del Modelo Integrado Motivacional–Volitivo, que sitúa la derrota como punto de partida del proceso motivacional hacia la ideación suicida (O'Connor & Kirtley, 2018). Aplicado a pacientes oncológicos de Lima, este enfoque posibilita analizar cómo las pérdidas y desafíos asociados al cáncer se traducen en vivencias de derrota que, al combinarse con la sensación de estar atrapado, pueden incrementar el riesgo de ideación suicida más allá de la presencia de depresión u otros trastornos psiquiátrico.

2.3.3 Atrapamiento y su papel transdiagnostico

El atrapamiento psicológico se entiende como la sensación subjetiva de estar encerrado en una situación interna o externa altamente aversiva, de la que la persona desea escapar pero en la que no percibe vías de salida realistas. Gilbert y Allan (1998) introdujeron este constructo dentro de su modelo evolutivo de la depresión, al describir el estado de "vuelo arrestado" (arrested flight), en el que tras una experiencia de derrota el sistema motivacional de huida queda bloqueado y el individuo se siente incapaz de retirarse o cambiar de contexto. En este marco, el atrapamiento engloba tanto el deseo de escapar como la convicción de que cualquier alternativa disponible es imposible, peligrosa o moralmente inaceptable.

En su formulación original, Gilbert y Allan (1998) distinguen entre atrapamiento externo (sentirse atrapado por circunstancias, relaciones o contextos externos) y atrapamiento interno (sentirse atrapado en los propios pensamientos, emociones o rasgos). Las validaciones de la Escala de Atrapamiento muestran que ambos factores se correlacionan fuertemente entre sí y con la sintomatología depresiva, pero diversos estudios señalan que el atrapamiento interno suele presentar la asociación más estrecha con la ideación suicida. Esta evidencia ha llevado a conceptualizar el atrapamiento como un estado emocional y cognitivo distinto de la depresión, centrado específicamente en la percepción de falta de escape.

El Modelo Integrado Motivacional–Volitivo de O'Connor y Kirtley (2018) sitúa el atrapamiento en una posición central y proximal dentro de la fase motivacional del comportamiento suicida. Según este modelo, las experiencias de derrota y humillación no conducirían directamente a la ideación suicida; lo hacen cuando, bajo la influencia de factores como la rumiación, el bajo apoyo social o la pertenencia frustrada, se transforman en una sensación intensa de estar atrapado. Es en este punto , cuando la persona concluye que no existen salidas aceptables para aliviar su sufrimiento, que la muerte comienza a considerarse como una vía de escape. Los datos longitudinales respaldan esta secuencia. Siddaway y colaboradores (2022) analizaron las relaciones temporales entre derrota, atrapamiento e ideación suicida mediante ecological momentary assessment, y hallaron que los cambios en derrota

predecían cambios posteriores en atrapamiento, y que estos, a su vez, se asociaban con fluctuaciones de la ideación suicida a lo largo del tiempo. Sus resultados muestran relaciones bidireccionales entre derrota y atrapamiento, pero un vínculo particularmente consistente entre atrapamiento e ideación en escalas de horas y días, lo que refuerza el carácter dinámico y proximal de este constructo. Otros trabajos corroboran el papel del atrapamiento en contextos de crisis aguda. Rudd et al. (2018), al estudiar el "suicide crisis syndrome" en pacientes en seguimiento agudo, encontraron que el atrapamiento era uno de los predictores individuales más fuertes de conducta suicida en las semanas posteriores, incluso controlando depresión, desesperanza y frecuencia previa de ideación. De forma convergente, Zhao et al. (2023) mostraron que el atrapamiento percibido predecía la aparición del primer episodio de ideación suicida en estudiantes de medicina, más allá de los síntomas depresivos y de otros factores tradicionales de riesgo. Estos hallazgos apoyan la idea de que el atrapamiento capta un núcleo experiencial específico —la sensación de no tener salida— que aumenta la vulnerabilidad suicida de manera relativamente independiente de la psicopatología de base.

Desde una perspectiva transdiagnóstica, diferentes adaptaciones de la Escala de Atrapamiento han documentado asociaciones significativas con ideación suicida en múltiples grupos clínicos y no clínicos. Liu et al. (2021) validaron la versión china de la escala en hombres que tienen sexo con hombres y encontraron que el atrapamiento se relacionaba de forma robusta con depresión, ansiedad e ideación suicida, manteniendo efectos sobre esta última después de controlar los síntomas depresivos. De Beurs et al. (2025) desarrollaron y validaron una versión breve de la escala en adolescentes, y observaron que el atrapamiento breve conservaba un alto poder discriminativo para identificar a jóvenes con ideación suicida reciente. En conjunto, estos estudios señalan que el atrapamiento funciona como un marcador transversal de riesgo suicida, presente en distintos diagnósticos y contextos culturales.

En el ámbito de la psicooncología, aunque el término "atrapamiento" no siempre se utiliza de forma explícita, varias descripciones de sufrimiento existencial se superponen conceptualmente con este constructo. Breitbart et al. (2010) muestran

que muchos pacientes con cáncer avanzado refieren sentirse sin salida frente a la progresión de la enfermedad, los efectos adversos del tratamiento y la percepción de ser una carga para los demás, lo que alimenta deseos de escapar del sufrimiento e incluso deseos de acelerar la muerte. Schuyler et al. (2015) señalan que la demoralización en cáncer —caracterizada por pérdida de sentido, impotencia y sentimiento de fracaso— se asocia de forma independiente con depresión y desesperanza, y puede interpretarse como un estado de "estar atrapado" en una trayectoria de deterioro percibida como ineludible. Estas evidencias sugieren que el atrapamiento ofrece un lenguaje teórico útil para describir la vivencia de encierro psicológico que aparece con frecuencia en pacientes oncológicos con malestar intenso.

Integrar estos aportes con el Modelo Integrado Motivacional–Volitivo permite entender que, en pacientes con cáncer, las pérdidas asociadas a la enfermedad (derrota) pueden transformarse en ideación suicida cuando se consolidan en una sensación persistente de atrapamiento. O'Connor y Kirtley (2018) proponen que la intervención clínica debería dirigirse específicamente a reducir el atrapamiento —por ejemplo, ampliando el repertorio de alternativas percibidas, fortaleciendo el apoyo social y cuestionando cogniciones extremas de "todo o nada"— para disminuir la probabilidad de que la derrota evolucione hacia pensamientos de muerte. En el contexto de la presente tesis, concebir el atrapamiento como variable mediadora entre derrota e ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima permite someter a prueba empírica esta formulación, evaluando si el núcleo motivacional descrito en la literatura internacional también se observa en una población con cáncer atendida en un hospital peruano.

2.3.4 Ideacion Suicida

La ideación suicida puede entenderse como un conjunto de pensamientos, imágenes y deseos relacionados con la posibilidad de quitarse la vida, que varían desde ideas pasivas de "desear estar muerto" hasta planes específicos de autolesión letal (Klonsky et al., 2016). Décadas de investigación han mostrado que el desarrollo de la ideación suicida es un fenómeno complejo, debido a la diversidad de concepciones que la han intentado definir. Eguiluz (1995) sostiene

que la ideación suicida constituye una fase de vital importancia como factor predictor del suicidio consumado y la describe como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, las formas deseadas de morir y los objetos, circunstancias y condiciones en que se planea hacerlo. Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003) conciben el suicidio como un proceso que se inicia con la idea de suicidarse, continúa con la tentativa o los intentos y culmina con la muerte autoinfligida. Se considera que estas dos formulaciones de la ideación suicida, que comparten como rasgo común su carácter conceptualmente inespecífico, presentan dificultades para su adecuada operacionalización en la investigación empírica. No obstante, Supin (2022) plantea una amplia gama de factores psicológicos y sociales que actúan para desarrollar ideación suicida, incluyendo la soledad, necesidades interpersonales, depresión, autoestima, derrota y atrapamiento. Dentro de este entramado, derrota y atrapamiento se consideran en esta tesis como núcleos cognitivo-emocionales particularmente relevantes para explicar por qué algunos pacientes con cáncer progresan hacia ideación suicida, es decir el pensamiento de quitarse la vida, la misma que puede ser causada por una variedad de factores, como la derrota, el atrapamiento, el dolor físico o el sufrimiento psicológico. La ideación suicida es un problema serio que debe ser abordado por profesionales de la salud psicológica.

La ideación suicida suele entenderse como una entidad de naturaleza interna a la que, en la tradición psicológica clásica, se le ha asignado una relación causal de tipo reduccionista y determinista (Mondragón et al., 1998). Aunque distintos autores coinciden en que el suicidio es un fenómeno multideterminado y que la ideación suicida es uno de sus factores centrales, continúa destacándose su carácter fenomenológico (Jiménez y González-Forteza, 2003; Serrano y Flores, 2005). Desde una perspectiva de campo en Psicología, donde las propiedades intrínsecas de los factores no son esenciales para la explicación de los fenómenos, la ideación suicida puede conceptualizarse como una variable latente. Las variables latentes son construcciones teóricas sobre procesos o eventos que no se observan directamente y que deben inferirse a partir de la presencia de ciertos objetos, acontecimientos o acciones. Desde una perspectiva psicométrica, se trata de una variable latente que se infiere a partir de las respuestas a reactivos que evalúan con qué frecuencia, intensidad y grado de planificación se presentan dichos

contenidos cognitivos (Mondragón et al., 1998). Para efectos de la presente investigación, la ideación suicida se operacionaliza mediante una escala estandarizada, asumiendo que puntajes más altos reflejan mayor carga de pensamientos y deseos autolíticos

2.3.5. El Modelo Integrado Motivacional – Volitivo

El Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de la conducta suicida (IMV; O'Connor & Kirtley, 2018) es un marco biopsicosocial que describe, en tres fases, el camino común hacia la ideación y el comportamiento suicida. En la fase de antecedentes o pre-motivacional se sitúan las vulnerabilidades biográficas y contextuales, tales como la historia de trauma, los rasgos de personalidad, los factores genéticos y las condiciones ambientales que configuran la diátesis individual frente al estrés. Estas vulnerabilidades interactúan con eventos vitales estresantes y con el contexto social inmediato, generando un terreno propicio para la aparición de experiencias de derrota y humillación. En coherencia con el IMV, el modelo propuesto en esta investigación sitúa a la derrota como variable antecedente, al atrapamiento como mediador central y a la ideación suicida como resultado motivacional.

En la fase motivacional, el modelo explica cómo, a partir de dichas experiencias de derrota y humillación, algunas personas desarrollan ideación suicida mientras que otras no lo hacen (O'Connor & Kirtley, 2018). En esta fase adquieren un papel central los factores motivacionales, entre los que destacan la derrota, el atrapamiento y la falta de apoyo social, así como procesos de afrontamiento y resolución de problemas que pueden ser más o menos adaptativos. La combinación de derrota y ausencia de recursos interpersonales o internos incrementa la probabilidad de que la persona perciba su situación como inescapable y, en consecuencia, comience a considerar el suicidio como una posible salida.

El atrapamiento suele conceptualizarse dentro del IMV como el motor clave de la ideación suicida, constituyendo el puente entre la derrota y la emergencia de pensamientos suicidas. Algunas investigaciones indican e un tipo específico de

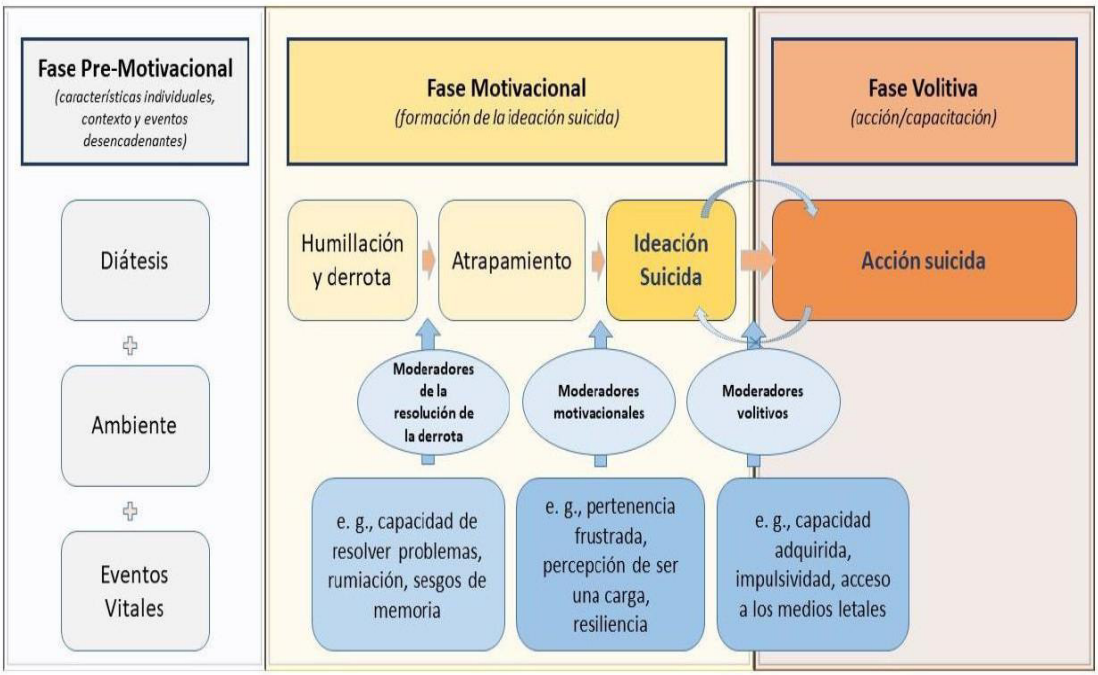
atrapamiento: el atrapamiento interno , que se define como sentirse atrapado por el dolor desencadenado por sentimientos y pensamientos propios, se relacionan más intensamente con la ideación suicida que su complemento: el atrapamiento externo, el cual es entendido como la incapacidad percibida para salir abruptamente de eventos o experiencias externas (Owen, Dempsey, Jones & Gooding, 2017; Rasmussen et al., 2010). Esta evidencia sugiere que, más allá de las circunstancias objetivas, la vivencia subjetiva de estar "encerrado" en un estado mental doloroso es especialmente relevante para la formación de ideación suicida.

La fase volitiva, por su parte, describe los factores que gobiernan la transición desde el pensamiento suicida (ideación o intención) hacia las conductas suicidas propiamente dichas (O'Connor & Kirtley, 2018). Los factores volitivos incluyen la exposición previa al suicidio (propio o de terceros), la intrepidez ante la muerte, la impulsividad y la disponibilidad de medios letales, entre otros, siendo esta la fase en la que es más probable que se concrete el comportamiento suicida (O'Connor & Nock, 2014). De este modo, mientras los factores motivacionales explican por qué surgen los pensamientos suicidas en algunas personas, los factores volitivos explican por qué solo una parte de quienes presentan ideación llega a realizar intentos.

En conjunto, el IMV genera un modelo más integrativo que no se centra únicamente en síntomas, pensamientos o actitudes aisladas, sino que considera también el trasfondo biográfico, interpersonal y contextual del individuo. Al distinguir conceptualmente entre las fases motivacional y volitiva, el modelo permite identificar hitos específicos para la evaluación y la intervención clínica, por ejemplo, focalizando en derrota y atrapamiento para prevenir la aparición o intensificación de ideación suicida, y en factores volitivos para reducir el riesgo de transición hacia conductas suicida

FIGURA 1

Modelo integrado motivacional-volitivo



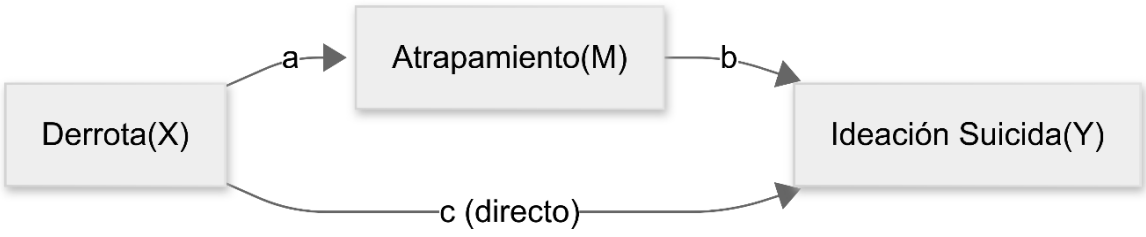
Fuente: O'Connor y Kirtley (2018)
Elaboración propia

Entre las teorías del suicidio existentes, el modelo integrado motivacional volitivo(O'Connor, 2018) puede ser un marco prometedor para explicar la ideación suicida, ya que como se puede ver, el IMV no solo ofrece una de las más detalladas explicaciones para la aparición de la ideación suicida sino también incorpora constructos que pueden ser especialmente relevantes para la población oncológica. El IMV adopta un marco de "ideación a la acción" para explicar el desarrollo de la ideación suicida y la transición, desde pensamientos suicidas hasta comportamientos. Plantea que las experiencias de derrota (es decir, lucha social fallida y sentimientos de ser traído hacia abajo), provocada por eventos estresantes de la vida u otros ambientales precipitantes, conducen al atrapamiento (es decir, incapacidad percibida para escapar o ser rescatado de situaciones aversivas) y, en última instancia, ideación suicida (O'Connor y Kirtley, 2018). De hecho, la derrota y el atrapamiento se han relacionado con la ideación suicida en algunos trabajos previos (O'Connor y Kirtley, 2018; O'Connor y Portzky, 2018.

Numerosos estudios han aportado un aval empírico a los principales supuestos

del modelo integrado motivacional-volitivo (IMV) en distintas poblaciones, incluyendo muestras de población general, personas con experiencias traumáticas, individuos con conducta autolesiva y pacientes con síntomas positivos asociados a esquizofrenia. En un estudio con pacientes psiquiátricos alemanes con alto riesgo suicida, Lucht et al. (2020) hallaron que la relación entre derrota e ideación suicida estaba mediada por el atrapamiento. De forma concordante, una investigación con personas diagnosticadas con trastorno por consumo de alcohol, mediante ecuaciones estructurales, corroboró los postulados del IMV vinculados a la ideación suicida, mostrando una relación directa entre atrapamiento e ideación suicida (explicando el 34% de la varianza y con buen ajuste del modelo), una asociación elevada entre derrota y atrapamiento y una relación indirecta entre derrota e ideación suicida parcialmente mediada por la percepción de atrapamiento (Hong y Shin, 2021).

Figura 2



Fuente: Elaboración propia

Nota. X = variable independiente (derrota); M = mediadora (atrapamiento); Y = dependiente (ideación suicida).
El efecto total de X sobre Y se descompone en:
Efecto indirecto = a × b (transmitido por M)
Efecto directo = c’ (residual tras controlar M)

La significación del efecto indirecto se probará mediante bootstrap 5 000 réplicas e IC 95 % (Preacher & Hayes, 2008).

2.3.6 Psicooncología, sufrimiento existencial y suicidio en cáncer

La psicooncología estudia las respuestas psicológicas, sociales y existenciales al cáncer, reconociendo que el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad impactan de forma profunda la identidad, los vínculos y los proyectos vitales de los pacientes. Breitbart et al. (2010) señalan que, más allá de los trastornos afectivos clásicos, muchos pacientes oncológicos experimentan un sufrimiento existencial caracterizado por pérdida de sentido, amenaza a la dignidad, miedo a la dependencia y percepción de ser una carga para los demás. Este sufrimiento puede coexistir con la depresión, pero no se reduce a ella, y requiere intervenciones específicas orientadas al significado, la dignidad y los valores personales. El sufrimiento existencial en cáncer incluye preocupaciones sobre la finitud, la injusticia percibida del diagnóstico, la ruptura de proyectos de vida y la alteración de roles familiares y laborales. Estudios longitudinales en psicooncología han mostrado que este malestar se asocia con peor calidad de vida, mayor ansiedad, mayor utilización de servicios de salud y, en algunos casos, con ideación de muerte o deseos de acelerar el final de la vida. Schuyler et al. (2017) describen la demoralización como un síndrome frecuente en pacientes con cáncer, definido por pérdida de sentido, impotencia y sentimiento de fracaso, y encuentran que se vincula de manera independiente con depresión, desesperanza e ideación suicida, incluso cuando se controlan los síntomas depresivos.

La literatura epidemiológica indica que las personas con cáncer presentan tasas de ideación e intento suicida superiores a las de la población general. En un amplio estudio de pacientes oncológicos, Willems et al. (2021) hallaron que el dolor persistente, el deterioro funcional, el estadio avanzado de la enfermedad y el bajo apoyo social se asociaban con mayor probabilidad de ideación suicida y malestar intenso. Estos factores tienden a potenciar sentimientos de derrota —por ejemplo, “he perdido mi autonomía”, “he fallado a mi familia”— y de atrapamiento —“no hay buena opción; solo seguir sufriendo o renunciar al tratamiento”—, reforzando el vínculo entre sufrimiento existencial y riesgo suicida. Frente a este panorama, se han desarrollado en psicooncología intervenciones específicas para abordar el

sufrimiento existencial. La psicoterapia centrada en el sentido y la terapia de dignidad buscan contrarrestar percepciones de pérdida total, fracaso y falta de salida, ayudando al paciente a reconstruir fuentes de sentido, valor y conexión relacional en medio de la enfermedad. Breitbart et al. (2010) mostraron que las intervenciones centradas en el sentido mejoran significativamente el bienestar psicológico y reducen la desesperanza y la demoralización en pacientes con cáncer avanzado, lo que sugiere que trabajar sobre significado, valores y vínculos puede mitigar experiencias cercanas a la derrota y al atrapamiento, disminuyendo la probabilidad de ideación de muerte.

Estudios recientes han comenzado a aplicar el Modelo Integrado Motivacional–Volitivo específicamente al contexto oncológico, diferenciando entre factores mediadores directamente vinculados a la enfermedad (como derrota y atrapamiento) y factores moderadores más estables como el control percibido o la resiliencia. En una revisión sistemática de 70 años de investigación, Ernst et al. proponían un IMV adaptado para individuos con cáncer, en el que experiencias como derrota y atrapamiento se conceptualizan como estados cognitivo-emocionales que emergen del impacto de la enfermedad y que canalizan ese impacto hacia la ideación suicida, mientras que variables disposicionales (por ejemplo, estrategias de control secundario) modulan la intensidad de estas trayectorias. Hirschmiller et al (2026). han retomado este marco y, mediante análisis de redes en 618 pacientes con cáncer, mostraron que los constructos nucleares del IMV (derrota y atrapamiento) se integran en un entramado más amplio de riesgo y protección, manteniendo asociaciones indirectas relevantes con la ideación suicida junto con otros factores como la sensación de ser una carga y el control percibido.

Integrar la perspectiva de la psicooncología con el Modelo Integrado Motivacional–Volitivo permite articular el sufrimiento existencial en términos de derrota y atrapamiento. O’Connor y Kirtley (2018) plantean que las experiencias de derrota constituyen el punto de partida de la fase motivacional del suicidio, y que la ideación suicida emerge cuando esa derrota se transforma en una sensación persistente de estar atrapado sin alternativas aceptables. En el contexto del cáncer, las pérdidas y amenazas propias de la enfermedad (autonomía, roles, proyectos)

pueden vivirse como derrota, mientras que la acumulación de síntomas, dependencias y decisiones difíciles puede cristalizarse en una sensación de atrapamiento; cuando el paciente no percibe opciones de ajuste viables, aumenta la probabilidad de que surjan pensamientos suicidas. Desde esta integración teórica, evaluar y abordar explícitamente derrota y atrapamiento en pacientes oncológicos resulta coherente tanto con la investigación contemporánea en suicidio como con la tradición clínica de la psicooncología orientada al alivio del sufrimiento existencial.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general:

El atrapamiento media la relación entre la derrota y la ideación suicida en personas con cáncer.

2.4.2 Hipótesis Específicas

H1: Existe un efecto directo significativo y positivo de la derrota sobre el atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima.

H2: Existe un efecto directo significativo y positivo del atrapamiento sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima.

H3: Existe un efecto directo significativo y positivo de la derrota sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima.

H4: Existe un efecto indirecto significativo y positivo de la derrota sobre la ideación suicida a través del atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima**.**

H5:Existen diferencias significativas en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida según el tipo de cáncer, grados de instrucción, sexo o el tiempo desde el diagnóstico en pacientes oncológicos de Lima.

2.5 Identificación de variables

El estudio examina el modelo de mediación en que:

- Variable independiente (X): Derrota
- Variable mediadora (M): Atrapamiento
- Variable dependiente (Y): Ideación suicida

Además, se incluyen como covariables de control (no moderadoras): tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, tiempo desde el diagnóstico, nivel educativo, carga familiar y tratamientos recibidos. Esta configuración X–M–Y retoma la propuesta motivacional del IMV, donde la derrota desencadena atrapamiento, que a su vez se vincula con la ideación suicida

2.6 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento	Dimensiones / Ítems	Escala de Medición
Derrota (VI)	Sentimiento subjetivo de fracaso, impotencia y pérdida de estatus en la vida (Gilbert & Allan, 1998).	Se evalúa el grado de percepción de derrota mediante la Escala de Derrota de Gilbert & Allan (1998). Se obtiene un puntaje total entre 0 y 64, donde puntuaciones más altas indican mayor percepción de derrota.	Escala de Derrota de Gilbert & Allan (1998)	Unidimensional, 16 ítems. Ítems invertidos: 2, 4 y 9 (sensación de ser un ganador).	Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 4 = siempre). Puntaje total: 0-64.

Atrapamiento (VI)	Sensación de estar atrapado en una situación inescapable, tanto a nivel interno como externo (Debeurs et al., 2023).	Se mide la percepción de atrapamiento mediante la Escala de Atrapamiento – Forma Corta (Debeurs et al.). El puntaje total varía entre 0 y 16, donde valores más altos indican mayor atrapamiento.	Escala de Atrapamiento – Forma Corta (Debeurs et al 2022.)	Unidimensional, 4 ítems. Evalúa atrapamiento interno y externo.	Escala Likert de 5 puntos (0 = no del todo, 4 = extremadamente). Puntaje total: 0-16.
Ideación Suicida (VD)	Frecuencia de pensamientos sobre el suicidio en los últimos 12 meses (Chang & Chang, 2016).	Se mide la frecuencia e intensidad de pensamientos suicidas con el IFIS. Un puntaje total de 5 a 25 indica mayor gravedad de ideación suicida.	Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida (IFIS, Chang & Chang, 2016)	Unidimensional, 5 ítems. Evalúa la frecuencia de pensamientos suicidas.	Escala Likert de 5 puntos. Puntaje total: 5-25 (puntajes altos indican mayor gravedad).

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento	Dimensiones / Ítems	Escala de Medición
Variables moderadoras	Características individuales y clínicas que pueden influir en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida.	Se recoge información sobre factores clínicos y sociodemográficos.	Ficha sociodemográfica	Variables nominales y ordinales: tipo de cáncer, estadio, nivel educativo, carga familiar, tiempo desde el diagnóstico, tratamientos recibidos.	Nominal y ordinal.

2.6 Definición de términos básicos

Derrota: Experiencia subjetiva de haber "perdido la batalla" frente a circunstancias vitales relevantes, acompañada de sensación de fracaso, pérdida de estatus y desvalorización personal, que lleva a percibirse como vencido o sobrepasado por la vida (Gilbert & Allan, 1998).

Atrapamiento psicológico: Sensación de estar encerrado en una situación interna (pensamientos, emociones) o externa (contextos, relaciones) altamente aversiva, de la que se desea escapar pero en la que no se perciben alternativas de salida realistas o aceptables (Gilbert & Allan, 1998).

Ideación suicida: Presencia de pensamientos, imágenes o deseos relacionados con la propia muerte, que pueden ir desde ideas pasivas de "no querer seguir viviendo" hasta planes concretos para quitarse la vida, sin que necesariamente se haya realizado un intento (O'Connor & Kirtley, 2018).

Modelo Integrado Motivacional–Volitivo (IMV): Marco teórico que explica el comportamiento suicida en fases motivacionales y volitivas, proponiendo que experiencias de derrota y humillación, mediadas por sentimientos de atrapamiento y moduladas por factores motivacionales y volitivos, conducen desde la ideación hasta los intentos suicidas (O'Connor & Kirtley, 2018).

Demoralización: Estado psicológico caracterizado por pérdida de sentido, impotencia, desánimo y sentimiento de fracaso ante circunstancias percibidas como incontrolables, frecuente en enfermedades crónicas y asociado a ideación de muerte (Schuyler et al., 2015).

Sufrimiento existencial: Malestar profundo vinculado a la confrontación con la finitud, la pérdida de sentido vital, la amenaza a la identidad y a la dignidad y la percepción de ser una carga, que va más allá de los síntomas ansioso–depresivos (Breitbart et al., 2010).

Psicooncología: Campo interdisciplinario que estudia y aborda las respuestas psicológicas, sociales y existenciales de las personas con cáncer, sus familias y los equipos de salud, integrando la atención emocional y el soporte psicosocial al cuidado oncológico (Breitbart et al., 2010).

Pacientes oncológicos: Personas que han recibido un diagnóstico médico de cáncer y se encuentran en evaluación, tratamiento o seguimiento en servicios de salud especializados, ya sea en forma ambulatoria u hospitalaria; en esta tesis se refiere específicamente a adultos atendidos en un hospital oncológico de Lima.

Apoyo social percibido: Evaluación subjetiva que realiza la persona sobre la disponibilidad, calidad y suficiencia del soporte emocional, instrumental e informativo que recibe de su entorno (familia, amigos, pareja, comunidad), considerado un recurso protector frente a la ideación suicida (Cajachagua-Orosco, 2021).

Conducta suicida: Conjunto de pensamientos, comunicaciones y actos orientados a causar la propia muerte, que incluye la ideación suicida, la elaboración de planes, los intentos de suicidio y el suicidio consumado (O'Connor & Kirtley, 2018)

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio corresponde a una investigación empírica, dado que se fundamenta en la recolección y análisis directo de datos obtenidos de una muestra de pacientes con cáncer (Ato, López-García, & Benavente, 2013). Dentro de esta categoría, se adopta una estrategia asociativa, ya que el objetivo es analizar la relación entre variables sin manipularlas ni asignar aleatoriamente a los participantes a condiciones experimentales (Ato et al., 2013).

Específicamente, se trata de un estudio explicativo, orientado a examinar y contrastar un modelo teórico que propone que el sentimiento de atrapamiento media la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos. En el marco de la clasificación de Ato et al. (2013), el estudio se inscribe en una estrategia asociativa-explicativa de tipo mediacional, puesto que se plantea que la variable independiente (derrota) influye en la variable dependiente (ideación suicida) a través del efecto de una tercera variable (atrapamiento), que actúa como mediadora. Este tipo de diseño se clasifica como DVL (diseño explicativo con variables latentes), dado que las variables involucradas son constructos teóricos medidos a través de indicadores observables y se emplea el análisis de ecuaciones estructurales para evaluar la validez del modelo propuesto (Ato et al., 2013).

El enfoque temporal del estudio es transversal, ya que se realiza una medición única en una muestra de pacientes con cáncer atendidos en un hospital oncológico de Lima. Esta característica permite examinar las relaciones estructurales entre variables en un momento específico, lo cual es coherente con los objetivos de los diseños explicativos transversales (Ato et al., 2013). Para contrastar la hipótesis mediacional se recurrió al modelamiento de ecuaciones estructurales, estimando los efectos directos, indirectos y totales entre derrota, atrapamiento e ideación suicida, y

evaluando la significancia del efecto indirecto mediante intervalos de confianza basados en procedimientos de remuestreo (bootstrapping), de acuerdo con las recomendaciones metodológicas actuales para el análisis de mediación con variables latentes (Ato & Vallejo, 2015; Memon et al., 2020).

La metodología es de tipo cuantitativo, pues se basa en la recopilación de datos numéricos mediante cuestionarios estandarizados y en el empleo de técnicas estadísticas para analizar las relaciones entre variables. En este sentido, el estudio no solo describe asociaciones, sino que busca comprender los mecanismos psicológicos subyacentes que vinculan la derrota, el atrapamiento y la ideación suicida, contribuyendo al desarrollo teórico en el campo de la psicología de la salud.

3.2 Unidad de Análisis

La unidad de análisis de este estudio está conformada por los pacientes adultos diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento médico y seguimiento en un hospital especializado de la ciudad de Lima, Perú. Se analizaron las características psicológicas de estos pacientes, específicamente la relación entre la derrota, el atrapamiento y la ideación suicida. El análisis se centró en los datos obtenidos de los instrumentos aplicados a cada paciente, con el objetivo de identificar patrones en la influencia de las variables predictoras sobre la ideación suicida. La información recopilada permite comprender mejor los factores de riesgo psicológico en esta población y contribuir a estrategias de intervención más efectivas.

3.3 Población de Estudio

La población objetivo de este estudio está conformada por pacientes adultos diagnosticados con cáncer que se encuentran en tratamiento y seguimiento en un hospital especializado en la ciudad de Lima, Perú. Dicha población es heterogénea en cuanto a edad, sexo y tipo de cáncer, abarcando diversas etapas de la enfermedad y diferentes modalidades de tratamiento (ambulatorio y hospitalización). El hospital donde se realizó el estudio atiende a pacientes provenientes de diferentes regiones

del país, lo que permite considerar una muestra con diversidad geográfica y sociocultural. Esta diversidad es relevante para el estudio, ya que las experiencias emocionales y psicológicas relacionadas con la enfermedad pueden estar influenciadas por factores contextuales y de acceso a servicios de salud. La selección de esta población se justifica por la importancia clínica de identificar los factores psicológicos asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer. Al comprender cómo la derrota y el atrapamiento influyen en este fenómeno, se puede mejorar la intervención psicológica y el apoyo a esta población vulnerable, contribuyendo a estrategias preventivas en el ámbito hospitalario.

3.4 Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra constituye un aspecto central en el modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM), aunque la literatura no ofrece un consenso definitivo sobre cuál es el número óptimo de casos para un análisis adecuado. Se coincide, no obstante, en que SEM exige muestras suficientemente grandes; Kline (2011) subraya que resulta difícil precisar qué significa exactamente "suficientemente grande", dado que intervienen múltiples factores (complejidad del modelo, tipo de estimador, distribución de los datos, entre otros) en la determinación del tamaño muestral. En el presente estudio se adoptó el criterio de cantidad absoluta de casos, considerando como referencia un mínimo de 200 participantes (Catena et al., 2003), aun cuando autores como Kline (2011) y Hair et al. (2011) advierten que incluso 200 casos pueden ser insuficientes cuando el modelo es complejo, no se cumple la normalidad multivariada o se emplean determinados procedimientos de estimación. Por otro lado, se ha señalado que, a medida que el tamaño muestral aumenta (por ejemplo, de 400 a 500 casos), el método se vuelve más sensible y las mejoras adicionales en el ajuste o en la estabilidad de las estimaciones tienden a ser marginales (Hair et al.2011).

3.5 Selección de la Muestra

Para determinar el tamaño adecuado de la muestra, se utilizó la calculadora en línea desarrollada por Daniel Soper para modelos de ecuaciones estructurales

(SEM). Este cálculo se basa en los siguientes parámetros:

- **Tamaño del efecto esperado:** 0.3 (efecto moderado)
- **Número de variables latentes:** 3
- **Número de variables observadas:** 25
- **Nivel de potencia estadística:** 0.80
- **Nivel de significación (p):** 0.05

Según la estimación obtenida con estos valores, el tamaño mínimo de muestra recomendado para el presente estudio es de 827 participantes.

La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, considerando los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos diagnosticados con cáncer en tratamiento médico y seguimiento en el hospital seleccionado.
- Pacientes con capacidad para responder los cuestionarios de manera autónoma.
- Consentimiento informado firmado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo significativo o trastornos psiquiátricos severos que puedan afectar la comprensión y respuesta a los instrumentos.
- Pacientes en estado crítico o en cuidados paliativos avanzados.

3.6 Técnicas de Recolección de Datos

Para la recolección de datos, se utilizó una estrategia de aplicación

individual y presencial en una única sesión, en la cual los participantes completaron los instrumentos de evaluación en formato físico. La recolección de datos se llevó a cabo en las instalaciones del hospital, en espacios adecuados para garantizar la privacidad y comodidad de los participantes. La aplicación fue realizada por personal capacitado en la administración de pruebas psicológicas, quienes brindarán instrucciones claras y resolverán dudas sin influir en las respuestas. Se entregaron los instrumentos impresos a los participantes para que los completen de manera autoadministrada. Se les proporcionó tiempo suficiente para responder y se les asistió respecto a las dudas sobre la comprensión de los ítems. Antes de la aplicación, se les explicó el propósito del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado, asegurando el cumplimiento de principios éticos. Se recolectó información relevante sobre variables de control y moderadoras, tales como tipo de cáncer, etapa de la enfermedad, tiempo desde el diagnóstico, nivel educativo y carga familiar. Se verificó que los cuestionarios estén completamente respondidos y se resolverieron dudas en el momento de la aplicación para evitar datos incompletos o sesgados.

3.7 Instrumentos

En este estudio se utilizaron tres instrumentos psicométricos validados en contexto peruano para evaluar las variables centrales del modelo de mediación: ideación suicida, atrapamiento y derrota.

La ideación suicida se midió mediante el Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida (IFIS), desarrollado por Chang y Chang (2016), un cuestionario unidimensional de cinco ítems que evalúa la frecuencia e intensidad de pensamientos suicidas durante los últimos 12 meses, con respuestas tipo Likert de 5 puntos y puntuaciones totales entre 5 y 25, donde valores más elevados indican mayor gravedad de la ideación. En Perú, el IFIS fue adaptado por Baños Chaparro y colaboradores, quienes reportaron una estructura factorial unidimensional confirmada mediante análisis factorial confirmatorio, con índices de ajuste excelentes (CFI = 0.99, RMSEA = 0.03) y una confiabilidad adecuada ($\omega = 0.80$),

así como invarianza factorial por sexo y edad, lo que respalda su uso en diferentes subpoblaciones adultas.

La sensación de atrapamiento se evaluó con la Escala de Atrapamiento – Forma Corta, desarrollada por De Beurs y colaboradores (2022) como una versión breve y validada del constructo original de atrapamiento. Este instrumento está compuesto por 4 ítems con formato Likert de 5 puntos (0 = “no del todo”, 4 = “extremadamente”) que captan la percepción de estar atrapado en situaciones internas (pensamientos, emociones) o externas (circunstancias vitales adversas), con un puntaje total entre 0 y 16, donde valores más altos reflejan una mayor sensación de atrapamiento. La versión corta ha mostrado alta confiabilidad ($\alpha > 0.85$) y validez predictiva respecto a la ideación suicida en muestras clínicas y de alto riesgo. En el contexto peruano, Baños Chaparro et al. (2024) adaptaron y validaron esta escala, encontrando una estructura unidimensional, un alfa de Cronbach de 0.89 y buenos índices de ajuste (CFI = 0.98, RMSEA = 0.05), lo que respalda su validez de constructo en población hispanohablante.

La derrota se midió mediante la Escala de Derrota desarrollada por Gilbert y Allan (1998), un instrumento de 16 ítems tipo Likert de 5 puntos (0 = “nunca”, 4 = “siempre”), que evalúa la percepción subjetiva de fracaso, pérdida de estatus y sentirse “vencido por la vida”, con puntajes totales entre 0 y 64, donde valores más altos indican mayor percepción de derrota. Esta escala ha mostrado consistentemente alta confiabilidad ($\alpha > 0.90$) y validez de constructo en diversas poblaciones clínicas y no clínicas, respaldando su estructura unidimensional. En el contexto peruano, Baños Chaparro et al. (2024) reportaron en adolescentes una estructura unidimensional, un alpha de 0.91 y buenos índices de ajuste (CFI = 0.97, RMSEA = 0.06), lo que apoya su uso en población hispanohablante.

En la muestra de personas con cáncer de este estudio, los tres instrumentos mostraron coeficientes de consistencia interna adecuados, y sus puntajes se utilizaron respectivamente como variable independiente (derrota), variable mediadora (atrapamiento) y variable dependiente (ideación suicida) dentro del Modelo Integrado Motivacional–Volitivo, lo que permitió evaluar

empíricamente el proceso por el cual la derrota se vincula con la ideación suicida a través del atrapamiento.

Si bien las adaptaciones peruanas recientes de las escalas de derrota y atrapamiento se realizaron en población adolescente, los constructos que evalúan son de naturaleza cognitivo-emocional general y han mostrado pertinencia transdiagnóstica y transetaria.

3.7.1 Prueba piloto y evidencia psicométrica

3.7.1 Prueba piloto y evidencia psicométrica (versión lista para pegar)

3.7.1 Prueba piloto y evidencia psicométrica

Antes de la aplicación del estudio principal, se realizó una prueba piloto con 130 pacientes oncológicos adultos atendidos en el mismo hospital, con el propósito de evaluar la comprensibilidad de los ítems y el comportamiento psicométrico preliminar de las escalas en este contexto clínico. En esta fase se estimó el coeficiente omega de McDonald para las puntuaciones de cada instrumento, obteniéndose valores de .72 para la Escala de Derrota, .83 para la Escala de Atrapamiento Forma Corta y .84 para el IFIS, todos ellos por encima del punto de corte de .70 habitualmente recomendado para considerar una consistencia interna aceptable. Estos resultados indican que los ítems conforman conjuntos suficientemente homogéneos en pacientes con cáncer y aportan evidencia preliminar de confiabilidad en la población objetivo.

Adicionalmente, se obtuvo evidencia de validez de contenido mediante juicio de expertos. Para ello, tres psicólogos con experiencia en suicidología y psicooncología revisaron los ítems de las escalas de derrota, atrapamiento e ideación suicida, valorando su claridad, pertinencia y relevancia para pacientes oncológicos adultos. A partir de sus valoraciones se calcularon coeficientes V de Aiken de 0.90 para la Escala de Derrota de Gilbert y Allan, 0.96 para la Escala de Atrapamiento Forma Corta de De Beurs y 0.94 para el IFIS, lo que evidencia un alto nivel de acuerdo entre jueces respecto a la adecuación de los reactivos para medir los constructos propuestos en este contexto clínico. Los expertos

coincidieron en que el contenido de los ítems resultaba adecuado para pacientes con cáncer, que representaban de manera suficiente los constructos teóricos y que no eran necesarias modificaciones lingüísticas adicionales respecto de las versiones previamente adaptadas en Perú. Durante la prueba piloto se constató, además, que los participantes comprendían sin dificultad las consignas y el contenido de los ítems, lo que aporta evidencia adicional de adecuación semántica y de uso en esta población.

Posteriormente, en la muestra total de 860 participantes, se estimaron modelos de medida unidimensionales para cada instrumento mediante análisis factorial confirmatorio. Los resultados mostraron índices de ajuste global excelentes: en la Escala de Derrota de Gilbert y Allan (16 ítems) se obtuvieron CFI = 0.995, TLI = 0.995, RMSEA = 0.020 (IC 90%: 0.009–0.028) y SRMR = 0.026; en la Escala de Atrapamiento Forma Corta de De Beurs (4 ítems) se observaron CFI = 1.000, TLI = 1.011, RMSEA = 0.000 (IC 90%: 0.000–0.024) y SRMR = 0.003; y en el IFIS (5 ítems) se registraron CFI = 1.000, TLI = 1.000, RMSEA = 0.009 (IC 90%: 0.000–0.049) y SRMR = 0.014, tal como se detalla en el anexo correspondiente. En la misma muestra, los coeficientes de consistencia interna fueron elevados, con valores de alfa y omega de 0.91 y 0.92 para la Escala de Derrota, 0.85 y 0.86 para la Escala de Atrapamiento Forma Corta y 0.88 y 0.89 para el IFIS, respectivamente, todos ellos por encima del punto de corte de 0.70 recomendado para investigación aplicada.

En conjunto, la combinación de la revisión por expertos con V de Aiken altas, la prueba piloto y los análisis factoriales confirmatorios en la muestra total respalda la validez de contenido, la validez de constructo y la confiabilidad de las medidas de derrota, atrapamiento e ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima. Estos hallazgos complementan la evidencia psicométrica previamente reportada en adaptaciones peruanas en población adolescente y refuerzan la interpretación de estos constructos como procesos cognitivo-emocionales de naturaleza transdiagnóstica y transetaria

3.8 Análisis e interpretación de la información

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM), con el propósito de evaluar el modelo mediacional en el que el atrapamiento media la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes con cáncer. El uso de modelos de ecuaciones estructurales permite contrastar de forma integrada el rol mediador del atrapamiento en la relación entre derrota e ideación suicida y estimar la proporción del efecto total explicada por la vía indirecta. Se emplearon los programas JASP y R Studio, que permitieron realizar análisis estadísticos multivariados con adecuados niveles de precisión. En primer lugar, se procedió a la limpieza y depuración de la base de datos, revisando la existencia de valores atípicos y datos perdidos, así como evaluando supuestos básicos como la normalidad y la homocedasticidad de las variables. Posteriormente, se calcularon estadísticas descriptivas para caracterizar la muestra, considerando medidas de tendencia central y dispersión, además de frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas y clínicas.

Una vez asegurada la calidad de los datos, se realizó un análisis correlacional para examinar las asociaciones bivariadas entre derrota, atrapamiento e ideación suicida. Adicionalmente, se exploraron posibles diferencias en estas variables según el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, utilizando pruebas como la t de Student o ANOVA, cuando fue pertinente. No obstante, el análisis central se llevó a cabo mediante SEM, sin recurrir a modelos de regresión múltiple independientes, a fin de estimar simultáneamente los efectos directos, indirectos y totales entre las variables del modelo.

El modelamiento de ecuaciones estructurales permitió contrastar de manera específica el rol mediador del atrapamiento en la relación entre derrota e ideación suicida. Para ello, se especificó un modelo en el que la derrota se consideró variable exógena, el atrapamiento como variable mediadora y la ideación suicida como variable endógena, todas modeladas como variables latentes. Se evaluó el ajuste del modelo a partir de índices estandarizados, tales como el CFI, TLI, RMSEA y SRMR, con el objetivo de verificar que la estructura propuesta representara adecuadamente los datos observados. La significación del efecto indirecto derrota → atrapamiento → ideación suicida se examinó mediante intervalos de confianza obtenidos por

procedimientos de remuestreo (bootstrapping), lo que permitió determinar si el atrapamiento ejercía una mediación parcial o total.

Los resultados fueron interpretados considerando la significatividad estadística de las relaciones estimadas, la magnitud de los efectos directos e indirectos y la calidad del ajuste global del modelo. Se analizó específicamente si el atrapamiento desempeñaba un papel mediador robusto entre la derrota y la ideación suicida, contribuyendo a una comprensión más profunda de los mecanismos psicológicos implicados en la aparición de pensamientos suicidas en pacientes con cáncer. Finalmente, los hallazgos se discutieron a la luz de investigaciones previas y de los modelos teóricos revisados, destacando sus implicancias clínicas para el diseño de estrategias de intervención orientadas a la detección temprana y al abordaje del malestar emocional, con el fin de favorecer una atención psicológica más integral y eficaz en el contexto oncológico.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados en pacientes oncológicos de Lima. Los resultados están organizados en función de los objetivos específicos planteados, con el fin de evaluar el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida. Cada subsección aborda un objetivo específico, proporcionando estadísticas descriptivas, análisis correlacionales, comparaciones de medias y modelos de mediación

4.1. Resultados descriptivos

En referencia al análisis descriptivo de las variables de estudio, La tabla 2 muestra las estadísticas descriptivas de las variables de estudio: derrota, atrapamiento e ideación suicida. Se presentan las medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos, así como los coeficientes de asimetría y curtosis, con el fin de examinar la distribución de los puntajes.

Previo a la contrastación de las hipótesis, se realizó un análisis descriptivo y de distribución de los reactivos que componen las escalas de estudio. Como se observa en la Tabla 2, los valores de asimetría se situaron entre 0.10 y 0.34, mientras que la curtosis osciló entre -0.38 y -0.42. Dado que todos los indicadores de forma se encuentran dentro del rango crítico de +-2 para asimetría y +- 7 para curtosis (Finney y DiStefano, 2006), se asume que los datos presentan una distribución que no se desvía severamente de la normalidad univariante. Este hallazgo justifica la utilización de estadísticos paramétricos y el uso del estimador de Máxima

Verosimilitud Robusta (MLR) para el modelamiento de ecuaciones estructurales.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos, asimetría y curtosis de las variables de estudio

Variable	Ítems	M	DE	Asimetría	Curtosis
1. Derrota	1-16	1.51	0.89	0.13	-0.38
2. Atrapamiento	1-4	1.15	0.86	0.34	-0.38
3. Ideación Suicida	1-5	2.78	0.98	0.10	-0.42

Nota: *M = Media; DE = Desviación Estándar*.

Posteriormente, se evaluó la fiabilidad de las puntuaciones mediante dos indicadores complementarios: el coeficiente Alfa de Cronbach (α) y el Omega de McDonald (ω) Este último se reporta debido a su mayor precisión en modelos de variables latentes, ya que no asume la equivalencia de las cargas factoriales (tau-equivalencia). Como se detalla en la Tabla 3, todas las dimensiones alcanzaron niveles de consistencia interna elevados. superando en todos los casos el umbral recomendado de .70 (Cronbach, 1951; McDonald, 1999). La escala de Derrota presentó la mayor fiabilidad (ω = .92), seguida de la Ideación Suicida (ω = .89) y el Atrapamiento (ω = .86). En todos los casos, los valores superaron ampliamente el umbral de .70 recomendado por la literatura especializada (Nunnally y Bernstein, 1994), garantizando que los instrumentos miden sus respectivos constructos con un margen de error mínimo.

Tabla 3 .

Coeficientes de fiabilidad de los instrumentos

Variable	Alfa de Cronbach (α)	Omega de McDonald (ω)
1. Derrota	.91	.92
2. Atrapamiento	.85	.86
3. Ideación Suicida	.88	.89

Con el objetivo de examinar las relaciones bivariadas entre los constructos, se realizó un análisis de correlación de Pearson utilizando los puntajes totales de cada escala. Como se presenta en la Tabla 4, se hallaron asociaciones positivas y estadísticamente

significativas entre todas las variables objeto de estudio. Específicamente, la derrota mostró una correlación moderada y positiva con el atrapamiento ($r = .36$, $p < .01$) y con la ideación suicida ($r = .32$, $p < .01$). Por su parte, el atrapamiento se asoció de manera significativa con la ideación suicida ($r = .28$, $p < .01$). Estos resultados preliminares son coherentes con la teoría del Modelo Motivacional-Volitivo (O'Connor y Kirtley, 2018), sugiriendo que niveles más altos de derrota y sentimiento de estar atrapado se vinculan como procesos cognitivo-afectivos estrechamente vinculados a la emergencia de la ideación suicida en la muestra de pacientes oncológicos. Asimismo, el hecho de que ninguna correlación superara el valor de .85 indica la ausencia de multicolinealidad, lo que permite proceder con el análisis de mediación mediante ecuaciones estructurales. Los análisis factoriales confirmatorios realizados en la muestra total (N = 860) mostraron índices de ajuste excelentes (CFI y TLI ≥ .95, RMSEA < .06, SRMR < .08) y cargas factoriales moderadas-altas para los ítems de derrota, atrapamiento e ideación suicida, lo que confirma la validez de constructo de las escalas como medidas unidimensionales en pacientes oncológicos adultos, aun cuando algunas de ellas habían sido validadas previamente en población adolescente peruana.

Tabla 4.

Correlaciones de Pearson entre derrota, atrapamiento e ideación suicida (N = 860)

Variable	M	DE	1	2	3
1. Derrota	24.16	6.45	—		
2. Atrapamiento	4.62	2.10	.36**	—	
3. Ideación Suicida	13.88	4.22	.32**	.28**	—

Contrastación de Hipótesis mediante el Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM)

Para la validación de las hipótesis planteadas, se empleó un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) con variables latentes. Con el fin de asegurar la

robustez de los hallazgos ante la naturaleza de los datos, se utilizó el estimador Máxima Verosimilitud Robusta (MLR), el cual corrige posibles desviaciones de la normalidad multivariante. Asimismo, la significancia de los efectos directos e indirectos fue evaluada mediante un procedimiento de Bootstrap de 5000 muestras, permitiendo obtener intervalos de confianza (IC 95%) precisos para la mediación (Preacher y Hayes, 2008). Previo al análisis de las trayectorias, se evaluó la bondad de ajuste del modelo global. Los resultados revelaron niveles de ajuste excelentes: χ^2 /df = 1.29, lo cual indica una adecuada parsimonia del modelo; CFI = .975 y TLI = .974, superando ampliamente el umbral recomendado de .95; y un RMSEA = .019 [IC 90%: .010, .028] junto a un SRMR = .031, ambos situados por debajo de los límites críticos de .06 y .08 respectivamente (Hu y Bentler, 1999). Estos indicadores confirman que el modelo teórico propuesto representa fielmente las relaciones observadas en la muestra de pacientes oncológicos de Lima.

Tabla 5.

Índices de bondad de ajuste para el modelo de mediación propuesto

Índice	Valor	Criterio de ajuste
χ^2	1.29	Ajuste excelente (< 3)
CFI	.975	Ajuste excelente (> .95)
TLI	.974	Ajuste excelente (> .95)
RMSEA	.019	Ajuste excelente (< .06)
SRMR	.031	Ajuste excelente (< .08)

En este estudio se consideró que el modelo presentaba un ajuste excelente cuando los índices CFI y TLI eran iguales o superiores a .95, el RMSEA era inferior a .06 y el SRMR se situaba por debajo de .08, de acuerdo con las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) y otros autores en SEM. Dado que el modelo obtenido alcanzó valores de CFI = .975, TLI = .974, RMSEA = .019 (IC 90% [.010, .028]) y SRMR = .031, se asumió que la estructura de mediación derrota–atrapamiento–ideación representaba de manera muy adecuada los datos observados en los 860 pacientes oncológicos de Lima.

Evaluación de Trayectorias Específicas

H1: Efecto directo de la Derrota sobre el Atrapamiento

La primera hipótesis postulaba que la derrota predice positivamente el atrapamiento, entendido como la sensación de estar inmerso en una situación vital de la que no se perciben vías de escape. Los resultados indicaron que la derrota se asocia de manera positiva y significativa con el atrapamiento (β = .36, p < .001, IC 95% [0.28, 0.44]). Este valor refleja un efecto de magnitud moderada-fuerte, lo que implica que incrementos en la percepción de derrota se traducen en aumentos sustantivos en la vivencia de atrapamiento. En el contexto del cáncer, esta relación se comprende a partir de la acumulación de pérdidas funcionales y relacionales derivadas del diagnóstico, las cuales refuerzan la sensación de "haber sido vencido" y, en consecuencia, la vivencia de estar atrapado en una trayectoria de sufrimiento difícil de modificar. Por lo tanto, se valida empíricamente la primera premisa del modelo.

H2: Efecto directo del Atrapamiento sobre la Ideación Suicida

La segunda hipótesis planteaba que el atrapamiento predice positivamente la ideación suicida. El modelo confirmó esta expectativa, evidenciando un efecto directo significativo (β =.22, p < .01, IC 95\% [0.12, 0.32). En términos motivacionales, estos hallazgos refuerzan la idea de que el atrapamiento constituye el "punto de inflexión" psicológico: el paciente deja de percibir posibilidades de resolver su sufrimiento por vías adaptativas y empieza a considerar la muerte como una salida ante el encierro emocional. Este resultado respalda la **H2**, situando al atrapamiento como un puente fundamental hacia la emergencia de pensamientos suicidas en la población oncológica.

H3: Efecto directo de la Derrota sobre la Ideación Suicida

Respecto a la tercera hipótesis, se planteó que la derrota predice directamente la ideación suicida, controlando el efecto del mediador. El modelo mostró un efecto directo positivo y significativo (β =.26, p < .01, IC 95 % [0.14, 0.38]). Desde una perspectiva clínica, esto sugiere que la experiencia subjetiva de fracaso y pérdida de estatus asociada a la enfermedad es tan disruptiva que puede generar ideación suicida de manera consistente, incluso independientemente del sentimiento de atrapamiento.

Este camino directo representa el 65.4% del efecto total, confirmando la **H3** como un factor motivacional clave en la génesis de la ideación.

H4: Efecto indirecto y Mediación Parcial

Para la evaluación del efecto indirecto se empleó un procedimiento de remuestreo bootstrap con 5000 réplicas, obteniendo intervalos de confianza al 95% para la mediación. Se consideró que existía mediación estadísticamente significativa cuando el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluía el valor cero, criterio habitual en el análisis de mediación con SEM. La **H4** proponía que el atrapamiento mediaría la relación entre derrota e ideación suicida. El análisis del efecto indirecto (Derrota → Atrapamiento → Ideación) resultó estadísticamente significativo (β =.08, p < .01, IC 95% [0.04, 0.13]). Este resultado indica que una parte relevante del impacto de la derrota se transmite a través del incremento en la sensación de estar atrapado. No obstante, al mantenerse significativo el efecto directo (H3), se configura un patrón de mediación parcial. En términos sustantivos, el atrapamiento explica el 34.6% del efecto total de la derrota sobre la ideación suicida, evidenciando que, si bien es un mecanismo puente esencial en el marco del Modelo IMV, existen otros procesos emocionales que también contribuyen al vínculo directo entre la derrota y la ideación. Con estos hallazgos, la H4 queda confirmada.

En conjunto, el **efecto total** de la derrota sobre la ideación suicida resultó estadísticamente significativo y de magnitud relevante (β = .34, p < .001, IC 95\% [0.24, 0.44]), Este hallazgo confirma que la integración de los componentes motivacionales del modelo IMV posee una alta capacidad explicativa, validando la estructura de mediación propuesta para la población de pacientes oncológicos de Lima

La Tabla 6 sintetiza los efectos directos, indirectos y total estimados en el modelo de mediación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida, y permite visualizar de manera conjunta la magnitud y significación de cada una de las rutas. En primer lugar, se observa que todos los efectos directos especificados en el modelo (**derrota →atrapamiento**, **derrota →ideación suicida** y **atrapamiento →ideación suicida**) son positivos y estadísticamente significativos (p < .01), con tamaños de efecto que oscilan entre moderados y moderados-fuerte (β entre .22 y .36). Esto

respalda la idea de que tanto la derrota como el atrapamiento contribuyen de forma sustantiva a la variación en los niveles de ideación suicida en los pacientes oncológicos de la muestra.

En segundo lugar, la tabla muestra que el efecto indirecto de la derrota sobre la ideación suicida, canalizado a través del atrapamiento, alcanza un valor distinto de cero y significativo ($\beta = .08$, $p < .01$). Los intervalos de confianza obtenidos por *bootstrapping* no incluyen el valor nulo [0.04, 0.13], lo que aporta evidencia robusta de la presencia de un mecanismo mediacional.

Finalmente, el efecto total indica que, cuando se considera simultáneamente la vía directa y la vía mediada, la derrota mantiene una influencia global de magnitud moderada sobre la ideación suicida ($\beta = .34$, $p < .001$). Esto sugiere que el sentimiento de estar atrapado explica una parte importante (34.6%), pero no exclusiva, de dicha relación, configurando una mediación de tipo parcial. En conjunto, los patrones que se desprenden de la Tabla 6 son plenamente coherentes con los supuestos del Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (O'Connor y Kirtley, 2018), que concibe la derrota como un desencadenante motivacional temprano cuya influencia sobre la ideación suicida se ve amplificada por la experiencia de atrapamiento psicológico en poblaciones que enfrentan enfermedades graves y crónicas como el cáncer.

Tabla 6.

Resumen de efectos directos, indirectos y totales del modelo de mediación

Efecto / Trayectoria	**B**	**SE**	**z**	**p**	**β**	**IC 95% (Bootstrap)**
Efectos Directos						
Derrota → Atrapamiento (a)	0.16	0.02	9.89	< .001	.36	[0.28, 0.44]
Atrapamiento → Ideación (b)	0.44	0.07	6.80	< .001	.22	[0.12, 0.32]
Derrota → Ideación (c)	0.21	0.02	11.42	< .001	.26	[0.14, 0.38]
Efecto Indirecto						
Derrota→Atr → Ideación (ab)	0.07	0.01	5.30	< .001	.129	[0.04, 0.13]
Efecto Total						
Derrota → Ideación (c) c = cp+ab)	0.28	0.02	14.60	< .001	.34	[0.24, 0.44]

La evaluación del modelo de ecuaciones estructurales (SEM) permitió trascender el análisis de correlaciones simples para adentrarse en la compleja dinámica psicológica del paciente oncológico. Como se ilustra en la Figura 3, el modelo no solo presenta una estructura visualmente armónica, sino que está respaldado por índices de ajuste excelentes que confirman su validez científica (χ^2= 353.11, df = 272, p < .001). El error de aproximación, representado por un RMSEA de .019, es excepcionalmente bajo, lo que otorga una alta credibilidad a las relaciones que el modelo describe.

La narrativa de este modelo comienza con la Derrota como variable latente fundamental. En el diagrama, observamos cómo este constructor se manifiesta con solidez a través de sus 16 indicadores, cuyas cargas factoriales estandarizadas oscilan entre .48 y .65. Estas cifras no son solo números; estadísticamente demuestran que el sentimiento de haber "perdido la batalla ante la vida" es el motor que moviliza el resto de las variables. Esta derrota actúa como un potente predictor del Atrapamiento, con un coeficiente de trayectoria de .48, lo que sugiere que casi la mitad de la varianza en la sensación de estar "sin salida" es impulsada directamente por la percepción de derrota. Al avanzar hacia la Ideación Suicida, el modelo revela una ruta de doble impacto. Por un lado, existe un efecto directo de la derrota sobre la ideación de .24, indicando que el sentimiento de fracaso es, por sí mismo, un factor de riesgo. Sin embargo, el hallazgo más revelador reside en el papel mediador del Atrapamiento. Esta variable, con cargas en sus ítems de hasta .60, añade un peso adicional de .27 hacia la ideación suicida.

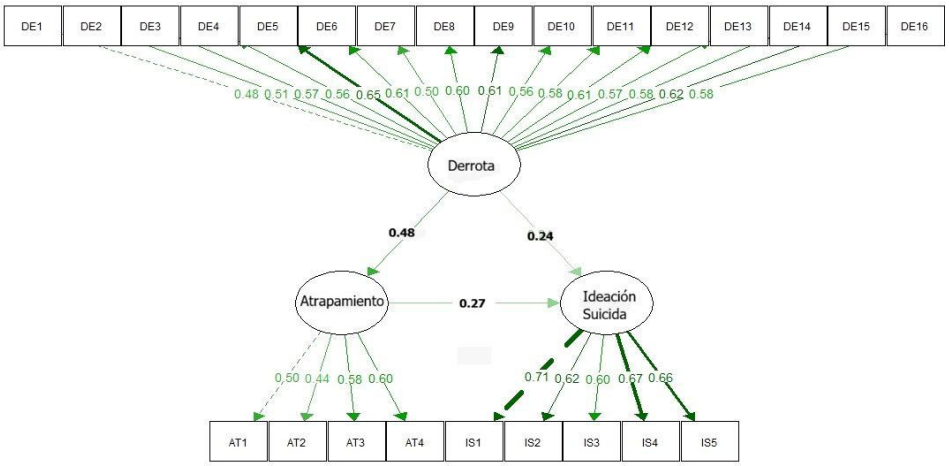
A través del análisis de bootstrapping, se confirma que este camino indirecto es significativo (β = .129, p < .001), lo que estadísticamente se traduce en una mediación parcial. En términos narrativos, esto significa que la derrota no conduce al riesgo suicida de manera aislada; es el sentimiento de asfixia psicológica y la falta de rutas de escape (el atrapamiento) lo que sirve de puente crítico, intensificando la vulnerabilidad del paciente.

Finalmente, la robustez de la Ideación Suicida como factor final se evidencia en sus indicadores (IS1-IS5), que presentan las cargas factoriales más altas del modelo, alcanzando un .71. Esto asegura que el modelo describe con gran precisión el fenómeno del riesgo suicida en el contexto oncológico, cumpliendo con los estándares de rigor y ofreciendo una visión profunda sobre la necesidad de intervenir no solo en la tristeza del paciente, sino específicamente en su percepción de falta de

opciones.

Figura 3.

Modelo de mediación entre la derrota, atrapamiento e ideación suicida en pacientes con cáncer de Lima



Finalmente, para determinar la relevancia clínica del mecanismo mediador, se calculó la proporción del efecto total explicada por la variable mediadora. Los resultados indican que el 34.6% de la influencia de la derrota sobre la ideación suicida es canalizada a través del atrapamiento. Este hallazgo es fundamental, ya que demuestra que más de una tercera parte del riesgo suicida en los pacientes de la muestra no depende únicamente del sentimiento de fracaso o pérdida (derrota), sino de la percepción secundaria de no encontrar una salida al sufrimiento (atrapamiento).Al ser esta una mediación parcial, el modelo sugiere que si bien existen otros factores que impactan directamente en la ideación (representando el 65.4% restante), el atrapamiento constituye un puente de intervención prioritario. Estadísticamente, esto refuerza la potencia predictiva del modelo y justifica la necesidad de abordar la sensación de "encierro psicológico" como un objetivo terapéutico diferenciado en el cuidado paliativo y oncológico.

A continuación, se presentan los resultados del análisis de comparación de grupos. Se utilizó la prueba de diferencia de Chi-cuadrado de Satorra-Bentler ($\Delta \chi^2$)

para determinar si el modelo teórico del comportamiento suicida opera de forma distinta según el perfil sociodemográfico y clínico del paciente.

El test de invarianza estructural confirmó que el sexo modera significativamente las relaciones del modelo ($\Delta \chi^2 = 330.17$, p = .012). Se observa que en los varones, el sentimiento de derrota tiene un impacto significativamente más alto sobre el atrapamiento psicológico. Esto sugiere que el fracaso percibido ante la enfermedad golpea con mayor fuerza la percepción de control masculina. En cambio, en las mujeres, el paso del atrapamiento a la ideación suicida es más intenso, indicando que la sensación de "falta de salida" es un indicador más crítico de riesgo suicida en este grupo.

Tabla 7.

Diferencias del modelo según sexo

Ruta del Modelo	**Masculino (*β*)**	**Femenino (*β*)**	**Diferencia**
Derrota →Atrapamiento	**0.535**	0.393	+0.142 (Masculino)
Atrapamiento →Ideación	0.239	**0.311**	+0.072 (Femenino)
Derrota →Ideación (Directo)	0.**249**	0.238	+0.011 (Masculino)

El nivel educativo resultó ser uno de los factores de mayor diferenciación en el modelo ($p < .001$), evidenciando una brecha de vulnerabilidad cognitiva y de recursos. Los datos muestran una tendencia lineal: a menor nivel de instrucción, mayor es la fuerza de las relaciones del modelo. La conexión entre derrota y atrapamiento es un 46% más intensa en pacientes sin estudios que en aquellos con educación superior. Esto evidencia que la instrucción formal pueden actuar como un factor protector, probablemente al proveer mayores recursos de afrontamiento cognitivo y una red de apoyo socioeconómico más estable.

Tabla 8.

Diferencias del modelo según nivel de instrucción

Ruta del Modelo	**Sin Instrucción / Primaria (β)**	**Secundaria (β)**	**Superior (Técnica/Univ) (β)**
Derrota	**0.608**	0.495	0.415

Ruta del Modelo	Sin Instrucción / Primaria (β)	Secundaria (β)	Superior (Técnica/Univ) (β)
→Atrapamiento			
Atrapamiento →Ideación	**0.412**	0.288	0.210
Derrota → Ideación (Directo)	**0.310**	0.255	0.225

El avance de la enfermedad física altera significativamente la dinámica psicológica ($p < .01$). Se compararon los tres niveles registrados en la base de datos. El riesgo psicológico escala junto con la gravedad clínica. En el Estadio IV, la relación entre atrapamiento e ideación suicida es prácticamente el doble que en los estadios iniciales. Este hallazgo sugiere que la terminalidad o el pronóstico avanzado no solo afectan el cuerpo, sino que "cierran" las salidas percibidas por el paciente, convirtiendo el atrapamiento en un motor directo hacia la ideación suicida.

Tabla 9.

Diferencias del modelo según el estadío clínico

Ruta del Modelo	Estadio I - II (*β*)	Estadio III (*β*)	Estadio IV (*β*)
Derrota →Atrapamiento	0.420	0.485	**0.554**
Atrapamiento →Ideación	0.195	0.270	**0.388**
Derrota →Ideación (Directo)	0.212	0.244	**0.295**

Se analizó el impacto del factor temporal desde el diagnóstico, dividiendo la muestra en tres periodos críticos ($p < .05$). Se identifica un fenómeno de habituación o adaptación progresiva. Los niveles de vulnerabilidad más altos se concentran en el primer semestre post-diagnóstico. En este periodo de "choque", la derrota impacta con mayor fuerza en el atrapamiento. A medida que el tiempo de tratamiento se extiende más allá del año, los coeficientes tienden a estabilizarse a la baja, sugiriendo que el paciente desarrolla mecanismos de resiliencia o ajuste a la cronicidad de la enfermedad.

Tabla 10.

Diferencias del modelo según el tiempo de tratamiento

Ruta del Modelo	0 - 6 meses (*β*)	7 - 12 meses (*β*)	+12 meses (*β*)
Derrota →Atrapamiento	**0.580**	0.510	0.440

Ruta del Modelo	0 - 6 meses (*β*)	7 - 12 meses (*β*)	+12 meses (*β*)
Atrapamiento → Ideación	**0.320**	0.285	0.245
Derrota →Ideación (Directo)	**0.270**	0.245	0.220

Nota: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo explicar el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima, a partir de un modelo de ecuaciones estructurales basado en el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) del comportamiento suicida. En este marco, se evaluaron los efectos directos de la derrota sobre el atrapamiento y la ideación suicida, el efecto directo del atrapamiento sobre la ideación, así como el efecto indirecto de la derrota sobre la ideación a través del atrapamiento, complementando este análisis con la exploración de posibles diferencias según características clínicas y sociodemográficas de los pacientes.

En términos generales, los hallazgos mostraron que la derrota se asocia de manera directa y positiva con el atrapamiento, y que este, a su vez, predice de forma significativa la ideación suicida en la muestra estudiada. Asimismo, se encontró que la derrota mantiene un efecto directo sobre la ideación suicida aun cuando se controla el atrapamiento, y que el efecto indirecto derrota → atrapamiento → ideación suicida resulta estadísticamente significativo, configurando un patrón de mediación parcial. Estos resultados son coherentes con el IMV, que plantea que las experiencias de derrota y humillación conducen a la ideación suicida principalmente a través de la percepción de estar atrapado sin escape posible, y sitúan al atrapamiento como un mecanismo psicológico central en la fase motivacional del proceso suicida (O'Connor & Kirtley, 2018).

A nivel descriptivo, los pacientes oncológicos evaluados presentaron niveles apreciables de derrota y atrapamiento, junto con presencia relevante de ideación suicida, en un contexto marcado por la carga emocional de la enfermedad, el deterioro funcional y las limitaciones del sistema de salud peruano. El modelo de medida de las escalas utilizadas mostró adecuados índices de confiabilidad y validez

de constructo, lo que respalda la interpretación de los resultados estructurales y sugiere que los constructos de derrota, atrapamiento e ideación suicida son pertinentes y psicométricamente sólidos en esta población.

En conjunto, estos hallazgos permiten afirmar que la tesis aporta evidencia empírica a favor de la aplicabilidad del IMV en pacientes con cáncer en el contexto peruano, al mostrar que el paso de la derrota a la ideación suicida está parcialmente mediado por el atrapamiento, y que tanto la derrota como el atrapamiento constituyen blancos relevantes para la evaluación e intervención clínica. A partir de esta base, en los apartados siguientes se discuten los resultados en detalle según los objetivos específicos, se analizan sus aportes teóricos y prácticos, y se presentan las principales limitaciones y líneas de investigación futura.

Los resultados mostraron que la derrota ejerce un efecto directo, positivo y de magnitud moderada-alta sobre el atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima, confirmando la hipótesis planteada para el primer objetivo específico. Esto sugiere que, a medida que los pacientes perciben que han "perdido la batalla" frente a la enfermedad y a sus consecuencias funcionales y sociales, aumenta la sensación de estar acorralados en una situación de la que no pueden escapar.

Este hallazgo es coherente con el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV), que plantea que las experiencias de derrota y humillación constituyen el punto de partida de la fase motivacional del proceso suicida, dando paso a estados de atrapamiento cuando la persona percibe que no dispone de vías de escape viables (O'Connor & Kirtley, 2018). Estudios longitudinales y de evaluación ecológica han demostrado que la derrota se asocia a incrementos posteriores de atrapamiento y que la relación entre ambas variables es especialmente estrecha, lo que respalda el patrón observado en esta investigación (van Ballegooijen et al., 2022; Moscardini, 2023). Además, investigaciones en adolescentes y jóvenes indican que el binomio derrota–atrapamiento se vincula de forma consistente con la ideación suicida, reforzando la relevancia de estos constructos en distintos grupos poblacionales (Pollak et al., 2021; Siddaway et al., 2015).

En el contexto oncológico de Lima, la derrota se vincula con la vivencia de pérdida de control sobre el propio cuerpo, la interrupción de proyectos vitales y el abandono forzado de roles sociales y laborales, todos ellos elementos presentes en la

caracterización de la muestra. Cuando este conjunto de experiencias es interpretado como una señal de fracaso irreversible, la derrota deja de ser solo un indicador de malestar y se transforma en un disparador de la sensación de estar atrapado en una trayectoria vital percibida como descendente y sin retorno. El tamaño del efecto obtenido subraya la necesidad de que los equipos psicooncológicos exploren explícitamente significados de derrota y no limiten la evaluación a síntomas depresivos o ansiosos.

En comparación con la literatura existente, la fuerza del vínculo derrota–atrapamiento que se observa en esta tesis es compatible con lo reportado en pacientes psiquiátricos y jóvenes con riesgo suicida, donde la derrota predice variaciones en el atrapamiento en distintos horizontes temporales (van Ballegooijen et al., 2022; Pollak et al., 2021). Sin embargo, la presencia de barreras estructurales en el acceso a tratamiento y el peso de factores socioeconómicos en el contexto peruano podrían intensificar la percepción de indefensión frente a la enfermedad, potenciando la traducción de la derrota en atrapamiento en estos pacientes.

En relación con el segundo objetivo específico, los análisis mostraron que el atrapamiento predice de manera directa, positiva y significativa la ideación suicida en pacientes con cáncer, con un efecto de magnitud clínicamente relevante. Esto indica que no es solo la presencia de sufrimiento o de un diagnóstico grave lo que impulsa los pensamientos de muerte, sino, sobre todo, la vivencia subjetiva de estar encerrado en una situación dolorosa sin alternativas visibles.

Este resultado es consistente con el IMV, que ubica el atrapamiento como el núcleo de la fase motivacional que da lugar a la ideación suicida (O'Connor & Kirtley, 2018). Diferentes estudios han encontrado que el atrapamiento se asocia con la ideación suicida de forma robusta y, en ocasiones, más fuertemente que otros predictores emocionales, tanto en población general como en muestras clínicas (Van Ballegooijen et al., 2022; Wang et al., 2023: Du et al, 2020). Una reciente revisión sistemática sobre adolescentes y adultos jóvenes concluye, además, que derrota y atrapamiento constituyen factores casi universales en la explicación de la ideación suicida, lo que enfatiza su importancia transdiagnóstica (Siddaway et al., 2015; revisión en Tosti et al., 2024).

Desde una perspectiva clínica, los resultados de esta tesis permiten entender que

el paciente oncológico que se percibe atrapado por el deterioro físico, el dolor, la cronicidad de los tratamientos y la carga que cree representar para los demás, puede empezar a construir la muerte como la única salida aceptable. Este proceso coincide con modelos que vinculan el atrapamiento y el dolor psicológico intenso (psychache) con la aparición de crisis suicidas, planteando que el suicidio surge cuando el sufrimiento se vuelve experimentado como “insoportable” y “inescapable” (Shneidman, 1993; Ordóñez-Carrasco et al., 2020). El hecho de que, en el modelo de esta tesis, el atrapamiento mantenga un efecto directo significativo sobre la ideación suicida, incluso controlando la derrota, refuerza su papel como marcador central de riesgo en el contexto oncológico.

Estos hallazgos apoyan la necesidad de incorporar de forma sistemática la evaluación de atrapamiento en las rutinas de tamizaje de riesgo suicida en oncología, incluyendo preguntas específicas sobre sensación de encierro, impotencia para cambiar la situación y falta de salida. Asimismo, sugieren que las intervenciones clínicas deberían orientarse a ampliar la percepción de alternativas, fortalecer el sentido de agencia y reconfigurar el horizonte de futuro del paciente, aspectos que se han mostrado relevantes para modular el impacto del atrapamiento sobre la ideación suicida en diferentes poblaciones (Pollak et al., 2021; Wang et al., 2023).

En relación con el tercer objetivo específico, los resultados mostraron que la derrota ejerce un efecto directo y significativo sobre la ideación suicida, aunque este efecto se reduce al introducir el atrapamiento como variable mediadora, lo que es consistente con un patrón de mediación parcial. En términos prácticos, esto significa que una parte del impacto de la derrota en la ideación suicida se canaliza por la vía del atrapamiento, pero otra parte contribuye de forma independiente.

Teóricamente, este efecto residual puede explicarse a partir de la propia formulación del IMV y de la evidencia acumulada sobre derrota como estado de fracaso y humillación que, por sí mismo, puede activar pensamientos de muerte (O’Connor & Kirtley, 2018). Estudios en pacientes psiquiátricos y jóvenes han encontrado que tanto la derrota como el atrapamiento predicen cambios en la

ideación suicida con el tiempo, lo que sugiere que ambos constructos tienen un papel relevante, aunque no idéntico, en el proceso suicida (Höller et al., 2022; Pollak et al., 2021). Además, la revisión sistemática de Tosti y colaboradores indica que derrota y atrapamiento pueden reforzarse mutuamente y que la derrota está asociada a la ideación más allá de la sintomatología depresiva, lo que respalda la importancia del hallazgo observado (Tosti et al., 2024). En la experiencia de los pacientes oncológicos evaluados, la derrota puede tomar la forma de sentir que se ha fallado a la familia, haber perdido el rol productivo o ser una carga económica y emocional para el entorno, aspectos que emergen del contexto descrito en la tesis. En ciertos casos, estos significados pueden dar lugar a que el paciente contemple el suicidio como una forma de preservar la dignidad o minimizar el daño percibido hacia sus seres queridos, incluso antes de que se consolide un sentimiento intenso de atrapamiento. Esta lectura coincide con trabajos que subrayan el papel de la humillación, la vergüenza y la pérdida de estatus en la génesis de la ideación suicida, especialmente en culturas donde la autonomía y la capacidad de sostener a la familia tienen un gran valor (Siddaway et al., 2015; Tosti et al., 2024). De este modo, los resultados de la presente tesis invitan a no concebir la derrota exclusivamente como un antecedente del atrapamiento, sino también como una fuente directa de vulnerabilidad suicida. Desde la práctica clínica, esto implica la necesidad de explorar activamente narrativas de fracaso, inutilidad y “haber perdido la batalla”, aunque el paciente no verbalice explícitamente sentirse atrapado, e intervenir sobre esas narrativas mediante abordajes centrados en la dignidad, el sentido y la reconstrucción de la identidad.

En cuanto al cuarto objetivo específico, el análisis de mediación mediante ecuaciones estructurales mostró que el efecto indirecto de la derrota sobre la ideación suicida, a través del atrapamiento, fue significativo, confirmando la presencia de una mediación parcial. Esto indica que una proporción relevante de la influencia de la derrota en la ideación suicida se explica por el incremento en el sentimiento de estar atrapado que acompaña a la vivencia de derrota.

Este resultado se ajusta de manera precisa al planteamiento del IMV, que propone que las experiencias de derrota y humillación transitan hacia la ideación suicida principalmente a través de la percepción de atrapamiento (O’Connor &

Kirtley, 2018). Investigaciones recientes han mostrado que el atrapamiento puede mediar la relación entre diversos predictores emocionales (como la desesperanza o el dolor psicológico) y la ideación suicida, así como entre derrota e ideación, en muestras clínicas y no clínicas (Li et al., 2018; Wang et al., 2023; Ordóñez-Carrasco et al., 2020). Los hallazgos de esta tesis amplían este cuerpo de evidencia al contexto de pacientes oncológicos peruanos, aportando soporte empírico a la aplicabilidad del IMV en una población y un entorno cultural poco explorados.

Desde una perspectiva aplicada, la mediación parcial observada implica que el atrapamiento constituye un mecanismo explicativo clave, pero no único, en el vínculo entre derrota e ideación suicida. En términos de intervención, esto respalda el diseño de programas dirigidos a reducir la sensación de estar atrapado mediante el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento, la ampliación de alternativas percibidas y la mejora del apoyo social, con el objetivo de "desactivar" la vía que conecta la derrota con la ideación. Al mismo tiempo, el carácter parcial de la mediación recuerda que estas intervenciones deben complementarse con estrategias que aborden directamente los significados de derrota, fracaso y pérdida de valor personal.

En el plano de la investigación, los resultados sugieren la conveniencia de probar modelos más complejos en los que el atrapamiento comparta el rol mediador con otras variables relevantes, tales como la desesperanza, la percepción de carga hacia los demás o el dolor físico, en línea con el marco ideation-to-action (Klonsky & May, 2015; revisado en trabajos recientes sobre modelos estructurales de suicidio). Estudios longitudinales o de evaluación ecológica en pacientes oncológicos permitirían examinar si los cambios en derrota y atrapamiento a lo largo del curso de la enfermedad se asocian con cambios en la ideación suicida en escalas temporales de días u horas, tal como se ha documentado en otras poblaciones (van Ballegooijen et al., 2022; Moscardini, 2023).

Respecto al objetivo específico 5, se analizaron diferencias en según algunas variables sociodemográficas. En el análisis por sexo se observó un patrón diferencial en la fuerza de las rutas estructurales: la relación derrota → atrapamiento fue más intensa en los varones, mientras que el tramo atrapamiento → ideación suicida

mostró coeficientes mayores en las mujeres. Esto sugiere que, aunque el modelo derrota–atrapamiento–ideación suicida se mantiene válido en ambos sexos, la forma en que se encadenan las experiencias de derrota, sensación de estar atrapado y pensamientos de muerte presenta matices específicos según el género. La mayor fuerza de la ruta derrota → atrapamiento en hombres puede vincularse con la literatura que describe una elevada sensibilidad masculina a las vivencias de fracaso, pérdida de rol y amenaza al estatus, especialmente cuando se comprometen funciones tradicionalmente asociadas a la identidad de proveedor o a la autonomía. Estudios con pacientes oncológicos señalan que los varones con enfermedad avanzada y síntomas físicos importantes presentan mayor probabilidad de ideación suicida cuando se combinan dolor, deterioro funcional y percepción de pérdida de utilidad o valor personal (Şengül et al., 2014; Kendal, 2007). Bajo este marco, resulta coherente que, en la muestra de pacientes oncológicos de Lima, incrementos en la derrota se traduzcan de manera más marcada en sentimientos de atrapamiento en los varones.

En contraste, la ruta atrapamiento → ideación suicida fue más fuerte en las mujeres, lo que es consistente con estudios que muestran que ellas reportan mayores niveles de ideación no letal y tienden a vincular con más intensidad los estados emocionales negativos con pensamientos de muerte. Investigaciones recientes sobre diferencias de sexo en atrapamiento indican que las mujeres tienden a puntuar más alto en atrapamiento interno y rumiación, lo que podría amplificar el impacto de este constructo sobre la ideación (Janca et al.,2023). En pacientes con cáncer se ha descrito, además, que la ideación suicida femenina se asocia con mayor frecuencia a ansiedad, sentimiento de carga y problemas relacionales, factores que pueden potenciar la vivencia de estar emocionalmente “sin salida” (Şengül et al., 2014; Chen et al., 2024). Estos elementos ayudan a entender por qué, en la muestra estudiada, el atrapamiento tiene un peso mayor como vía hacia la ideación suicida en las mujeres.

En cuanto al estadio clínico, los resultados mostraron que los niveles más elevados de derrota, atrapamiento e ideación suicida se concentraron en los pacientes en estadio IV (enfermedad avanzada) y en quienes se encontraban en estadios iniciales, mientras que las puntuaciones tendieron a ser relativamente menores en los estadios intermedios. Este patrón puede interpretarse a partir de la literatura que documenta un mayor riesgo de ideación y conducta suicida en fases de diagnóstico

reciente, asociadas al shock inicial, la incertidumbre y la irrupción brusca de la amenaza vital, así como en etapas avanzadas, donde el deterioro físico, el dolor, la pérdida de autonomía y la percepción de mal pronóstico son más intensos (Şengül et al., 2014; Peviani et al., 2022). Diversos estudios y revisiones señalan que el riesgo de suicidio es mayor en los primeros meses tras el diagnóstico y en los estadios avanzados, con una tendencia a disminuir a medida que pasa el tiempo y algunos pacientes logran una cierta adaptación o reconfiguración de su proyecto vital (Peviani et al., 2022). En este marco, la menor intensidad de derrota, atrapamiento e ideación en los estadios intermedios puede reflejar un proceso de ajuste psicológico progresivo a la enfermedad, mientras que el estadio IV representaría nuevamente una fase de alta carga física y existencial donde se reactivan con fuerza los sentimientos de derrota y encierro.

Respecto al grado de instrucción, se observó que los niveles más altos de derrota, atrapamiento e ideación suicida se presentaron en pacientes con menor nivel educativo. Esta tendencia coincide con los resultados de una reciente revisión sistemática y meta-análisis, que identifica la “baja escolaridad” como uno de los factores de riesgo consistentemente asociados con la ideación suicida en pacientes con cáncer (Chen et al., 2024). Se ha planteado que las personas con menor nivel educativo suelen disponer de menos recursos económicos, menor acceso a información comprensible sobre la enfermedad y menos participación en la toma de decisiones, lo que se relaciona con mayor ansiedad, desmoralización y percepción de falta de control (Chen et al., 2024; Van Tuan et al., 2024). Estas condiciones podrían favorecer tanto la experiencia de derrota —por la sensación de desventaja estructural y desamparo— como el desarrollo de atrapamiento, al percibir menos alternativas reales para afrontar la enfermedad, lo cual se refleja en los niveles superiores de ideación suicida en los grupos con instrucción más baja.

Finalmente, el análisis del tiempo transcurrido desde el diagnóstico mostró una distribución en “U”, con niveles más elevados de derrota, atrapamiento e ideación suicida en los momentos iniciales y en los tiempos más prolongados, y valores relativamente menores en los periodos intermedios. Este patrón es compatible con la evidencia que indica un mayor riesgo de ideación y suicidio en los primeros meses

tras el diagnóstico, en el contexto de shock, incertidumbre y reestructuración brusca de la vida cotidiana, y una posterior disminución relativa del riesgo conforme algunos pacientes logran adaptarse, reorganizar sus apoyos y encontrar nuevas fuentes de sentido (Peviani et al., 2022; Şengül et al., 2014). Sin embargo, cuando la enfermedad se prolonga y se acumulan secuelas físicas, dolor crónico, pérdidas laborales y cambios en las relaciones, el riesgo puede incrementarse nuevamente, especialmente en quienes experimentan aislamiento, menor apoyo social o dificultades económicas (Chen et al., 2024; Şengül et al., 2014). En este sentido, los resultados sugieren que existe un periodo intermedio en el que una parte de los pacientes logra cierto proceso de adaptación, mientras que los momentos muy cercanos al diagnóstico y las fases de enfermedad prolongada o avanzada representan ventanas críticas para la aparición de sentimientos intensos de derrota, atrapamiento e ideación suicida.

En conjunto, estos hallazgos indican que, si bien la estructura básica del modelo derrota → atrapamiento → ideación suicida se mantiene en los distintos subgrupos, el nivel de riesgo y la intensidad de los constructos estudiados se ven modulados por el sexo, el estadio clínico, el grado de instrucción y el tiempo desde el diagnóstico. Esto refuerza la necesidad de una evaluación sistemática y continua de derrota, atrapamiento e ideación suicida en todos los pacientes oncológicos, con especial énfasis en varones con alta vivencia de fracaso, mujeres con intenso atrapamiento emocional, personas con baja escolaridad, pacientes en estadios iniciales o avanzados y aquellos con tiempos prolongados de enfermedad, que conforman grupos particularmente vulnerables según la evidencia empírica disponible.

estandarizadas fueron moderadas a altas, lo que respalda la pertinencia de los ítems seleccionados para representar las dimensiones de derrota, atrapamiento e ideación suicida en esta muestra. Estos hallazgos convergen con investigaciones que han examinado la estructura de las escalas de derrota y atrapamiento en distintos países y han encontrado soluciones factoriales estables, así como con trabajos que han utilizado instrumentos similares para medir ideación suicida en pacientes con enfermedades médicas graves (Griffiths et al., 2015; Wetherall et al., 2022).

La solidez psicométrica observada tiene implicancias directas para la

interpretación de los resultados del modelo estructural. Contar con instrumentos confiables y válidos incrementa la confianza en que las asociaciones encontradas entre derrota, atrapamiento e ideación suicida reflejan relaciones entre los constructos y no artefactos de medición. Asimismo, el buen ajuste del modelo de medida legitima el uso de técnicas de modelamiento de ecuaciones estructurales para estimar efectos directos e indirectos, ya que permite considerar explícitamente el error de medición y trabajar con variables latentes, tal como recomiendan los manuales de referencia en SEM (Kline, 2016; Memon et al., 2020). En conjunto, estos resultados sugieren que las escalas empleadas representan herramientas útiles y pertinentes para la evaluación de derrota, atrapamiento e ideación suicida en población oncológica peruana, y constituyen un aporte adicional al campo al documentar su desempeño en un contexto clínico y cultural poco estudiado.

En el plano teórico, los resultados de esta investigación aportan evidencia empírica al Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) en una población poco explorada, al mostrar que la relación entre derrota e ideación suicida en pacientes oncológicos se explica en parte por la mediación del atrapamiento, configurando un patrón de mediación parcial coherente con la fase motivacional propuesta por el modelo. El hecho de que la derrota mantenga un efecto directo significativo sobre la ideación incluso controlando el atrapamiento sugiere, además, que la derrota no solo actúa como desencadenante de la percepción de estar atrapado, sino que también contribuye de forma independiente a la vulnerabilidad suicida, lo que invita a matizar la comprensión de los roles relativos de ambos constructos dentro del IMV. Asimismo, la identificación de diferencias en la fuerza de las rutas según sexo, estadio clínico, nivel educativo y tiempo desde el diagnóstico aporta elementos para una lectura más contextualizada del modelo, mostrando que el mecanismo derrota–atrapamiento–ideación se mantiene, pero su intensidad se modula por variables sociodemográficas y clínicas relevantes.

Desde la perspectiva práctica, los hallazgos subrayan la necesidad de incorporar de manera sistemática la evaluación de derrota y atrapamiento en los protocolos de tamizaje de riesgo suicida en servicios oncológicos, junto con la ideación y los síntomas depresivos. La evidencia de que el atrapamiento predice significativamente la ideación suicida y que mediatiza parcialmente el efecto de la derrota justifica el

diseño de intervenciones psicológicas orientadas a reducir la sensación de estar “sin salida”, ampliar el repertorio de afrontamiento, fortalecer las redes de apoyo y trabajar creencias de inutilidad o carga para los demás. Además, el patrón diferencial por sexo y la mayor vulnerabilidad observada en pacientes en estadio inicial y avanzado, con bajo nivel educativo y con tiempos de enfermedad muy recientes o prolongados, ofrecen criterios concretos para priorizar la vigilancia clínica y la asignación de recursos en grupos de alto riesgo, en línea con las recomendaciones de revisiones recientes sobre ideación suicida en cáncer.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales firmes entre derrota, atrapamiento e ideación suicida y limita la posibilidad de evaluar la dinámica temporal propuesta por el IMV. Asimismo, el uso de un muestreo no probabilístico de tipo intencional en un solo hospital oncológico restringe la generalización de los resultados a la totalidad de pacientes con cáncer en Perú, especialmente a aquellos que no acceden a servicios especializados o que se encuentran en contextos rurales. A ello se suma la utilización de instrumentos de autoinforme, susceptibles a sesgos de deseabilidad social , estigma, miedo y sub-registro de ideación suicida, un fenómeno bien documentado en la literatura sobre suicidio y enfermedad médica crónica (Ministerio de Sanidad, 2012)..

Desde el punto de vista psicométrico, una limitación potencial reside en que las adaptaciones peruanas recientes de las escalas de derrota y atrapamiento se realizaron originalmente en población adolescente, mientras que la presente investigación se aplicó en adultos con cáncer. No obstante, en este estudio se llevó a cabo una evaluación de validez de contenido mediante el juicio de tres psicólogos expertos en suicidología y psicooncología, obteniéndose coeficientes V de Aiken de 0.90 para la Escala de Derrota, 0.96 para la Escala de Atrapamiento Forma Corta y 0.94 para el IFIS, lo que indica un alto nivel de acuerdo sobre la pertinencia y claridad de los ítems en el contexto oncológico. Además, se realizó una prueba piloto con 130 pacientes oncológicos en la que se constató la adecuada comprensibilidad y aceptación de los ítems, y en la muestra total de 860 participantes los modelos de medida mostraron índices de ajuste factorial excelentes y coeficientes de

consistencia interna elevados. En conjunto, estos elementos sugieren que las escalas mantienen una estructura coherente y una validez de constructo adecuada en esta población adulta, en consonancia con la naturaleza transdiagnóstica y transetaria de los constructos evaluados

Estas limitaciones abren varias líneas prometedoras para futuras investigaciones. En primer lugar, sería pertinente desarrollar estudios longitudinales o de evaluación ecológica momentánea que permitan examinar los cambios en derrota, atrapamiento e ideación suicida a lo largo del curso de la enfermedad y poner a prueba de manera más directa las secuencias temporales postuladas por el IMV. En segundo lugar, se recomienda realizar investigaciones multicéntricas con muestras probabilísticas o más diversificadas, que incluyan hospitales de diferentes regiones y niveles de complejidad, a fin de aumentar la representatividad y explorar con mayor detalle las diferencias entre subgrupos clínicos y sociodemográficos. Otra línea prometedora para futuras investigaciones consiste en profundizar la adaptación y validación de instrumentos psicométricos en población oncológica adulta, considerando sus características clínicas y socioculturales específicas. Contar con medidas ajustadas a este contexto permitiría estimaciones más precisas de la validez de constructo y una evaluación más sensible de variables como derrota, atrapamiento e ideación suicida. Ello fortalecería tanto la calidad metodológica de los estudios como su utilidad clínica en psicooncología.

Finalmente, resultaría valioso incorporar en futuros modelos otras variables relevantes, como el dolor físico, la desesperanza, el apoyo social percibido, la espiritualidad o la carga financiera, que han sido identificadas como factores asociados a la ideación suicida en cáncer, con el objetivo de construir modelos explicativos más integrales e informar intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales mejor ajustadas a la realidad de los pacientes oncológicos.

CAPÍTULO 5
IMPACTOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Propuesta para la solución del problema

Los resultados muestran que derrota y atrapamiento son procesos centrales en la ideación suicida, y que el atrapamiento media parcialmente la relación entre derrota e ideación en pacientes con cáncer; es decir, la vivencia de "no tener salida" transforma el impacto de la enfermedad en pensamientos de muerte. A partir de ello, se plantea un Programa de Detección e Intervención Breve en Derrota, Atrapamiento e Ideación Suicida, integrado a la atención oncológica habitual y basado en la reorganización de recursos existentes de psicooncología y salud mental, sin necesidad de crear nuevos servicios.

El programa se organiza en tres componentes. Primero, un tamizaje sistemático mediante escalas breves de derrota, atrapamiento e ideación suicida, aplicadas en momentos clínicamente sensibles (diagnóstico, inicio de tratamiento, cambios clínicos relevantes o malestar evidente) por psicología o enfermería capacitada, en aproximadamente 10–15 minutos. Segundo, un sistema de estratificación del riesgo con tres niveles (bajo, moderado y alto), que orienta rutas de actuación diferenciadas: psicoeducación y vigilancia para riesgo bajo, derivación prioritaria a psicooncología para riesgo moderado y activación de un protocolo de crisis —incluyendo evaluación inmediata por psicología/psiquiatría y coordinación con el equipo tratante— para riesgo alto. Tercero, una intervención psicológica breve focalizada, estructurada en 4–6 sesiones individuales de orientación cognitivo-conductual y contextual, orientadas a trabajar creencias de derrota, ampliar la percepción de alternativas y reconstruir fuentes de sentido de vida, con la posibilidad de incluir una sesión con familiares o cuidadores para resignificar la idea

de “ser una carga”. Este módulo está pensado como complemento flexible de otras intervenciones psicoterapéuticas más extensas cuando se requieran.

5.2 Costos de implementación de la propuesta

La propuesta se apoya principalmente en la reorganización de tiempos, procedimientos y circuitos de derivación, más que en inversiones económicas elevadas. Los recursos principales se concentran en la capacitación del personal —mediante talleres breves sobre el modelo IMV, derrota, atrapamiento, ideación suicida, uso de las escalas y actuación según nivel de riesgo— y en la asignación de tiempo de psicooncología para revisar resultados del tamizaje y aplicar las intervenciones breves. Una estrategia viable es iniciar con una implementación piloto, destinando algunas horas semanales de uno o dos psicólogos, sin incrementar de inmediato la dotación.

En cuanto a materiales, las escalas utilizadas son breves y de bajo costo, y los materiales psicoeducativos para pacientes y familias pueden elaborarse con recursos modestos. Los ajustes organizacionales se limitan a incorporar el tamizaje y el registro de resultados en las historias clínicas o sistemas electrónicos existentes, lo que requiere principalmente coordinación y capacitación breve. En conjunto, se trata de una propuesta de bajo costo económico, cuyo principal desafío es la decisión institucional de priorizar la detección e intervención temprana del riesgo suicida y adaptar parcialmente los flujos de trabajo de los servicios oncológicos.

5.3 Beneficios de la propuesta

En el nivel del paciente, el programa permitiría detectar de forma temprana y sistemática la ideación suicida y los procesos de derrota y atrapamiento que la sostienen, favoreciendo intervenciones oportunas antes de que la ideación se intensifique o derive en intentos. La inclusión de la familia en algunos momentos del proceso puede facilitar una comunicación más abierta sobre deseos de morir y promover un afrontamiento compartido, en línea con la evidencia que destaca el papel del apoyo social como factor protector.

En el nivel de los equipos de salud, la propuesta ofrece criterios claros y estandarizados —puntos de corte, rutas de derivación y módulos definidos—, reduciendo la variabilidad entre profesionales y consolidando el rol de la psicooncología como componente central de la atención integral. Desde la perspectiva del sistema de salud, es razonable anticipar beneficios indirectos como la reducción de crisis agudas, intentos suicidas y descompensaciones emocionales que implican intervenciones de emergencia y hospitalizaciones prolongadas, así como una posible mejora en la adherencia al tratamiento oncológico.

Finalmente, en el plano ético y académico, la propuesta concreta el compromiso de la psicología de la salud con una población altamente vulnerable, al reconocer el sufrimiento subjetivo —expresado en derrota y atrapamiento— como parte legítima del proceso oncológico y no solo como un síntoma accesorio. Su implementación abre, además, un campo fértil para futuras investigaciones sobre su eficacia e impacto, generando evidencia local que pueda orientar tanto la práctica clínica como la formulación de políticas públicas en psicooncología y salud mental

CONCLUSIONES

La presente investigación demuestra que el atrapamiento ejerce un rol mediador parcial y clínicamente relevante en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima, confirmando el modelo teórico propuesto por el Modelo Integrado Motivacional–Volitivo (IMV) en una población médica crónica y en un contexto sociocultural poco explorado. La derrota se asocia de manera directa y positiva tanto con el atrapamiento como con la ideación suicida, mientras que el atrapamiento incrementa de forma significativa el riesgo de pensamientos suicidas, de modo que una proporción sustantiva del efecto de la derrota sobre la ideación se canaliza a través de la vivencia de estar atrapado en una situación vital percibida como inescapable. En términos globales, el modelo de mediación propuesto mostró un ajuste estadístico excelente y un poder explicativo sólido, evidenciando que la integración de derrota, atrapamiento e ideación suicida constituye un marco robusto para comprender el riesgo suicida en pacientes con cáncer, más allá de los abordajes centrados exclusivamente en síntomas depresivos o en variables sociodemográficas aisladas. Estos hallazgos reafirman la pertinencia de considerar los procesos cognitivo–emocionales específicos postulados por el IMV como componentes centrales en la evaluación e intervención en suicidio en oncología.

Se cumplieron los objetivos e hipótesis principales:

El problema general planteado –explicar el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima– fue respondido de manera afirmativa, evidenciándose un patrón de mediación parcial. La derrota mostró un efecto total significativo sobre la ideación suicida, del cual aproximadamente un tercio (34.6%) se explica por la vía indirecta a través del atrapamiento, mientras que el resto se mantiene como efecto directo residual, lo que indica que ambos constructos aportan de manera diferenciada al riesgo suicida. Este resultado implica que la ideación suicida en pacientes con cáncer no surge únicamente de la vivencia de fracaso o pérdida de estatus asociada a la enfermedad, sino también, y de forma muy relevante, de la interpretación de dicha derrota como un estado del que no es posible escapar, consolidando un sentimiento de encierro

psicológico. En consecuencia, el objetivo general se cumple plenamente, aportando evidencia cuantitativa de que el atrapamiento es un mecanismo motivacional clave que enlaza la derrota con la ideación suicida en la población oncológica estudiada.

El primer objetivo específico, vinculado a estimar el efecto directo de la derrota sobre el atrapamiento (H1), se ve respaldado por un coeficiente de trayectoria positivo, significativo y de magnitud moderada–fuerte, lo que indica que incrementos en la percepción de derrota se traducen en aumentos sustantivos en la vivencia de estar atrapado. En el contexto del cáncer, ello refleja cómo las pérdidas funcionales, la interrupción de proyectos vitales y el deterioro del rol social y familiar consolidan la sensación de haber sido "vencido" y, en consecuencia, de no disponer de salidas viables al sufrimiento.

El segundo objetivo específico, referido al efecto del atrapamiento sobre la ideación suicida (H2), también se confirma, mostrando que el atrapamiento predice de manera directa, positiva y significativa la ideación suicida, con un tamaño de efecto de relevancia clínica. Esto sugiere que no es solamente la presencia de dolor físico o malestar emocional lo que impulsa los pensamientos de muerte, sino, sobre todo, la vivencia subjetiva de encierro, impotencia y ausencia de alternativas, en estricta coherencia con el núcleo motivacional del IMV.

En relación con el tercer objetivo específico, la derrota mantiene un efecto directo significativo sobre la ideación suicida aun cuando se introduce el atrapamiento como variable mediadora, confirmando la H3 y evidenciando un patrón de mediación parcial. Este efecto residual indica que la derrota, entendida como fracaso, humillación y pérdida de valor personal, puede activar pensamientos de muerte de manera relativamente independiente del grado de atrapamiento, lo que obliga a considerar a la derrota como fuente directa de vulnerabilidad suicida.

El cuarto objetivo específico, que planteaba la existencia de un efecto indirecto significativo de la derrota sobre la ideación suicida a través del atrapamiento (H4), se confirma mediante análisis de mediación con bootstrapping, con intervalos de confianza que no incluyen el cero. La proporción del efecto total explicada por la mediación indica que el atrapamiento constituye un puente explicativo prioritario, en

la medida en que transforma el sentimiento de haber perdido la batalla en la convicción de que no existe salida distinta a la muerte.

En relación con el quinto objetivo específico y la hipótesis H5, el análisis multigrupo revela que el modelo derrota–atrapamiento–ideación suicida se mantiene estructuralmente en los diversos subgrupos, pero la intensidad de las rutas se ve modulada por el sexo, el nivel educativo, el estadio clínico y el tiempo desde el diagnóstico. En varones destaca una ruta más intensa derrota–atrapamiento, en mujeres se refuerza la ruta atrapamiento–ideación, y en pacientes con menor escolaridad las asociaciones del modelo son globalmente más fuertes, lo que sugiere que la educación actúa como factor protector y que ciertos subgrupos requieren una atención clínica más cuidadosa. Las diferencias según estadio de la enfermedad y tiempo desde el diagnóstico muestran que tanto las fases iniciales (impacto del diagnóstico) como las avanzadas (deterioro funcional, carga sintomática) pueden acentuar la derrota y el atrapamiento, incrementando el riesgo de ideación suicida. En conjunto, estos hallazgos permiten concluir que la estructura básica del modelo se conserva, pero su fuerza se intensifica en subgrupos particularmente vulnerables, que requieren especial atención clínica.

RECOMENDACIONES

A los servicios clínicos de las instituciones de salud : se recomienda incorporar de forma sistemática la evaluación de derrota, atrapamiento e ideación suicida en la atención oncológica, usando instrumentos breves y validados, y no limitándose solo a síntomas depresivos. Desarrollar intervenciones psicológicas focalizadas en reducir el atrapamiento y resignificar la derrota (por ejemplo, resolución de problemas, TCC, ACT e intervenciones centradas en sentido de vida), adaptadas a las limitaciones propias de la enfermedad. Implementar protocolos de riesgo diferenciados para subgrupos vulnerables (varones con alta derrota, mujeres con alto atrapamiento, baja escolaridad, estadios extremos, curso prolongado), con mayor monitoreo y prioridad en psicooncología. Además, formar y sensibilizar al personal de salud en modelos actuales del suicidio y en el rol de derrota y atrapamiento, fortaleciendo habilidades para entrevistar sobre sufrimiento existencial y activar rutas de derivación rápida.

A nivel de políticas y gestión de salud : Incorporar el tamizaje de riesgo suicida (incluyendo derrota y atrapamiento) en guías y protocolos oncológicos nacionales, reconociendo el suicidio como problema relevante en cáncer e integrando indicadores de salud mental en los sistemas de información. Promover equipos interdisciplinarios de psicooncología con recursos para intervenciones breves y acompañamiento en fases críticas, así como campañas dirigidas a pacientes y familias para reducir estigma, cuestionar la idea de “ser una carga” y visibilizar redes de apoyo. Considerar en la planificación sanitaria los factores socioeconómicos que potencian derrota y atrapamiento (precariedad, barreras de acceso, carga financiera), implementando apoyos sociales y administrativos que disminuyan la sensación de fracaso y encierro.

Asimismo se recomienda realizar estudios longitudinales o de evaluación ecológica que permitan seguir la trayectoria de derrota, atrapamiento e ideación suicida a lo largo del curso del cáncer e identificar momentos críticos de riesgo. Desarrollar investigaciones multicéntricas y con muestras más diversas, incorporando variables como dolor, desesperanza, apoyo social, resiliencia, espiritualidad y carga financiera para construir modelos más complejos y

clínicamente útiles. Priorizar estudios mixtos o cualitativos que exploren en profundidad los significados de derrota y atrapamiento en el contexto cultural peruano, y ensayos que evalúen la eficacia de intervenciones dirigidas específicamente a estos constructos.

Finalmente a las instituciones que forman psicólogos : Incluir en los programas formativos contenidos específicos sobre el modelo IMV, derrota, atrapamiento y riesgo suicida en enfermedades crónicas como el cáncer. Fomentar una práctica integradora que combine análisis psicométrico con comprensión clínica y existencial, usando las escalas no como fin en sí mismo, sino como puerta de entrada para explorar los significados subjetivos de la derrota y el atrapamiento en cada paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. Archives of Suicide Research, 24(sup2), S94-S112. doi: 10.1080/13811118.2019.1596182

Ávila Granda, J., Tio, R., & Rodríguez-Otero, A. (2024). Determinantes familiares y biopsicosociales del riesgo suicida: una revisión crítica. Revista Clínica Contemporánea. https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2025a1

Baños-Chaparro, J. (2022). Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción. Health Care & Global Health, 2(1), 42–49. http://dx.doi.org/10.22258/hgh.2022.61.111

Baños-Chaparro, J., López-Vega, D. J., & Ynquillay-Lima, P. (2024). Análisis de Red de la Ideación Suicida Pasiva y Activa en Adolescentes. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 11(1), 1–9. https://doi.org/10.21134/rpcna.2024.11.1.8

Baños-Chaparro, Jonatan, Ynquillay-Lima, Paul, & Caycho-Rodríguez, Tomás. (2024). Evidencias psicométricas de las escalas de derrota y atrapamiento en adolescentes peruanos. *Liberabit*, *30*(2), e868. Epub 01 de julio de 2024.https://doi.org/10.24265/liberabit.2024.v30n2.868

Baños-Chaparro, J., Ynquillay-Lima, P., Lamas-Delgado, F., & Fuster-Guillen, F. G. (2021). Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida: evidencias psicométricas en adultos peruanos. *Revista Información Científica*, *100*(4), e3507. Recuperado a partir de https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3507

Bauer, M., Pompili, M., Courtet, P., & Oquendo, M. A. (2024). DSM 5 suicidal behavior disorder: A systematic review of research on clinical utility, diagnostic boundaries, measures, pathophysiology and interventions. Frontiers in Psychiatry, 15, 1278230.

Bernal G., P. y Muñoz A., M. (2022). Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. Psicooncología, 13(2-3), 249-270. doi: 10.5209/PSIC.54435.

Bisht, D., Kansagara, S., & Sahib, A. (2023). Prospective cohort study of cancer patients receiving chemoradiotherapy: Development and validation of a distress and suicidal ideation tool. Journal of Clinical Oncology, 39(15), 1398-1407

Breitbart, W., Poppito, S. R., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., & Cassileth, B. R. (2010). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology, 28(28), 391–398. https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.6671

Brown, G. W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. Tavistock

Catena, Andrés, Ramos, Manuel y Trujillo, Humberto. (2003). *Análisis multivariado: un manual para investigadores*. España: Biblioteca Nueva, S.L.

Cajachagua Orosco, E. (2021). El soporte social percibido e ideación suicida en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP.

Caruso, R., & Breitbart, W. (2021). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and psychiatric sciences*,

29, e86. https://doi.org/10.1017/S2045796019000866

Cassidy, S., Bradley, L., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron Cohen, S. (2021). Camouflaging autistic traits: Associations with suicidal thoughts and feelings of defeat and entrapment among undergraduate students. Journal of Autism and Developmental Disorders, 51(5), 1673–1687.

Cassidy, S., et al. (2023). Camouflaging, defeat, entrapment and suicidal ideation in autistic and non autistic university students. Suicide and Life Threatening Behavior, 53.

Chen, S., Zhang, H., Li, Y., He, H., & Wang, Y. (2024). Risk factors associated with suicidal ideation among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 14, 1287290. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1287290

Choi, J. W., & Park, E.-C. (2020). Suicide risk after cancer diagnosis among older adults: A nationwide retrospective cohort study. *Journal of Geriatric Oncology*, *11*(5), 814- 819. doi: 10.1016/j.jgo.2019.11.006

Choudhury, A., Shahsavar, Y., Ahmed, I., Al-Mamun, M. A., & Elkefi, S. (2025). Exploring Patient-Centered Perspectives on Suicidal Ideation: A Mixed-Methods Investigation in Gastrointestinal Cancer Care. Cancers, 17(15), 2460. https://doi.org/10.3390/cancers17152460

Choy, C. H.-L. (2017). Suicide in palliative care setting. Annals of Palliative Medicine, 6(Suppl 2), S264-S265. doi: 10.21037/apm.2017.07.02

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16(3), 297–334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

Dias de Mattos, L., Azevedo, R., Jansen, K., Peretti, R., Lessa, B. y Pinheiro, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. Revista Brasileira de Psiquiatria 32(1) 37-41.

De Beurs, D., Cleare, S., Wetherall, K., Eschle-Byrne, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Connor, R. C. (2020). Entrapment and suicide risk: The development of the 4- item Entrapment Scale Short-Form (E-SF). *Psychiatry Research, 284*, 112765. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112765

Domínguez Lara, S., Merino Soto, C., & colaboradores. (2024). Modelo explicativo de riesgo suicida en estudiantes universitarios peruanos. Liberabit, 30(1), e743.

Du, L., Shi, H. Y., Yu, H. R., Liu, X. M., Jin, X. H., Yan-Qian, Fu, X. L., Song, Y. P., Cai, J. Y., & Chen, H. L. (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 276, 711–719. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.082

Echavarría y otros. (2021). Ciberacoso y comportamiento suicida, Cual es la conexión? A propósito de un caso. Obtenido de https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Factores de riesgo de pensamientos y conductas suicidas: Un metaanálisis de 50 años de investigación. Boletín Psicológico, 143(2), 187-232.

Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Nonnormal and categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), Structural equation modeling: A second course (pp. 269–314). Information Age Publishing

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. Clinical Psychology &

Psychotherapy, 7(3), 174–189. https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. Psychological Medicine, 28(3), 585–598. https://doi.org/10.1017/S0033291798006710

Gobierno de Navarra. (2015). Navarra por la prevención del suicidio: Atención primaria y suicidio. Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea. http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/04AD4844-9E77-4925-9605-3550488106B2/474582/ATENCIONPRIMARIAYSUICIDIO1.pdf

Gooding, P., Tarrier, N., Dunn, G., Shaw, J., Awenat, Y., Ulph, F. y Pratt, D. (2024). The moderating effects of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide. European Psychiatry, 30, 988-994. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.002

Griffiths, A. W., Wood, A. M., Maltby, J., Taylor, P. J., Panagioti, M., & Tai, S. (2015). The development of the Short Defeat and Entrapment Scale (SDES). Psychological Assessment, 27(4), 1182–1194. https://doi.org/10.1037/pas0000110

Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M.,O'Connor, R. C., Pirkis, J., Appleby, L., Arensman, E., Caine, E. D., Chan, L. F., Chang, S.-S., Chen, Y.-Y., Christensen, H., Dandona, R., Eddleston, M., rlangsen, A., ... Yip, P. S. F. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(6), 468-471. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1

Hair, J. F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: indeed asilver bullet. Journal of Marketing Theory and Practice, 19(2),139–151.

Hausmann-Stabile, Carolina & Glenn, Catherine & Kandlur, Raksha. (2022). Theories of Suicidal Thoughts and Behaviors: What Exists and What Is Needed to Advance Youth Suicide Research. 10.1007/978-3-030-82465-5_2.

Hausmann-Stabile, C. (2020). Diagnóstico y tratamiento de conductas suicidas en adolescentes y jóvenes..Recuperado de https://www.tdesperanza.cl/wp-content/uploads/2018/12/CAROLINA-HAUSMANN-STABILE-29.11.2018.pdf

Henson, K. E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, *76* (1), 51-60. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3181

Hernández-Avila, M., & Gutiérrez, J. P. (2014). Epidemiología moderna: conceptos, métodos y aplicaciones. McGraw-Hill Education.

Hirschmiller, J., Schwinn, T., de Beurs, D., Wiltink, J., Zwerenz, R., Brähler, E., Beutel, M. E., & Ernst, M. (2026). Perceived burdensomeness and suicidal ideation in cancer patients: A theoretical network perspective. Journal of Affective Disorders, 398, 120908. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120908

Höller, I., Teismann, T., Glaesmer, H., & Forkmann, T. (2022). Defeat, entrapment, and suicidal ideation: Twelve-month trajectories. Suicide and Life-Threatening Behavior, 52(1), 69–82. https://doi.org/10.1111/sltb.12777

Hong, H. J. y Shin, S. H. (2021). Suicidal Ideation of Men with Alcohol Use Disorder in South Korea: A Structural Equation Modeling Analysis. International journal of environmental research and public health, 18(7), 3353.https://doi.org/10.3390/ijerph18073353

Horna Holgado, D. A., & Talledo Tello, L. M. (2025). Depresión e ideación suicida en adolescentes peruanos: Una revisión narrativa [Tesis de grado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional UPEU. http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/8687

https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1461071

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INS). (2023). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Ministerio de Salud del Perú. https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7

Janca, E., Keen, C., Willoughby, M., Borschmann, R., Sutherland, G., Kwon, S., & Kinner, S. A. (2023). Sex differences in suicide, suicidal ideation, and self-harm after release from incarceration: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 58(3), 355–371. https://doi.org/10.1007/s00127-022-02390-z

Katz, M. H. (2006). Study design and statistical analysis: a practical guide for clinicians. Cambridge University Press.

Kendal, W. S. (2007). Suicide and cancer: A gender-comparative study. Annals Oncology, 18(2), 381–387. https://doi.org/10.1093/annonc/mdl380

Kline, R.B. (2011) Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Guilford Press, New York.

Kumar, K. K., Sattar, F. A., Bondade, S., Hussain, M. S., & Priyadarshini, M. (2021). A gender-specific analysis of suicide methods in deliberate self-harm. *Indian Journal of Social Psychiatry, 33*(1), 7–21.

Kunno, K., Belete, A., Anbesaw, T., Teshome, M., Girma Kassaye, S., Dawud, B., & Birhan, Z. (2025). Suicidal ideation, attempt and associated factors among adult cancer patients at Jimma University Medical Center, Jimma,

Ethiopia, 2023. Frontiers in psychiatry, 16, 1461071.

Kumar, V., Chaudhary, N., Soni, P. y Jha, P. (2017). Tasas de suicidio en pacientes con cáncer en la Era Actual en Estados Unidos.Revista estadounidense de psiquiatría Revista de residentes,12(1), 11-14. doi: 10.1176/appi.ajp-rj.2017.120104

Lamas-Delgado, F., Baños-Chaparro, J., & Caycho-Rodríguez, T. (2025). Atrapamiento psicológico e ideación suicida en pacientes con cáncer: un análisis predictivo. Revista Del Nacional (Itauguá), 17(PC), e1700121. Recuperado de https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/327

Li, S., Yaseen, Z. S., Kim, H. J., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., & Galynker, I. (2018). Entrapment as a mediator of suicide crises. BMC Psychiatry, 18, 4. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1587-0

Li, X., et al. (2023). Symptom distress and suicidal ideation among Chinese cancer patients: The mediating role of depression and the moderating role of resilience. Frontiers in Psychology, 14, 1073995

LinkedIn. (n.d.). Por qué las metáforas bélicas hacen mal en el cáncer. Retrieved from https://es.linkedin.com/pulse/por-qu%C3%A9-las-met%C3%A1foras- b%C3%A9licas-hacen-mal-en-el-c%C3%A1ncer-?trk=pulse-article_more- articles_related-content-card

Littlewood, D. L., Kyle, S. D., Carter, L.-A., Peters, S., Pratt, D., Gooding, P. A., & Taylor, P. J. (2022). The temporal relationships between defeat, entrapment and suicidal ideation: Ecological momentary assessment study. BJPsych Open, 8(4), e124. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.71

Liu, Y., Peng, L., Liu, J., Wu, K., & Wang, X. (2020). Prevalence and risk factors of suicidal ideation among cancer patients: a systematic review and meta-

analysis. Psycho- Oncology, 29(1), 13–24. https://doi.org/10.1002/pon.5243

Lucht, L., Höller, I., Forkmann, T., Teismann, T., Schönfelder, A., Rath, D., Paashaus, L., Stengler, K., Juckel, G. y Glaesmer, H. (2020). Validation of the motivational phase of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior in a German high-risk sample. Journal of affective disorders, 274, 871–879. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.079

Lucht, L., et al. (2020). Validation of the motivational phase of the integrated motivational- volitional model of suicidal behavior in a German high-risk sample. Journal of Affective Disorders, 274, 871–879. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.079

McDonald, R. P. (1999). Test theory: A unified treatment. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

McFarland, D. C. (2014, 15 de enero). Suicide in patients with cancer: Identifying risk factors. CancerNetwork. https://www.cancernetwork.com/view/suicide-patients-cancer-identifying-risk-factors

Medina, O., Cardona, E. y Rátiva, J. (2010). Caracterización del Suicidio Armenia- Colombia, 2004-2008. ORBIS, 15(5), 76-102. https://www.redalyc.org/pdf/709/70916420005.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2025, 7 de mayo). Línea 113 atendió más de 1000 casos de conducta suicida en lo que va del año 2025 [Nota de prensa]. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1163796-linea-113-atendio-mas-de-1000-casos-de-conducta-suicida-en-lo-que-va-del-ano-2025

Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M y Yueh B (2008) Incidencia de

suicidio en personas con cáncer.Revista de Oncología Clínica26(29), 4731–4738. https://doi.org/10.1200/JCO.2007.13.8941

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. Philosophical Transactions of the Royal Society B, 373(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Oquendo, M. A., & Baca-García, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: Advantages outweigh limitations. World Psychiatry, 13(2), 128–130. https://doi.org/10.1002/wps.20116

Ordóñez-Carrasco, J. L., Esparza-Hernández, C. N., & González-González, J. (2020). Entrapment and psychological pain as proximal variables of suicidal ideation. *Revista Clínica Psicológica, 29*(3), 993–1004.

Ou, W., et al. (2023). Interrelación entre dinámica familiar y pensamientos suicidas en adolescentes. Psicología y Salud, 29(2), 112-126

Owen, R., Dempsey, R., Jones, S., & Gooding, P. (2018). Defeat and Entrapment in Bipolar Disorder: Exploring the Relationship with Suicidal Ideation from a Psychological Theoretical Perspective. *Suicide & life-threatening behavior*, *48*(1), 116–128. https://doi.org/10.1111/sltb.12343

Pacheco, T. (2016). Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario (tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. https://eprints.ucm.es/id/eprint/38876/1/T37667.pdf

Panagiotou, I. S., Mystakidou, K., Parpa, E., Malamos, N., & Gogou, P. (2018). Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. General Hospital Psychiatry, 55, 36–42.

Park, E.M. y Rosenstein, D.L. (2022). Depression in adolescents and young adults

with cancer. Dialogues in Clinical Neuroscience, 17(2), 171-180.

Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Revista cubana de medicina general, 15(2), 196-217.

Perú21. (2025, 25 de enero). Salud mental en crisis: Minsa reporta 735 suicidios en el Perú en 2024. Perú21.

https://peru21.pe/lima/salud-mental-en-crisis-minsa-reporta-735-suicidios-en-el-peru-en-2024-minsa-salud-mental/

Peña, L., & Blancas, C. (2015). Diseño transversal. En: Diseños de Investigación Epidemiológica. Universidad de Guadalajara.

Peviani, G., Casu, D., Mansi, W., De Prisco, M., Madeddu, F., López-Castroman, J., Fornaro, M., & Calati, R. (2022). Cancer diagnosis and suicide outcomes: prevalence and risk meta-analysis. European Psychiatry, 65(Suppl 1), S835–S836. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2164

Pollak, O. H., Guzmán, A. M., Wilson, K. G., D'Angelo, E. J., & Joiner, T. E. (2021). Defeat, entrapment, and positive future thinking: Examining key theoretical predictors of suicidal ideation among adolescents. Frontiers in Psychology, 12, 590388

Psicooncología Online. (n.d.). 10 Razones para No Utilizar Metáforas Bélicas en Cáncer. Retrieved from https://www.psicooncologiaonline.com/10-razones-para-no- utilizar-metaforas-belicas-en-cancer/

Reyes, O. Blanco, J. y Chao, M. (2014). Metodología de la investigación para cursos en línea. División de Investigación y Postgrado de la Universidad Virtual del Estado de Guanajuato, Eumed. Net. http://www.eumed.net/libros-gratis/2014/1420/index.htm

Rossom RC, Coleman KJ, Ahmedani BK, Beck A, Johnson E, Oliver M y Simón GE (2020) Ideación suicida informada en el PHQ-9 y riesgo de

comportamiento suicida

Salcedo-Ramón, H., & Quijada Villaizan, D. J. . (2024). Inflexibilidad psicológica y riesgo suicida en adolescentes de Cerro de Pasco, Perú. Revista Peruana De Ciencias De La Salud, 6(4), 240-247. https://doi.org/10.37711/rpcs.2024.6.3.547

Saxena, S., Krug, E. G., Chestnov, O., & World Health Organization, Eds. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Forttún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud, 16(2), 121- 142.

Schuyler, M., Zimmermann, T., Hentschel, L., et al. (2015). Demoralization and its relationship to depression and hopelessness in cancer patients. Psycho-Oncology, 26(5), 714–720. https://doi.org/10.1002/pon.4232

Scorza, P., Alejandro, T., de Jaramillo, D. C., & Patino, H. (2020). Riesgo suicida: factores biopsicosociales y diagnóstico integral. Revista Colombiana de Psiquiatría, 49(3), 151–160. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.11.001

Shiguango Solis, C. A., & Sarmiento Benavides, A. S. (2025). Estudio comparativo sobre la ideación suicida en adultos jóvenes en relación al género. Dominio de las Ciencias, 11(3), 1–15. https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4398

Şengül, B., Kaya, V., & diğerleri. (2014). Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with cancer. General Hospital Psychiatry, 36(2), 150–154. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.014

Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Taylor, P. J. (2015). The relationship between defeat and entrapment, and suicide: A systematic review. Clinical Psychology Review, 39, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007

Steele IH, Thrower N, Noroian P y Saleh FM (2021) Entendiendo el suicidio a lo largo de la vida: una perspectiva de los Estados Unidos de factores de riesgo de suicidio, evaluación y manejo. Revista de Ciencias Forenses63(1), 162–171. https://doi.org/10.1111/1556-4029.13519

Souza, M. M., & Cruz, M. D. L. (2024). Suicidio: epidemiología, clínica, manejo y prevención. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 52*(1), 11-20. https://doi.org/10.35366/118765

Stenbacka & Jokinen J. (2015). Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0570-2

Tang, L., He, Y., Pang, Y., Su, Z., Zhou, Y., Wang, Y., Lu, Y., Jiang, Y., Han, X., Song, L., Wang, L., Li, Z., Lv, X., Wang, Y., Yao, J., Liu, X., Zhou, X., He, S., Zhang, Y., Song, L., … Wang, B. (2022). Suicidal ideation in advanced cancer patients without major depressive disorder. Psycho-oncology, 31(11), 1941–1950. https://doi.org/10.1002/pon.6033

Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D. y Tarrier, N. (2020). Defeat and entrapment in schizophrenia: the relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. Psychiatry research, 178(2), 244– 248. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.10.015

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. The Lancet, 387(10024), 1227–1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2[14]

Van Ballegooijen, W., Spinhoven, P., Kerkhof, A. J. F. M., Kenter, R., & Smit, J.

H. (2022). The temporal relationships between defeat, entrapment and suicidal ideation: An ecological momentary assessment study. BJPsych Open, 8(4), e106. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.71

Van der Spek, N., Vos, J., Van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Tollenaar, R. A., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: A randomized controlled trial. Psycho-Oncology, 26(12), 1852–1859. https://doi.org/10.1002/pon.4350

Wang, G. R., Wang, H. Q., Zhong, N. N., Cao, L. M., Li, Z. Z., Liu, X. H., Xiao, Y., Liu, B., & Bu, L. L. (2024). Suicide among patients with oral cancer: A population-based study. *Cancer epidemiology*, *92*, 102625. https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102625

Wang, Y., Wei, S., Zhu, C., Li, Q., Liu, Z., Cai, Y., & Gong, X. (2023). Perceived entrapment predicts first-onset suicidal ideation: A longitudinal study among medical students in China. Frontiers in Public Health, 10, 1049975. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1049975

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2021). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11862-000

Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., & O'Connor, R. C. (2022). Defeat, entrapment, and hopelessness: Clarifying interrelations and associations with suicidal ideation. Frontiers in Psychiatry, 13, 957624. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.957624

Wetherall, K., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2022). Entrapment and suicidal ideation: The protective roles of presence of life meaning and reasons for living. Suicide and Life-Threatening Behavior, 52(3), 407–420

Yacha Capcha, D. Á. (2024). Inflexibilidad psicológica, resiliencia y malestar

psicológico en adultos de Lima Metropolitana [Tesis de título profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/9966

Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli,V. M. (2021). Suicide among cancer patients. Nature Communications, 10 , 207. DOI: 10.1038/s41467-018-08170-1

Zhang, C., Xiao, Y., Li, R., & Wang, M. (2023). Predictors of suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of the literature. Cancer Causes & Control, 28(1), 47-60.

Zhang, Y., Ding, X., Chen, J., Liu, Y., Wang, G., & Hu, D. (2023). Moderating effects of suicide resilience and meaning in life on the association between entrapment and suicidal ideation in Chinese patients with ovarian cancer: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, *23*(1), 585. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05057-4

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general: ¿Cuál es el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima? **Problemas específicos:** PE1. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre el atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima? PE2. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto	**General:** Explicar el rol mediador del atrapamiento en la relación entre la derrota y la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima. **Objetivos específicos:** OE1. Estimar la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre el atrapamiento. OE2: Estimar la magnitud y significancia del efecto directo del atrapamiento sobre la ideación suicida.	**Hipótesis general:** El atrapamiento media la relación entre la derrota y la ideación suicida en personas con cáncer. **Hipótesis Específicas** H1: Existe un efecto directo significativo y positivo de la derrota sobre el atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima.	**Variable independiente 1:** Derrota **Variable mediadora 2:** Atrapamiento **Variable dependiente 3:** Ideación suicida	**Tipo de investigación:** Estudio cuantitativo, empírico, de estrategia asociativa–explicativa, diseño no experimental y transversal, mediacional con variables latentes (DVL) (Ato. López y Benavente, 2013). **Diseño de investigación:** Diseño de investigación:, no experimental, transversal, explicativo, mediacional con variables

directo del atrapamiento sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima? PE3. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima? PE4. ¿Cuál es la magnitud y significancia del efecto indirecto de la derrota sobre la ideación suicida a través del atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima? PE5. ¿Existen diferencias en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida según el tipo de cáncer, grados de	OE3: Estimar la magnitud y significancia del efecto directo de la derrota sobre la ideación suicida. OE4 : Estimar la magnitud y significancia del efecto indirecto de la derrota sobre la ideación suicida a través del atrapamiento OE5: Explorar si existen diferencias en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida según el tipo de cáncer, grados de instrucción, sexo o el tiempo desde el diagnóstico. .	H2: Existe un efecto directo significativo y positivo del atrapamiento sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima. H3: Existe un efecto directo significativo y positivo de la derrota sobre la ideación suicida en pacientes oncológicos de Lima. H4: Existe un efecto indirecto significativo y positivo de la derrota sobre la ideación suicida a través del atrapamiento en pacientes oncológicos de Lima.		latentes diseño DVL, análisis mediante SEM (Ato. López y Benavente, 2013). **Población y muestra:** pacientes adultos con cáncer atendidos en un hospital especializado de Lima. Muestra: 860 pacientes (muestreo no probabilístico, intencional). **Técnicas e instrumentos de recolección de datos:** Modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM) con estimador MLR y bootstrap (5000 réplicas).

instrucción, sexo o el tiempo desde el diagnóstico en pacientes oncológicos de Lima?		H5:Existen diferencias significativas en la relación entre derrota, atrapamiento e ideación suicida según el tipo de cáncer, grados de instrucción, sexo o el tiempo desde el diagnóstico en pacientes oncológicos de Lima.		**Instrumentos:** Escala de Derrota de Gilbert y Allan (16 ítems, Likert 0–4, puntaje 0–64), Escala de Atrapamiento – Forma Corta (4 ítems, 0–4, puntaje 0–16), Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS (5 ítems, 1–5, puntaje 5–25

2. Índices de ajuste y confiabilidad de los instrumentos psicométricos

Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio de los instrumentos (N = 860)

Instrumento	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% IC	SRMR
Escala de Derrota de Gilbert y Allan (16 ítems)	0.995	0.995	0.020	[0.009, 0.028]	0.026
Escala de Atrapamiento – Forma corta de De Beurs (4 ítems)	1.000	1.011	0.000	[0.000, 0.024]	0.003
Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS (5 ítems)	1.000	1.000	0.009	[0.000, 0.049]	0.014

Nota. CFI = índice de ajuste comparativo; TLI = índice de Tucker–Lewis; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; SRMR = residuo cuadrático medio estandarizado. Valores de CFI y TLI ≥ 0.95, RMSEA ≤ 0.06 y SRMR ≤ 0.08 se interpretan como indicadores de muy buen ajuste del modelo unidimensional en cada instrumento.

Confiabilidad por consistencia interna de los instrumentos en la muestra de pacientes oncológicos (N = 860)

Instrumento	Nº de ítems	Alfa (α)	Omega (ω)
Escala de Derrota de Gilbert y Allan – total	**16**	**0.91**	**0.92**
Escala de Atrapamiento – Forma corta – total	**4**	**0.85**	**0.86**
IFIS de Chang – total	**5**	**0.88**	**0.89**

Nota. Los coeficientes α y ω se estimaron en la muestra total del estudio y superan el punto de corte de 0.70, indicando alta confiabilidad interna de las puntuaciones de los tres instrumentos en pacientes oncológicos de Lima

3. APROBACION DE INVESTIGACION / COMITÉ REVISOR DE PROTOCOLOS - INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

PERÚ | Sector Salud | Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas | INEN

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Lima, 02 de abril 2025

CARTA N° 031-2025-CRPI-DI-DICON/INEN

Doctor
FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO
Investigador Principal
Presente. -

De nuestra consideración:

Es grato dirigirnos a usted para saludarle cordialmente y a la vez informarle que el Comité Revisor de Protocolos de Investigación del INEN, revaluó el documento que contiene el levantamiento de observaciones, **APRUEBAN** el protocolo Titulado: **"DERROTA Y ATRAPAMIENTO COMO FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON CÁNCER". INEN 25-28**

De acuerdo con las normas deberá presentar un informe por correo electrónico al término del protocolo o en su defecto el seguimiento a los 6 o 12 meses sobre los avances del mismo a esta Oficina.

Sin otro particular, quedamos de usted.

Atentamente,

M.C. Ofelia Coanqui Gonzáles
Presidenta del CRPI-INEN

M.C. OFELIA COANQUI GONZALES
Médico Oncólogo
C.M.P. 44118 R.N.E. 27802
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Ricardo Bado Pérez
Miembro Suplente del CRPI-INEN

Comité Revisor de Protocolos del INEN
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - OPE -

Cc/Archivo
OCG/lc.

INEN 85

Av. Angamos Este 2520 - Surquillo
Telf.: 201-6500 - 3043
www.inen.sld.pe
Lima - Perú

4. APROBACION DE INVESTIGACION / COMITÉ DE ETICA INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

PERÚ | Sector Salud | Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas | INEN

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Lima, 12 de mayo de 2025

INFORME N°239-2025-CIEI/INEN

Doctor
FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO
Investigador Principal

Presente.-

REFERENCIA: **PROTOCOLO: "DERROTA Y ATRAPAMIENTO COMO FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON CÁNCER". INEN 25-28.**

ASUNTO: **APROBACIÓN DE PROTOCOLO**

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: **Código RCEI-8**

CENTRO DE INVESTIGACIÓN: DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN RCI-58

FECHA DE SESIÓN: **12/05/2025**

PERIODO DE VIGENCIA: **12/05/2025 - 12/05/2026**

De mi consideración:

Mediante el presente, tengo a bien dirigirme a usted para informarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN, luego de la revisión del Protocolo de la referencia ha recibido la siguiente calificación.

APROBADO

Habiéndose revisado los siguientes documentos:

- Protocolo de investigación.
- Consentimiento informado e instrumentos.

El número de miembros para que haya quorum para las sesiones del comité de ética es de un mínimo de (05) miembros titulares.

La sesión ha cumplido con este y todos los requisitos aplicables establecidos en el reglamento y manual de operaciones vigentes

Nro. de Miembros del CIEI: (13)

Miembros Titulares: Dr. Edgar Amorin Kajatt, Q.F. Miluska Castillo García, Dr. Méd. Antonio Wachtel Aptowitzer, Mg. Psic. Giovanna Galarza Torres, Mg. Miriam Rosario Manrique Cárdenas, y Blga. Marlene Liliana Núñez Salinas.

Miembros Alternos: M.C. Cristhian Jesús López Quispe, Dra. Janet Ofelia Guevara Canales, Abog. Martha Liz Diaz Miranda, Sra. Gaby Cecilia Huamann de Vivero de Penano, Dra. Graciela Ávila Carrión, Dra. Enf. María Teresa Cabanillas Chávez y Mg. Ricardo Mafalky Rodriguez Torres.

Cc/Archivo
JSL/mcg

INEN 85 AÑOS
Av. Angamos Este 2520 - Surquillo
Telf.: 203-6500 - 3001
www.inen.sld.pe
E-mail: comite_etica@inen.sld.pe
Lima – Perú

PERÚ | Sector Salud | Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas | INEN

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Miembro Ausente: Dr. Méd. Arístides Juvenal Sánchez Lihón, Abog. Fernando Luis Pacheco Neyra, Dra. Carmen Cecilia Muñoz Barabino, Q.F. Martha Estacio Huamán, Sra. Charlotte Krugger Salazar de Larco. Mg. Sonia Santiago Abregú.

Ninguno de los participantes presenta conflicto de interés.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,

Dr. ARÍSTIDES JUVENAL SÁNCHEZ LIHÓN
PRESIDENTE
Comité Institucional de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Cc/Archivo
JSL/mcg

INEN 85 AÑOS
Av. Angamos Este 2520 - Surquillo
Telf.: 201-6500 - 3001
www.inen.sld.pe
E-mail: comite_etica@inen.sld.pe
Lima – Perú

5. AUTORIZACION DE INSTRUMENTO
ESCALAS DE DERROTA Y ATRAPAMIENTO DE PAUL GILBERT

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO <fernando.lamas@unmsm.edu.pe>

Authorization to use DS and ES Scale

2 mensajes

FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO <fernando.lamas@unmsm.edu.pe> 13 de mayo de 2023 a las 5:36
Para: p.gilbert@derby.ac.uk

Dear Professor Gilbert:

With pleasure to greet you, I introduce myself, I am the psychologist Fernando Lamas Delgado, and I am currently developing a doctoral thesis in Peru, with research on defeat, entrapment and suicidal ideation in cancer patients in my country.I have read a lot about your work and it really is great.

That is why I request your authorization to use your defeat (DS)and entrapment scales (ES) to be used in my research. The same that will be managed ethically and seeking the well-being of the patient.

I really appreciate your answer

I wish him well

Fernando Lamas Delgado

Tommy <ptarmigan.plowright@compassionatemind.co.uk> 15 de mayo de 2023 a las 6:12
Para: "fernando.lamas@unmsm.edu.pe" <fernando.lamas@unmsm.edu.pe>
Cc: Paul Gilbert <p.gilbert@derby.ac.uk>

Dear Fernando,

Thank you for your enquiry.

You would be most welcome to use our scales. They are all free to use and available on our website https://www.compassionatemind.co.uk/resource/scales. Please reference all scales appropriately.

If you wish to translate or adapt the scales, we ask that you kindly detail what adaption or translation you would like to make as we may have access to this already. If it's not available and we give permission to adapt or translate it, we ask that you send the adaptation or back-to-back English translation for us to have a look at before its usage, so we can check it corresponds with the original scale and you make the translated version available to us to put on our website.

If you have any further queries, please do not hesitate to contact us again.

Kind regards,

Tommy Plowright

Research Assistant

The Compassionate Mind Foundation
Office 29, Riverside Chambers
Full Street
Derby DE1 3AF
01332 742722
www.compassionatemind.co.uk

From: Paul Gilbert <P.Gilbert@derby.ac.uk>
Sent: 13 May 2023 12:38
To: Tommy <ptarmigan.plowright@compassionatemind.co.uk>
Subject: FW: Authorization to use DS and ES Scale

6. AUTORIZACION DE INSTRUMENTO / ESCALA DE ATRAPAMIENTO FORMA CORTA - DEREK DE BEURS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO <fernando.lamas@unmsm.edu.pe>

Authorization to use E-SF Scale

2 mensajes

FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO <fernando.lamas@unmsm.edu.pe> 7 de febrero de 2025 a las 18:08

Para: d.debeurs@uva.nl
Cc: derekdebeurs@gmail.com

Dear Professor Debeurs

With pleasure to greet you, I introduce myself, I am the psychologist Fernando Lamas Delgado, and I am currently developing a doctoral thesis in Peru, with research on defeat, entrapment and suicidal ideation in cancer patients in my country.I have read a lot about your work and it really is great.

That is why I request your authorization to use your Entrapment scale Short Form (E-SF) to be used in my research. The same that will be managed ethically and seeking the well-being of the patient.

I really appreciate your answer

I wish him well

Fernando Lamas Delgado

Derek de Beurs <d.debeurs@uva.nl> 8 de febrero de 2025 a las 8:47
Para: FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO <fernando.lamas@unmsm.edu.pe>

Dear Fernando, thanks for your interest in your study. You are free to use the scale for your work. If you need any advise or feedback, let me know.

With regard to your topic of suicide ideation and cancer, did you see our latest publication on this topic? I added it as attachement.

Good luck with your studies
Derek

Van: FERNANDO ANTONIO LAMAS DELGADO <fernando.lamas@unmsm.edu.pe>
Verzonden: zondag 8 februari 2025 00:08
Aan: Derek de Beurs <d.debeurs@uva.nl>
CC: derekdebeurs@gmail.com <derekdebeurs@gmail.com>
Onderwerp: Authorization to use E-SF Scale

[El texto citado está oculto]

1-s2.0-S016503272502350X-main.pdf
2431K

7. VALIDACION DE INSTRUMENTO / IFIS

Revista Información Científica

ISSN 1028-9933
www.revinfcientifica.sld.cu

RNPS 2184 Volumen 100 No. 4
RNSW 1226 julio - agosto 2021

ARTÍCULO ORIGINAL

Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida: evidencias psicométricas en adultos peruanos

Frequency of Suicidal Ideation Inventory: Psychometric evidence in Peruvian adults

Inventário de Frequência de Ideação Suicida: evidências psicométricas em adultos peruanos

Jonatan Baños-Chaparro[I*], Paul Ynquillay-Lima[I], Fernando Lamas-Delgado[II], Fiorella Gaby Fuster-Guillen[III]

[I] Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. Perú.
[II] Universidad Ricardo Palma. Escuela de Posgrado.Perú.
[III] Universidad César Vallejo. Facultad de Ciencias Empresariales. Perú.

*Autor para la correspondencia: banos.jhc@gmail.com

Recibido: 14 de mayo de 2021 Aprobado: 11 de junio de 2021

RESUMEN

Introducción: estudios recientes indican la prevalencia de ideación suicida en la población general. En el Perú, el aumento de suicidios consumados y la falta de instrumentos de evaluación basados en evidencias, es un problema a considerar. La evaluación de la ideación suicida es esencial para la prevención del suicidio y es recomendable contar con instrumentos confiables para la interpretación e inferencias fundadas de las puntuaciones obtenidas. **Objetivo**: analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida (IFIS) en población general adulta peruana. **Método**: diseño de investigación instrumental y transversal, donde participaron 376 adultos peruanos. Se analizó la evidencia basada en el contenido, estructura interna, confiabilidad, invarianza de medición según sexo y edad, y evidencia en la relación con otras variables. **Resultados**: el IFIS es una medida unidimensional (CFI=0,99, RMSEA=0,03 [IC del 90 %: 0,00-0,08], SRMR=0,03, WRMR= 0,37), con adecuada confiabilidad (ω=0,80 y H= 0,91) e invarianza según sexo y edad (ΔCFI< 0,010; ΔSRMR<0,030). Asimismo, las puntuaciones del IFIS se correlacionaron con la depresión (r=0,67; p=0,001), presentando un tamaño del efecto fuerte. Los revisores expertos consideraron todos los ítems relevantes. **Conclusiones**: el IFIS es un instrumento unidimensional con aceptables valores de confiabilidad y diferentes fuentes de evidencias de validez. Por lo tanto, se recomienda utilizar el IFIS como herramienta adicional para la evaluación de la ideación suicida en población general adulta peruana.

Palabras clave: ideación suicida; salud mental; suicidio; adulto

8. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

HC

Edad

Sexo

Estado Civil

Tipo de cancer

Tiempo en el hospital

Estadio Clinico

- I
- II
- III
- IV

Tiene hijos?

- Si
- No

Con quien vive?

- Solo(a)
- Familia de origen
- Familia propia
- Otro

Lugar de residencia

- Urbano
- Rural
- Otro

Nivel de estudios

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Técnico
- Sin estudios

Actividad principal

- Estudiante
- Actualmente trabajando
- Trabaja cuidando su casa
- No trabaja

Ha acudido a psicología /psiquiatría

- Nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente

Ha tenido un diagnóstico psicológico / psiquiátrico ?

- Si
- No

Consumo de sustancias

- Alcohol
- Tabaco
- Marihuana
- Cocaína
- Inhalantes
- Tranquilizantes
- Morfina
- Otros

Presenta alguna de estas condiciones médicas

- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Deterioro cognitivo
- Fatiga crónica
- Náuseas
- Vómitos
- Otros

Antecedentes familiares de IS

- No tiene
- Conductas autolíticas menores
- Intento suicida fallido
- Suicidio consumado

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Título del Estudio: Investigación sobre Ideación Suicida en Personas Adultas con Cáncer
Investigador Principal: Ps. Fernando Lamas Delgado
Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Estimado participante:
Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación titulado "Investigación sobre Ideación Suicida en Personas Adultas con Cáncer", dirigido por el Psicólogo Fernando Lamas Delgado, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Antes de decidir si desea participar, es importante que comprenda los objetivos de la investigación, los procedimientos involucrados, los posibles beneficios y riesgos, así como sus derechos como participante. Lea detenidamente la siguiente información y no dude en hacer preguntas para aclarar cualquier duda que pueda tener. Su participación es completamente voluntaria y tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Objetivos de la investigación:
El objetivo de este estudio es examinar la relación entre la ideación suicida en personas adultas con algún tipo cáncer. A través de la recopilación de datos y el análisis estadístico, buscamos comprender mejor los factores que influyen en la ideación suicida en esta población y desarrollar estrategias de intervención adecuadas.

Procedimientos de la investigación:
Si decide participar, se le solicitará que complete un cuestionario que abordará diferentes aspectos relacionados con su experiencia de vida, salud y bienestar psicológico. El cuestionario incluirá preguntas sobre su diagnóstico de cáncer, tratamiento, síntomas, apoyo social, historia de salud mental y pensamientos sobre el suicidio. La duración estimada para completar el cuestionario es de aproximadamente 20 minutos. Además, sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y solo se utilizarán con fines de investigación.

Confidencialidad:
Todos los datos recopilados en este estudio serán tratados de manera confidencial. Su nombre

y cualquier otra información personal identificable serán reemplazados por un código de identificación único. Los datos se almacenarán de forma segura y solo los investigadores tendrán acceso a ellos. Los resultados del estudio se presentarán en forma agregada y no se revelarán datos individuales en ninguna publicación o presentación.

Beneficios y riesgos:

Su participación en este estudio no garantiza beneficios directos para usted personalmente. Sin embargo, al contribuir a la investigación, estará ayudando a generar conocimiento que podría mejorar la atención y el apoyo a personas adultas con cáncer que experimentan ideación suicida. Los posibles riesgos incluyen la posibilidad de experimentar malestar emocional o recordar experiencias difíciles relacionadas con su enfermedad. Si en algún momento durante la participación en el estudio siente malestar o requiere apoyo adicional, se le proporcionarán recursos de ayuda y podrá retirarse sin consecuencias negativas.

Consentimiento y participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. No se le solicitará que proporcione ninguna información que no desee compartir. Si decide participar, se le pedirá que firme este formulario de consentimiento para indicar que comprende los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios. Además, tenga en cuenta que tiene derecho a retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones ni justificaciones, y sin que esto afecte de ninguna manera su atención médica o cualquier otro servicio al que tenga derecho.

Contacto e información adicional:

Si tiene alguna pregunta o inquietud antes, durante o después de su participación en este estudio, puede comunicarse con el Dr. Fernando Lamas Delgado, investigador principal, en la siguiente dirección de correo electrónico: fernando.lamas@unmsm.edu.pe

Agradecemos sinceramente su consideración para participar en esta investigación. Al firmar a continuación, usted confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada, que se han respondido todas sus preguntas de manera satisfactoria y que consiente voluntariamente participar en este estudio de investigación.

☐ Consiento participar en el estudio

_____

Firma