

Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer

Current status of knowledge about suicide in people with cancer
Situação atual do conhecimento sobre o suicídio nas pessoas com câncer

Ximena Palacios-Espinosa¹ Juan Gabriel Ocampo-Palacio²

Recibido: 21 de noviembre de 2010 • Aceptado: 9 de junio de 2011

Para citar este artículo: Preciado C & Bonilla J. Pasometría: estrategia de intervención y promoción de la actividad física. Rev. Cienc. Salud 2011; 9 (2): 173-190.

Resumen

Objetivo: Revisar el estado actual del conocimiento sobre el suicidio en pacientes con cáncer. *Materiales y Métodos:* Con las palabras clave se buscaron, recolectaron y revisaron artículos publicados durante las últimas dos décadas (1990-2010), disponibles en bases de datos especializadas, para: indicar la prevalencia de suicidio en pacientes con cáncer a nivel mundial y en Colombia, especificando los datos según el sexo y la edad; establecer los tipos de cáncer que están relacionados con el suicidio, los factores de riesgo para cometer y considerar el suicidio, y presentar las estrategias de intervención profesional y psicológica para el paciente oncológico con ideación e intención suicidas. *Resultados:* Se encontró que: en los pacientes oncológicos la tasa de suicidio es dos veces mayor que en la población general; depresión, ideación suicida y ubicación del cáncer son algunos de los factores de riesgo para el suicidio, y hay déficit en la publicación de guías de manejo profesional del paciente suicida con cáncer. *Conclusiones:* Se estableció la necesidad de llevar a cabo investigación sobre el tema del suicidio en los pacientes con cáncer.

Palabras clave: *suicidio, ideación suicida, intento suicida, factores de riesgo, cáncer.*

Abstract

Aim: To review the current knowledge about suicide in cancer patients. *Method:* We searched specialized databases using keywords for articles published in the last two decades (1990-2010), and compiled and reviewed them in order to: indicate the prevalence of suicide in cancer patients worldwide and in Colombia, differentiating the data by sex and age; establish the types of cancer that are associated with suicide, identify risk factors for committing or considering suicide and present the strategies of professional and psychological intervention directed at cancer patients with suicidal ideation and suicide attempts. The present article is a review of the information on

¹ Magíster en Psicología Clínica y de la Salud; profesora principal de carrera académica, programa de Psicología, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario; miembro del grupo Individuo, Familia y Sociedad (IFS). ximena.palacios@gmail.com.

² Estudiante de décimo semestre del programa de Psicología de la Universidad del Rosario.

the subject. *Results:* We found that: in cancer patients, the suicide rate is two times higher than in the general population; depression, suicidal ideation and location of cancer are some of the risk factors for suicide, and there is a lack of published guidelines for professional management of the suicidal patient with cancer. *Conclusion:* The need to carry out research on the topic of suicide in cancer patients was established.

Keywords: Suicide, suicidal ideation, suicide attempt, risk factors, cancer.

Resumo

Objetivo: revisar o estado atual do conhecimento sobre suicídio em pacientes com câncer. *Metodologia:* com as palavras chave se buscaram, coletaram e revisaram artigos publicados durante as últimas duas décadas (1990-2010), disponíveis em bases de dados especializadas, para indicar a prevalência de suicídio em pacientes com câncer no nível mundial e na Colômbia, especificando os dados segundo sexo e a idade; estabelecer os tipos de câncer que estão relacionados com o suicídio, os fatores de risco para cometer e considerar o suicídio, e apresentar as estratégias de intervenção profissional e psicológica para o paciente oncológico com ideação e intenção suicidas. *Resultados:* Encontrou-se que nos pacientes oncológicos a taxa de suicídio é duas vezes maior do que na população geral; depressão, ideação suicida e localização do câncer são alguns dos fatores de risco para o suicídio, e tem déficit na publicação de guias de manejo profissional do paciente suicida com câncer. *Conclusões:* Se estabeleceu a necessidade de levar a cabo pesquisa sobre o tema do suicídio nos pacientes com câncer.

Palavras chave: *suicídio, ideação suicida, tentativa suicida, fatores de risco, câncer.*

Introducción

En la última década, el cáncer ha tenido un comportamiento epidemiológico alarmante que muestra un ascenso progresivo de las cifras a nivel mundial, donde Colombia no es la excepción. Además, las cifras de mortalidad son significativas en todos los grupos etarios, y si bien está determinada por el curso natural de la enfermedad, algunas personas con cáncer se suicidan. El objetivo principal de este artículo es presentar una revisión del estado actual del conocimiento sobre el suicidio (incluyendo el acto, el intento y la ideación) en el cáncer, sin la intención de establecer causalidad entre estas variables. Tal revisión se realiza alrededor de los

siguientes objetivos específicos: (a) Indicar la prevalencia de suicidio en pacientes con cáncer a nivel mundial y en Colombia, especificando los datos según el sexo y la edad. (b) Establecer cuáles son los tipos de cáncer que han demostrado estar relacionados con el suicidio, así como (c) los factores de riesgo que tienen las personas con cáncer para cometer y considerar el suicidio. Finalmente, (d) presentar cuál es el abordaje profesional y psicológico que se le ha dado al paciente con cáncer con ideación e intención suicidas.

Intencionalmente, se han excluido de esta revisión el suicidio asistido y la eutanasia por dos razones fundamentales: porque se consi-

dera que deben ser objeto de un análisis independiente y porque se espera que esta revisión sea la base de futuros estudios de investigación aplicada con población colombiana, y, precisamente, en Colombia ni la eutanasia ni el suicidio asistido están legalizados en la actualidad.

El suicidio es un acto autodestructivo, voluntario, a través del cual se provoca deliberadamente la muerte, con frecuencia de manera brutal e inesperada (1-3). En él intervienen además las ideaciones suicidas y es considerado actualmente como un problema de salud pública en el mundo (2). De hecho, la Organización Mundial de la Salud en 2007 predijo que el número de víctimas anuales podría ascender a cerca de un millón y medio antes del año 2020 (4). Sin embargo, esta organización no hizo referencia específica a las tasas de suicidio en personas con cáncer. En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses estableció que 92 de los 1845 casos de suicidio ocurridos en 2009 fueron debidos a enfermedad física, pero no especificó el tipo de enfermedad (5). En Bogotá se reportaron cinco casos de suicidio por enfermedad física, de los 254 casos en 2009.

En congruencia con lo anterior es necesario mencionar que la enfermedad se considera como un evento vital estresante que puede desencadenar respuestas de crisis. Incluso, existe relación entre el suicidio y la experiencia de crisis circunstanciales y, en general, de eventos vitales estresantes, entre los cuales se encuentra la enfermedad y, específicamente, el cáncer (6).

De hecho, el cáncer es en sí mismo una metáfora que “en las sociedades occidentales contemporáneas, se asocia con fantasías de podredumbre que invade el cuerpo y de animales que lo roen y lo destruyen” (7). Por lo tanto, “pensar en desarrollar cáncer puede ser particularmente amenazante porque representa un ejemplo tangible de cómo puede experimen-

tarse el abstracto espectro de la muerte” (8). Así, los pacientes con cáncer con frecuencia se enfrentan al estigma de tener una enfermedad que ha sido irremediablemente asociada con el sufrimiento, la muerte y los deletéreos efectos de su tratamiento. Por consiguiente, el ajuste y la adaptación a esta enfermedad suponen el despliegue de una serie de estrategias y recursos de afrontamiento multideterminados que pueden ir desde la lucha activa por sobrevivir hasta la consideración o la comisión del suicidio.

En la persona suicida están presentes (a) los actos fatales o consumados, (b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio, y (c) los intentos de baja fatalidad, que a menudo se asocian a una situación psicosocial crítica (2). La intención suicida, también denominada *parasuicidio*, *tentativa de suicidio* o *intento de autoeliminación*, es frecuente en los jóvenes, en especial en las mujeres, y ocurre cuando las personas se lesionan intencionadamente de manera impulsiva, pero se aseguran de ser rescatadas (9). Por lo tanto, suelen emplear métodos ineficaces para lograr la muerte, como la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas (9). Esta conducta está estrechamente asociada con antecedentes psicopatológicos (3, 10). En la intención suicida, “El intento suicida es impulsivo, no premeditado, público y con un método no letal; [...] por lo general se acompaña de una afectividad inestable, ansiosa, con baja tolerancia a la frustración y con una marcada hiperreactividad somática” (11).

Otro concepto estrechamente relacionado con el suicidio por su valor predictor es la ideación suicida. Ésta se define como una amalgama de pensamientos, motivaciones y sentimientos sobre el suicidio (1, 11). Es una representación cognoscitiva del acto suicida, que se presenta cuando una persona piensa, planea o desea persistentemente cometer suicidio (3, 12). Esta

ideación no surge de manera espontánea, pues en ella influyen distintos aspectos y dimensiones de carácter psicológico, sociológico, biológico y social. En congruencia con lo anterior, hay tres hipótesis para explicar la ideación suicida: El grado de ideación suicida está en función tanto del nivel de estrés en el que se encuentra la persona, como del uso que haga de su capacidad de afrontamiento. Diferentes niveles de estrés y afrontamiento, así como la interacción de los mismos, pueden provocar diversos grados de pensamiento suicida. (1-3) El suicidio es predecible a partir de ciertas variables sociales, psicológicas y psicosociales, a saber: la soledad, el apoyo social, el autoconcepto y la autoestima, la depresión, el estrés y el afrontamiento, principalmente (13). De hecho, la ideación suicida abarca un amplio campo de pensamientos que puede representarse de las siguientes formas: (a) el deseo de morir (“la vida no merece la pena vivirla”); (b) la representación suicida (“me he imaginado que me ahorcaba”); (c) la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción (“me voy a matar”); (d) la ideación suicida con

un plan indeterminado o inespecífico aún (“me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome a un carro, quemándome”); (e) la ideación suicida con una adecuada planificación (“he pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerme”) (9).

Si bien la intención suicida y la ideación suicida no siempre resultan en la consumación del suicidio, pueden constituirse en factores predictores del mismo y, por consiguiente, se incluyen en esta revisión.

Materiales y métodos

Los artículos revisados fueron obtenidos en bases de datos especializadas (EBSCO Host: Psychology and Behavioral Science Collection; Proquest Psychology Journals), en las cuales se realizó una búsqueda detallada con base en los términos Mesh (palabras clave): *suicide, suicidal ideation, suicide-attempted, risk factors, cancer* (suicidio, ideación suicida, intento suicida, factores de riesgo, cáncer) (tabla 1).

Tabla 1. Relación del número de artículos contenidos en las bases de datos especializadas consultadas para esta revisión teórica.

Combinación de términos Mesh para la búsqueda	Número de artículos publicados entre 1990 y 2010 en las bases de datos					Total
	EBSCO Host: Psychology and Behavioral Science Collection	Proquest Psychology Journals	PubMed	Science Direct	Psicodoc	
Suicide y cancer	87	1099	2719	1622	0	5527
Suicidal ideation y cancer	11	102	67	463	0	643
Suicide-attempted y cancer	423	3	67	447	0	940
Cancer y suicide & risk factors	2	97	256	1333	0	1688
Cancer y suicidal ideation & risk factors	666	14	23	363	0	1066
Cancer y Suicide & Suicide-attempted	423	3	67	447	0	940
Total:	1612	1318	3199	4675	0	

Algunos de los artículos que no estaban disponibles en texto completo en las base de datos consultadas se obtuvieron a través de Hinari.

Como puede observarse en la tabla 1, el número de artículos obtenidos a través de la búsqueda fue considerable. Por tanto, se procedió a realizar la selección de los mismos, descartando todos aquellos artículos que se referían a temas relacionados con el suicidio asistido, la eutanasia y la apoptosis (muerte celular programada), tema sobre el cual se encontró un número sustantivo de artículos. También se pudo observar que muchos de los artículos obtenidos en la búsqueda se referían a enfermedades crónicas diferentes al cáncer, en especial enfermedades mentales crónicas y VIH/SIDA. Por tanto, estos también fueron descartados. Pese a que la búsqueda se restringió al periodo de tiempo transcurrido entre 1990 y 2010, los resultados llevaron a la consulta de artículos publicados antes de 1990, por ser éstos los que permitieron conocer los estudios pioneros respecto al tema del suicidio en el cáncer. Así mismo, se consultaron capítulos de libros escritos por autores de relevancia en el tema de la psicooncología.

Una vez seleccionados los artículos definitivos, se procedió a leerlos y a organizar la información pertinente en fichas analíticas diseñadas para tal fin con base en las categorías extraídas de los objetivos específicos planteados para la revisión, así: prevalencia mundial; prevalencia nacional; prevalencia mundial/sexo; prevalencia nacional/sexo; prevalencia mundial/edad; prevalencia nacional/edad; prevalencia mundial/grupo étnico; prevalencia nacional/grupo étnico; prevalencia mundial/lugar de origen; prevalencia nacional/lugar de origen; comportamiento epidemiológico (1990-2010); factores de riesgo; prevalencia ideación suicida/cáncer; prevalencia intención suicida/cáncer. Una vez organizada la información, se procedió a reorganizarla para elaborar

el documento final bajo los siguientes temas: prevalencia de suicidio y cáncer; prevalencia de suicidio en personas con cáncer según el sexo, la edad y el grupo étnico; factores de riesgo asociados con el suicidio en personas con cáncer; intervenciones profesionales frente al paciente con cáncer en el que están presentes la ideación suicida o la intención suicida. También se realizó una búsqueda en las bibliotecas de algunas universidades colombianas con el propósito de indagar sobre la existencia de trabajos inéditos de investigación sobre el tema de interés. No se encontró ningún documento al respecto.

Finalmente, se incluyeron 83 referencias, de las cuales 75 son artículos, cinco son capítulos de libros y tres son documentos pertinentes para la consulta de datos epidemiológicos tales como los informes del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia y de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados

Prevalencia de suicidio y cáncer

Aunque algunos autores indican que las tasas de suicidio y riesgo suicida son las mismas en las personas con cáncer y en la población general, una significativa proporción de publicaciones indica que son mayores (3, 14, 15-28). Al respecto, en un estudio realizado por Akechi *et al.* (29) se encontró que de 362 pacientes con cáncer que fueron remitidos a la División de Psiquiatría del National Cancer Center Hospital East, entre julio de 1996 y marzo de 1998, 3,9% tenía riesgo de suicidio e intento suicida, 28,6% estaba allí por intentos suicidas y 10% por pensamientos suicidas y solicitud de eutanasia (29).

En otro estudio realizado en Escocia entre 1981 y 2000 se reportaron 58 suicidios y muertes de intención no determinada, 315 más muertes accidentales de lo esperado y, entre las personas diagnosticadas con cáncer,

7666 más ingresos hospitalarios de los esperados, por daño accidental (30). De hecho, los pacientes con cáncer presentan una tasa de 31,4 suicidios por 100 000 personas al año, mientras que en la población general la tasa es de 16,7 (31). Pero aunque existe evidencia de un aumento del riesgo de suicidio entre las personas diagnosticadas con cáncer (ya sea cuando se codifica como autolesión deliberada o cuando los acontecimientos de autolesión deliberada se evalúan en combinación con eventos de intención no determinada), no hay estudios de la tasa real de suicidio o de muerte accidental (30). Así lo demuestran Akechi *et al.* (25) haciendo referencia a un estudio realizado en el Reino Unido, en el que se encontró que en el 38% de las unidades de cuidados paliativos ha habido suicidios consumados y en el 71%, intentos de suicidio. Sin embargo, no se especifican las cifras exactas en pacientes con cáncer.

Los estudios realizados en Latinoamérica en relación con el suicidio en personas con cáncer son escasos. De hecho, no hay datos disponibles que permitan establecer la prevalencia poblacional de tal fenómeno en esta región del mundo, situación que por supuesto se hace extensiva a Colombia.

No obstante, en el estudio de Tuesca y Navarro (32), cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados en la población de suicidas (consumados y no consumados) en Barranquilla (Colombia) entre 1999 y 2000, se encontró que el riesgo de suicidio en las mujeres es mayor si tienen enfermedad crónica. Sin embargo, no se especifica que sea cáncer.

Se ha encontrado que la incidencia de suicidios completados en pacientes con cáncer tiene una tasa de mortalidad de 1 a 11, y que mientras los porcentajes de ideación suicida en población oncológica no psiquiátrica oscilan entre 0,8% y 71,4%, en la población general oscilan entre 1,1% y 19,8%.³²

Prevalencia de suicidio en personas con cáncer según el sexo, la edad y el grupo étnico

Justamente con respecto a la prevalencia de suicidio en pacientes con cáncer según el sexo, se ha encontrado un mayor predominio entre los hombres (3, 16, 22, 26, 27, 29, 33, 34). Entre 1965 y 1974, la tasa de suicidio para los hombres con cáncer fue 2,5 veces más alta que en la población general. Esta tasa bajó entre 1975 y 1984, cuando fue dos veces mayor que en la población general, y entre 1985 y 1994 fue 1,6 veces más alta que en la población general (35). No obstante, el cáncer podría incrementar el riesgo de suicidio en la población de ambos sexos (36). Por ejemplo, el estudio de Ahn *et al.* (37) demostró elevadas tasas de suicidio en hombres con cáncer de páncreas y en mujeres con cáncer de pulmón.

Pero si bien las tasas de suicidio son más altas en los hombres (38), las de intentos de suicidio son mayores en las mujeres (16). Así lo demuestra la investigación de Camidge *et al.* (30), según la cual el riesgo relativo de suicidio entre los hombres fue de 1,38 (95% CI: 1,12-1,68) y entre las mujeres de 1,74 (95% CI: 1,36-2,19). Sin embargo, el diagnóstico de cáncer es un factor de riesgo para suicidio en ambos sexos (39).

En lo que respecta a la edad, se ha encontrado que los adultos mayores con cáncer tienen mayor riesgo de cometer suicidio (3, 26, 33, 35). Así lo demostraron Hietanen *et al.* (28), quienes encontraron que la incidencia de suicidio en pacientes con cáncer aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 50 años, con un pico a los 45 años y otro a partir de los 69 años. Sin embargo, la ideación suicida es mayor en pacientes con cáncer cuyas edades oscilan entre 55 y 74 años (40). Akechi *et al.* agregan que la edad media para cometer el suicidio es de 58 años y, una década después, Fall *et al.* indican que el

riesgo de suicidio tras el diagnóstico es de 4,6 entre hombres de 54 años de edad o menores, siendo aproximadamente el doble de los grupos de adultos mayores (18,29). Aunque Akechi *et al.* y Quan *et al.* establecen que los mayores de 60 años son más vulnerables al pensamiento suicida en relación con otros grupos de edad, Owen *et al.* encontraron que los jóvenes estaban más interesados en el suicidio (27, 34, 36). Sin embargo, parece que si el diagnóstico de cáncer se realiza entre los 50 y los 79 años de edad, el riesgo de suicidio es mayor (39).

Cabe aclarar que la mayoría de los estudios sobre el suicidio en personas con cáncer se ha efectuado en general con población oncológica adulta, posiblemente porque se considera que en la población oncológica infantil el suicidio y el intento de suicidio son raros, sobre todo porque no hay acuerdo en la operacionalización de la variable en virtud de la edad y si el suicidio se define a partir de los cinco, ocho o diez años (41).

El único dato hallado en relación con el grupo étnico de las personas con cáncer y el suicidio indica que las tasas más altas de suicidio se encontraron en pacientes de sexo masculino y de raza blanca (31).

Factores de riesgo asociados con el suicidio en personas con cáncer

Como puede observarse a continuación, el suicidio en el cáncer está asociado a diversidad de factores que se consideran de riesgo, pues su presencia aumenta la probabilidad de ocurrencia de ideación suicida, intención suicida y suicidio.

La ubicación del cáncer

Tal y como lo demuestra la evidencia, el lugar en el que está ubicado el cáncer afecta la decisión de las personas sobre el suicidio. De esta manera, están especialmente relacionados con

el suicidio el cáncer de pulmón (3, 19, 22, 25-31, 33, 42, 43), el cáncer de tracto gastrointestinal y de próstata (19, 22, 25, 26, 28, 29, 35, 42, 43, 45), el cáncer de páncreas (3, 21, 28), las leucemias y los linfomas (21, 28), el cáncer de mama (28, 29), el melanoma, el cáncer de cérvix y el de glándulas paratiroides (28), el cáncer de cabeza y de cuello (3, 19, 21, 25-29, 31, 35, 42, 43), el cáncer del sistema nervioso central (3) y el cáncer del tracto genital femenino (30). Además, el riesgo de suicidio es mayor en pacientes con cáncer con un diagnóstico temprano de tumor primario desconocido (36).

De acuerdo con lo anterior, los tipos de cáncer que con mayor frecuencia se han asociado al suicidio son el de pulmón, cabeza y cuello, tracto gastrointestinal y próstata. De hecho, los tumores del sistema respiratorio (= 1,71, 95% IC: 1,08-2,57) y del tracto digestivo (= 1,58, 95% IC: 1,12-2,19) se asocian con un riesgo relativo mayor estadísticamente significativo de suicidios (30). Chung y Lin encontraron en su estudio que los pacientes con tumores del tracto respiratorio utilizan métodos de suicidio francamente más violentos que otros pacientes, por ejemplo aquellos con cáncer genitourinario (44). Por otra parte, los tumores de cabeza y cuello se asocian con ingresos hospitalarios por autoagresión deliberada y eventos de intención autolesiva no determinada (30).

Los riesgos específicos del tipo de tumor son aparentemente inevitables pues están mediados por una serie de variables potencialmente asociadas con predisposición a accidentes o a autoagresión deliberada, como el abuso de alcohol o de tabaco. Sin embargo, algunos tumores específicos (especialmente respiratorios y de cabeza y cuello) se han asociado con eventos relacionados con la autoagresión deliberada, la muerte y los ingresos hospitalarios relacionados con el envenenamiento accidental (30).

El curso del cáncer

En lo que respecta al momento del curso de la enfermedad (impacto del diagnóstico, toma de decisiones con respecto al tratamiento, pronóstico, recaída, recidiva, etc.), se ha encontrado que es también un factor de riesgo para que la persona con cáncer considere el suicidio o lo cometa. Así lo indicó el estudio de Hietanen *et al.*, realizado en Finlandia durante un año, en el que se encontró que la mortalidad por suicidio en 1987 fue de 27,6 por cada 100.000 habitantes y se demostró que los factores relacionados en un grupo heterogéneo de pacientes con cáncer fueron diferentes de acuerdo con el momento del curso de la enfermedad (en estado terminal o en remisión) (28).

Varios estudios han mostrado que en el primer año posterior al diagnóstico de cáncer el riesgo de suicidio es mayor (3, 15, 22, 46, 47). De hecho, al parecer existe un periodo crítico inmediatamente después del diagnóstico en el cual el riesgo de suicidio es particularmente alto (33). Otra evidencia al respecto es el estudio de Fall *et al.*, en el que se encontró que hombres recientemente diagnosticados con cáncer de próstata tenían un riesgo mayor de eventos cardiovasculares y de suicidio (18). De hecho, un total de 136 pacientes (0,08%) con cáncer de próstata cometieron suicidio en el primer año después del diagnóstico.

Hay una tendencia hacia el aumento del número de suicidios tras el diagnóstico de cáncer, que cae con el paso del tiempo. Patrones similares han sido reportados en muchos de los estudios fuera del Reino Unido en los que se demuestra que el suicidio y la morbilidad psicológica en los pacientes con cáncer tienen lugar en la fase del impacto diagnóstico (39, 48, 50).

El riesgo relativo de suicidio (autolesión deliberada y eventos de intención no determinados) en los cinco años sucesivos al diagnóstico de cáncer fue de 1,51 (IC 95%: 1,29 a 1,76)

veces mayor que el de la población general. Aunque se podría pensar que el acceso a los medicamentos puede influir en los métodos utilizados para el suicidio entre los pacientes de cáncer, las diferencias con respecto a la población general fueron muy leves. Sin embargo, en los cinco primeros años después del diagnóstico, se observó preferencia por el envenenamiento (sólidos, líquidos o gases) contra tendencias más violentas consideradas con el paso del tiempo, como métodos que incluyen fármacos administrados en la progresión de la enfermedad (30).

Los pacientes con cáncer de pulmón en estadios avanzados (IIIB y IV) manifestaron tener pensamientos suicidas (29). De hecho, parece que hay un incremento del riesgo de suicidio notable en los estadios avanzados de la enfermedad (23, 39, 41, 48, 49, 50, 52-54).

También tienen un alto riesgo de suicidio los pacientes con enfermedad primaria no localizada (39, 48, 49) y metástasis distantes (45, 48, 51).

Sin embargo, en un estudio se encontró que no hay relación entre la extensión de la enfermedad y la actitud hacia el suicidio, aunque aproximadamente un 6% de los pacientes que participaron en este estudio reportaron contemplar el suicidio como una medida en el momento en que se encontraban padeciendo la enfermedad (34).

Depresión y otras variables psicosociales

El tipo de cáncer, el momento del curso de la enfermedad, el dolor (3, 28, 29, 34, 54), la disminución de la funcionalidad (28, 53, 54), la fatiga, la baja calidad de vida percibida, el pronóstico de supervivencia (28, 32), la enfermedad avanzada y el pobre diagnóstico, el diagnóstico impreciso, el manejo deficiente del dolor (41), la metástasis (55) y el tratamiento con medicamentos antide-

presivos con opioides (19) pueden considerarse como factores moderadores del suicidio en los pacientes con cáncer. Además, también se han relacionado con esta patología otros factores a menudo asociados con el suicidio en la población general, como los cuadros depresivos (22, 23, 25, 26, 28-30, 32, 33, 41, 42, 45, 54-59), la ansiedad, la desesperanza, los eventos estresantes en la familia (3, 22, 23, 25, 26, 29, 33, 41, 42, 56), la impotencia, el aislamiento interpersonal o alienación, el bajo soporte social y la enfermedad psiquiátrica (toxicomanía, trastornos de la personalidad (19), paranoia, suicidio familiar y duelo reciente) o la historia de suicidio en la familia. También están relacionados con el suicidio en los pacientes con cáncer (22, 23, 25, 26, 29, 33, 42, 55-57) la sensación de pérdida de control, la viudez o la separación marital (29), la soltería (55), la psicopatología preexistente, el abuso de sustancias, la pérdida de control, la historia previa de intento de suicidio, la ideación suicida (55), el agotamiento, el aislamiento familiar (3, 29, 34) y el distrés severo (55, 60).

Aproximadamente un tercio de los pacientes con cáncer que cometieron suicidio sufrían depresión mayor, la mitad había sido diagnosticado en algún momento de su vida con trastorno adaptativo con ánimo deprimido, un quinto de ellos tuvo síndrome cerebral orgánico y la mitad trastornos de personalidad (27, 52). Se estima que el 80% de los pacientes con cáncer que cometieron suicidio sufrían de depresión y que, en los hombres, el compromiso de la funcionalidad física fue un factor determinante principal del suicidio, contrario a lo observado en las mujeres (16). Sin embargo, las investigaciones revisadas no son concluyentes con respecto a la causalidad de la depresión en el suicidio en pacientes con cáncer, pero sin duda es una variable moduladora de tal conducta.

Aunque el bajo nivel socioeconómico se ha asociado tanto con conductas suicidas como

con una alta incidencia de tipos de tumores severos, no ha sido abordado como un factor de confusión potencial de cualquier cambio en el riesgo relativo (RR) de autoagresión deliberada en pacientes con cáncer (61, 62). De hecho, los antecedentes de autoagresión deliberada son un factor de riesgo bien reconocido para suicidio en la población general, pero su impacto no ha sido reportado en población oncológica.

En la población de pacientes terminales hay estudios en los que, en comparación con la población general, existe alto riesgo de suicidio, desesperanza y deseos de muerte (63). Por consiguiente, los miembros del grupo de oncología y los profesionales de la salud mental deben considerar las condiciones psiquiátricas para detectar el deseo de morir o el intento de suicidio (29).

Ideación suicida

No solamente se han hallado datos del suicidio consumado en pacientes con cáncer sino de la prevalencia de ideación suicida (32), que es a su vez un factor de riesgo para el suicidio. Los pensamientos de suicidio probablemente ocurren con bastante frecuencia, particularmente en la situación de cáncer avanzado, y parecen obrar como una válvula de escape para sentimientos a menudo inexpresados por los pacientes (54). En un estudio se encontró que más de la mitad (53,5%) de los pacientes con cáncer con síntomas depresivos tiene ideación suicida (53). Así mismo se determinó que los sujetos con pobre estatus de desempeño, estado avanzado de la enfermedad y depresión severa tenían mayor cantidad de factores de riesgo para la ideación suicida. En otro estudio se encontró que aproximadamente el 40% de los pacientes con cáncer que sufrían de depresión mayor habían tenido ideación suicida (16).

Los efectos de la desesperanza en los pacientes con cáncer superan a los de la depresión en

cuanto a la ideación suicida (64). Por lo tanto, la depresión, la desesperanza, el dolor y un funcionamiento físico deteriorado son factores que generan ideación suicida entre pacientes con cáncer (22, 23, 25, 26).

Respecto a la comorbilidad entre cáncer y trastornos psiquiátricos, la depresión es un factor de riesgo tanto para la ideación suicida como para el suicidio consumado (3, 15, 29, 34).

De acuerdo con Rasic *et al.*, en los pacientes con edades entre los 15 y 54 años el diagnóstico de cáncer se asoció con depresión mayor (*odds ratio* [OR] $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{4}$ 3:18; 95% intervalo de confianza [CI]: 1,69-5,96) (15,5%), ataques de pánico (OR $\frac{1}{4}$ 2:15; 95% CI: 1,22-3,77) (18,1%) y trastorno mental (OR $\frac{1}{4}$ 1:80; 95% CI: 1,11-2,92) (28,5%), en comparación con las personas sin cáncer (40). En los pacientes con edades entre 55 y 74 años, el diagnóstico de cáncer se asoció con agorafobia (OR $\frac{1}{4}$ 5:94; 95% CI: 1,68-21,03) (2,7%) y un decremento en las tasas de fobia social (OR $\frac{1}{4}$ 0:22; 95% CI: 0,06-0,80) (0,4%). En las personas con diagnóstico reciente de cáncer se incrementan las tasas de ideación suicida (OR $\frac{1}{4}$ 5:07; 95% CI: 1,25-20,47).

Tratamiento oncológico

El riesgo de suicidio se aumenta con los corticoides que reciben los pacientes con cáncer, bien sea por la ansiedad, por la euforia o por la excitación que inducen. Además, la inmunoterapia (interleuquina e interferón) puede provocar delirio, confusión, agitación, depresión y paso al acto suicida. Igualmente, indican que se ha encontrado relación entre el suicidio y los agentes quimioterapéuticos como la Ifosfamida y el Tamoxifeno y entre el suicidio y el consumo de psicotrópicos (3). De hecho, se ha encontrado mayor riesgo de suicidio en aquellos pacientes que no tienen tratamiento oncológico o que reciben quimioterapia que en

aquellos que no están sujetos a este tipo de tratamiento (36). Otros factores de riesgo para el suicidio asociados con los aspectos biomédicos de la enfermedad son:

las náuseas, el vómito, la disnea, la disminución de las capacidades, la pérdida de autonomía y de independencia, la modificación de la imagen corporal como por ejemplo amputaciones quirúrgicas, especialmente si son visibles como en el cáncer de cabeza y cuello y en las mastectomías, y otras que afectan la calidad de vida de los pacientes como la alopecia, las lesiones dermatológicas y los problemas sexuales" (3).

Lefetz y Reich también indican que la percepción de la pérdida de la dignidad es un factor de riesgo para el suicidio en el paciente con cáncer (3).

Intervenciones profesionales frente al paciente con cáncer en el que están presentes la ideación suicida o la intención suicida

Frente al asunto del suicidio en el paciente con cáncer, se han sugerido diversos tipos de intervenciones tanto desde la psicología como desde otras ciencias de la salud. Algunos autores sugieren la importancia de educar a los médicos en la efectividad del tratamiento del dolor y el adecuado manejo de la depresión y la desesperanza en pacientes con cáncer, así como la consideración particular de los factores médicos y psicosociales y la interacción entre ellos (22, 25, 27, 28, 56).

Para aquellos pacientes que no han tenido hospitalizaciones frecuentes y aquellos que se encuentran hospitalizados, se puede prevenir el suicidio poshospitalización por medio de encuentros regulares con los médicos tratantes, de consejería psicológica o de grupos de apoyo. De igual manera proporcionar cuidado

paliativo y soporte psicológico puede prevenir el suicidio (17).

Un intensivo y continuo tratamiento sintomático con un soporte psicológico adecuado puede reducir el riesgo de cometer suicidio (65). De hecho, la intervención psiquiátrica temprana y global con los individuos de alto riesgo a menudo puede evitar el suicidio en situación de cáncer. Además, los factores de riesgo del suicidio deben ser utilizados como guía de evaluación y manejo. Finalmente, es importante el inicio de un abordaje psicoterapéutico de intervención en crisis, que movilice al máximo el sistema de soporte del paciente. Y, como objetivo de intervención, no sólo se deberá evitar el suicidio sino prevenirlo, dado que está motivado por la desesperación (54). La intervención psicológica y psiquiátrica puede ser apropiada para aquellos pacientes en los que se ha identificado un alto riesgo de autoagresión deliberada y para afectar el riesgo elevado de accidentes genuinos en la población vulnerable. Esta intervención se puede focalizar en visitas domiciliarias hechas por profesionales como terapeutas ocupacionales, médicos generales o enfermeros (30).

Por su parte, Martínez asegura que una evaluación cuidadosa de las ideaciones suicidas así como la generación de una escucha empática y nunca crítica son básicas en un buen proceso terapéutico del suicidio (27). Agrega que se debe incrementar la formación médica en el diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos, pues de acuerdo con Baile los médicos suelen tener dificultades para identificar alteraciones de este tipo (14).

De igual manera, enfermeras y trabajadores sociales deberían ser entrenados para proveer cuidado a aquellos pacientes con depresión y así prevenir casos de suicidio (66).

Un rastreo y una detección temprana de la depresión mayor son recomendables para

la prevención del suicidio en pacientes con cáncer (16). Sin embargo, la tarea de los profesionales de la salud mental que abordan este tipo de casos no es prevenir el suicidio a toda costa, sino prevenir el suicidio que se efectúa como producto de la desesperación de un manejo deficiente del malestar provocado por la enfermedad (59). Un seguimiento especial a aquellos pacientes de sexo masculino con un avanzado estado de la enfermedad y una pérdida de la funcionalidad física es importante para prevenir el suicidio en este grupo etario (16).

El tratamiento de la crisis suicida debe ser multidisciplinario y basarse en dos ejes de intervención: un eje temporal que se rige por la intervención en crisis con un seguimiento a mediano y a largo plazo y un eje sincrónico que implica la intervención individual y familiar. Así mismo, la conducta terapéutica frente a la crisis suicida en oncología debe incluir: (a) instaurar una relación de confianza, (b) analizar el contenido de las ideaciones suicidas, (c) buscar el significado de la crisis, (d) buscar los factores de riesgo, (e) evaluar el grado de peligrosidad (riesgo de pasar al acto), (f) controlar toda la sintomatología física (dolor) y psíquica (depresión), (g) realizar intervención psicoterapéutica y/o farmacológica, y (h) hospitalizar si hay riesgo de pasar al acto inminente (i).

Todas las entrevistas (estructuradas y escalas estandarizadas) resultaron efectivas para identificar tanto los pensamientos como los planes suicidas. El diagnóstico de depresión mayor fue relevante para establecer el riesgo suicida y la necesidad de tratamiento antidepressivo (52).

El tratamiento farmacológico y la psicoterapia de soporte individual son efectivos. Así mismo, la posibilidad de tratar con éxito los trastornos depresivos en pacientes con cáncer depende de su sobrevivencia y, por lo tanto, es fundamental un diagnóstico oportuno del proble-

ma, especialmente si se trata de pacientes en fase terminal de la enfermedad (29).

Los adultos mayores con cáncer y síntomas depresivos, con baja capacidad funcional, con una enfermedad avanzada y con depresión severa, deben recibir monitoreo cuidadoso e intensivo para prevenir el suicidio (53, 67).

Por lo tanto, la evaluación y el tratamiento del síndrome depresivo, de la hipervigilancia, de los síntomas estresantes (dolor, náusea, disnea, ansiedad, etc.) son de vital importancia para los pacientes que tienen riesgo de cometer suicidio, por lo que se debe mantener un diálogo terapéutico con el paciente, dándole la oportunidad de discutir sus miedos, preocupaciones y deseos, incluyendo las ideas de suicidio y de muerte. También se deben evaluar las competencias que el paciente tiene para afrontar la enfermedad y si la presencia de distrés emocional, enfermedad psiquiátrica y procesos orgánicos en curso puede afectar los procesos cognoscitivos. Finalmente, es fundamental evaluar y favorecer las fuentes de apoyo social (26, 37).

También es importante llevar a cabo una valoración sistemática y un adecuado tratamiento de las ideaciones suicidas, especialmente en los tiempos de transición en los cuales la enfermedad empeora, los síntomas incrementan o el paciente entra en una fase más grave de la enfermedad, pero no se especifica el tipo de tratamiento que debe realizarse (31).

En conclusión, es fundamental evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con cáncer y realizar una intervención oportuna. El terapeuta o la persona del equipo de salud que realiza la evaluación habrá superado la falsa creencia de que preguntar sobre el suicidio precipita la ideación, la intención e incluso el acto suicida. Así, tras establecer empatía con el paciente, obtendrá información sobre: (a) la comprensión que éste tiene de su enfermedad y de los síntomas actuales; (b) el estado mental, observando

atentamente signos y síntomas de delirium y determinando el control interno presente; (c) las variables de vulnerabilidad para el suicidio; (d) la red de apoyo social (control externo); (e) los antecedentes personales premórbidos emocionales y psiquiátricos; (f) los antecedentes y la historia familiar; (g) la historia de amenazas o intentos suicidas, y (h) los pensamientos y los planes suicidas, así como los intentos actuales de suicidio. Igualmente, se evaluará la necesidad de tener cuidado y vigilancia permanentes, bien sea por parte de un profesional experto (enfermero) o de una persona cercana. Finalmente, se formulará un plan de tratamiento inmediato y a largo plazo (59).

Conclusiones

La evidencia indica que en los últimos veinte años (1990-2010) la tasa de suicidios en pacientes con cáncer fue aproximadamente dos veces mayor que la de la población general. No existe la misma claridad para la incidencia de intención suicida en esta población.

El envejecimiento de la población mundial ha generado el aumento de enfermedades crónicas como el cáncer (79), responsable del 12% del total de las defunciones en todo el mundo y el causante en los próximos 20 años de cerca de diez millones de defunciones (61, 68). De acuerdo con la evidencia teórica y empírica, el suicidio en personas con cáncer es más frecuente en la edad adulta mayor. Ellos tienen un riesgo particularmente más alto de suicidio, una tasa más baja de sobrevivencia y mayores impedimentos físicos y sociales (69).

Breitbart y Krivo (59) resaltan que los profesionales de la salud que trabajan en unidades y servicios de oncología en algún momento se enfrentarán al tema del suicidio en los pacientes con cáncer (59). Sin embargo, el entrenamiento recibido por los médicos sugiere que este es un asunto de carácter psiquiátrico y, por tanto, la

ideación suicida se asumirá como síntoma de un trastorno mental, ignorando las necesidades del paciente. Será necesario evaluar minuciosamente sobre los antecedentes de depresión, a menudo de origen multifactorial, y considerar tanto la evaluación como el tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas y somáticas (70), pues una muy pequeña proporción de los suicidios en estos pacientes ocurre en ausencia de trastornos mentales (71). Por ejemplo, episodios o cuadros depresivos (no siempre causados por el conocimiento del diagnóstico o el fracaso terapéutico) pueden ser secundarios a causas orgánicas propias del proceso oncológico (72).

Al parecer, las enfermedades físicas como el cáncer, que afectan el sistema inmunológico, pueden desencadenar tanto depresión como ideación suicida, lo que puede explicar el alto riesgo de suicidio que tienen los pacientes oncológicos. Precisamente, el suicidio en ellos no es una reacción secundaria o un epifenómeno del impacto diagnóstico, está vinculado con una particular vulnerabilidad biológica, psicológica y social al estrés, lo que a su vez produce alteraciones inmunológicas (69).

En cuanto a los factores de riesgo para el suicidio en el cáncer, se encontró que tener cáncer de pulmón, cabeza y cuello o estómago está relacionado con la conducta y la ideación suicidas, pues implican un severo compromiso del bienestar subjetivo del paciente. Estos tipos de cáncer afectan respectivamente su capacidad para respirar (condición universalmente temida), su imagen corporal (pues su desarrollo y tratamiento implican la desfiguración) y su capacidad para alimentarse (precipitando la apariencia caquética y las dificultades para compartir socialmente los espacios de alimentación).

Otros factores para el suicidio en pacientes con cáncer son la depresión, la desesperanza, los eventos vitales estresantes en la familia,

la psicopatología preexistente (incluyendo el abuso de sustancias) personal y familiar, la comorbilidad con trastornos mentales (depresión mayor, delirium, trastornos adaptativos y esquizofrenia), la pérdida del control, el soporte social deficiente, la percepción de impotencia y el aislamiento interpersonal o alienación. Filiberti *et al.* identificaron que los pacientes con cáncer se sienten especialmente afectados por los siguientes factores de riesgo para el suicidio: la pérdida de su autonomía y de su independencia, así como por la percepción de convertirse o ser una carga para los demás (73). Otros factores de riesgo son el manejo deficiente del dolor y las alteraciones en la capacidad funcional de la persona. Incluso, el deseo de acelerar la muerte suele ser común en los pacientes oncológicos con dolor. Pero mejorar la severidad de la depresión puede moderar el deseo de acelerar la muerte (74). Una minoría de pacientes que se encuentran en cuidado paliativo reportan sentir un intenso deseo de acelerar su muerte. Éste suele estar asociado con distrés físico y emocional, bajo soporte social y deterioro del bienestar espiritual (75).

Existe suficiente evidencia que demuestra que hay periodos críticos para considerar o cometer el suicidio tras el impacto diagnóstico, durante el primer año y los cinco años posteriores al diagnóstico y en las etapas avanzadas de la enfermedad. Esto puede estar ligado a la estigmatización de la enfermedad, a la impredecibilidad de la evolución del cáncer y al continuo fracaso con el tratamiento oncológico. Sin embargo, Filiberti *et al.* plantean que los pacientes con cáncer pueden suicidarse en cualquier momento del curso de la enfermedad (73).

Detectar la presencia de estas variables se constituye en una condición clave para la prevención del suicidio en los pacientes oncológicos y, de ser necesario, para el establecimiento

de una adecuada rehabilitación psicosocial (59, 73).

En lo que respecta a las intervenciones profesionales frente al paciente con cáncer en el que están presentes la ideación suicida o la intención suicida, se puede concluir que están dirigidas a la prevención primaria. Ésta se lograría a través de la formación de médicos con competencias para el manejo efectivo del dolor y de la depresión, pues de hecho se ha encontrado que existe relación estadísticamente significativa entre el deseo de acelerar la muerte y el dolor ($r = 0,469, p < 0,005$) y los sentimientos de tristeza ($r = 0,635, p < 0,0005$) (76).

También se proponen intervenciones psiquiátricas y psicológicas de prevención primaria basadas en la detección precoz de pacientes de alto riesgo. Se establece como prioridad la vigilancia exhaustiva y un seguimiento especial a aquellos pacientes que tienen factores de riesgo elevados, de tal manera que se pueda evitar el riesgo de suicidio.

Un aspecto fundamental está en que los profesionales de la salud dejen minimizar la presencia del suicidio, la ideación y la intención suicidas, así como la normalización de que todos los pacientes oncológicos con dolor y depresión, síntomas comunes en el paciente con cáncer (77), desean morir y suicidarse.

En lo que respecta a la prevención terciaria, se enfatiza en que los factores de riesgo para el suicidio en personas con cáncer deberán convertirse en guía de evaluación y manejo. Pero, sin lugar a dudas, deberá pensarse en que, tal y como lo plantean Robinson *et al.* (38), la mejor estrategia está en proveer cuidados de soporte y paliativos adecuados.

Muy pocos de los artículos revisados plantean la existencia de protocolos de manejo para los casos de suicidio en pacientes con cáncer (59, 72). Sin embargo, no se encontraron publicaciones específicas sobre la existencia de

protocolos en psicología para el manejo del suicidio en esta población. Es posible que esto se explique precisamente por lo indicado al principio de esta discusión: la estigmatización de que el paciente suicida es psiquiátrico. De ninguna manera la intención es negar que el psiquiatra es quien tiene la conducta en el manejo de la crisis suicida. En cambio, el llamado es que este tipo de problemáticas pueden tener un mejor desenlace terapéutico con un trabajo interdisciplinario e integral, mucho más si se considera que, con frecuencia, el suicidio es el resultado del sufrimiento de un paciente que se siente solo, temeroso y, especialmente, mal cuidado. El psicólogo de la salud o el psicooncólogo es posiblemente el profesional que tendrá mayor conocimiento del estado afectivo/emocional del paciente oncológico durante el curso de la enfermedad y, en consecuencia, aquel que puede tener mayor probabilidad de detectar oportunamente la ideación suicida y prevenir o abordar terapéuticamente la aparición de intenciones suicidas e incluso de actos suicidas. En consecuencia con lo anterior, es fundamental la elaboración de guías de manejo psicológico y el entrenamiento de los psicólogos en el efectivo abordaje del paciente con cáncer potencialmente suicida y suicida. Los lineamientos proporcionados por Breitbart y Krivo continúan siendo una guía valiosa y pertinente para este propósito, pero es necesario trabajarla, actualizarla y, especialmente, socializarla a través de la publicación (59).

Llama la atención la escasez de estudios de investigación sobre el tema del suicidio en pacientes con cáncer en Colombia y en Latinoamérica. Al respecto, parece recomendable considerar: (a) los aspectos éticos relacionados con la investigación de este tipo de temas sensibles, en poblaciones altamente vulnerables por el estado emocional e incluso físico que puede caracterizarlos, y (b) las diferencias sociocul-

turales, especialmente en lo que se refiere a las normas del contexto en el que habita el paciente. Por ejemplo, considerar el suicidio como una alternativa para resolver el problema de "cómo voy a morir" o considerar que sufrir favorece la expiación de la culpa a través del sufrimiento, lo que puede desencadenar la ideación suici-

da, la intención suicida o el suicidio (72, 78). Y aunque las tasas de ideación suicida en esta población no son significativamente diferentes a la de la población general, las de suicidio completado son francamente elevadas (37, 44).

Descargos de responsabilidad

Este estudio no ha sido publicado en parte ni en totalidad en otra revista. Los autores no tienen conflictos de interés (financieros o de cualquier otro tipo). El artículo ha sido leído y aprobado por sus autores.

Referencias

1. Elliott GC, Colangelo MF, Gelles RJ. Mattering and suicide ideation: Establishing and elaborating a relationship. *Soc Psychol Q* 2005; 68 (3): 223-38.
2. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Ment* 2006; 29 (5): 66-74.
3. Lefetz C, Reich M. La crise suicidaire en cancérologie: évaluation et prise en charge. *Bull cancer* 2006 ; 93 (7): 709-13.
4. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22 (4): 231-238.
5. Valenzuela D. Suicidio. Bogotá: División de Referencia de Información Pericial (DRIP-CRNV); 2010.
6. Slaikeu KA. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª edición. México: Manual Moderno. Edición traducida al español por Chávez Mejía M; 1999.
7. Herzlich C, Pierret J. *Illness and self in society*. Baltimore CA: Johns Hopkins University Press; 1987.
8. Arndt J, Cook A, Goldenberg JL, Cox CR. Cancer and the threat of death: The cognitive dynamics of death-thought suppression and its impact on behavioral health intentions. *J Pers Soc Psychol* 2007; 92 (1): 12-29.
9. Pérez SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15 (2): 196-217.
10. Sarason IG, Sarason BP. *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Mc Graw-Hill; 1996.
11. Sánchez G. *El suicidio y su prevención*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina; 2007.
12. Mingote Adán JC, Jiménez Arriero MA, Osorio Suárez, R. *Suicidio: asistencia clínica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
13. Villardón Gallego L. *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto. Departamento de Publicaciones; 1993.
14. Baile WF. Rational suicide or depression: a new dilemma for the C-L Psychiatrist. *Psychooncology* 1993; 2 (1): 67-8.
15. Owen C, Tennant C, Levi J, Jones M. Suicide and euthanasia: patient attitudes in the context of cancer. *Psychooncology* 1992; 1 (2): 79-88.
16. Akechi T, Okamura H, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, *et al*. Gender differences in

- factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology* 2010; 19 (4): 384-89.
17. Lu HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psychooncology* 2009; 18 (10): 1038-44.
 18. Fall K, Fang F, Mucci L, Ye W, Andrén O, Johansson JE, *et al.* Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis: Prospective cohort study. *PLoS Med* 2009; 6 (12). Disponible en e1000197.doi:10.1371/journal.pmed.1000197.
 19. Splitter KL. Risk of suicide and suicidal ideation is higher among patients with cancer. *Neuropsychiatry Reviews* 2008; 6.
 20. Llorente MD, Burke M, Gregory G, Boswoth HB, Grambow SC, Horner RD, *et al.* Cancer: a significant risk factor for late-life suicide. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13 (3): 195-201.
 21. Recklitis CJ, Lockwood RA, Rothwell MA, Diller LR. Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24 (24): 3852-57.
 22. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004; 22 (20): 4209-16.
 23. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 1998; 39 (4): 366-70.
 24. Mayland CR, Mason SR. Suicidal intent in the palliative care setting. *J Palliat Care* 2004; 20 (2): 119-120.
 25. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura H, *et al.* Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2002; 32 (12): 506-11.
 26. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2001; 2 (8): 499-505.
 27. Martínez B. Suicidio y cáncer. En: García-Camba de la Muela E. *Manual de psicooncología*. Madrid: Aula Médica; 1999.
 28. Hietanen P, Lonqvist J, Henriksson M, Janilloja P. Do cancer suicides differ from others? *Psychooncology* 1994; 3 (3): 189-95.
 29. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikami I, *et al.* Suicidal thoughts in cancer patients: Clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53 (5): 569-73.
 30. Camidge DR, Stockton DL, Frame S, Wood R, Bain M, Bateman DN. Hospital admissions and deaths relating to deliberate self-harm and accidents within 5 years of a cancer diagnosis: a national study in Scotland, UK. *Br J Cancer* 2007; 96 (5): 752-57.
 31. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26 (29): 4731-38.
 32. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology*, 2010; Disponible en: n/a. doi: 10.1002/pon.1717.
 33. Robinson D, Renshaw C, Okello C, Møller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: A population-based study. *Br J Cancer* 2009; 101 (1): 198-201.
 34. Owen C, Tennat C, Levis J, Jones M. Cancer patients' attitudes to final events in life: Wish for death, attitudes to cessation of treatment, suicide and euthanasia. *Psychooncology* 1994; 3 (1): 1-9.
 35. Björkenstam C, Edberg A, Ayoubi S, Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? *Scand J Public Health* 2005; 33 (3): 208-14.
 36. Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick G, Stuart H, Love E. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 2002; 37 (4): 190-97.
 37. Ahn E, Shin DW, Cho SI, Park S, Won YJ, Yun YH. Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19 (8): 2097-105.

38. Robinson D, Renshaw C, Okello C, Møller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: A population-based study. *Br J Cancer* 2009; 101 (1): 198-201.
39. Yousaf U, Christensen M-LM, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer* 2005; 92 (6): 995-1000.
40. Rasic DT, Belik S-L, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology* 2008; 17 (7): 660-7.
41. Kunin H, Patenaude A, Grier H. Suicide risk in pediatric cancer patients: An exploratory study. *Psychooncology* 1995; 4 (2): 149-55.
42. Hjerl K, Andersen E, Keiding N, Mouridsen HT, Mortensen PB, Jorgensen T. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics* 2003; 44: 24-30.
43. Miller M, Mogun H, Azrael D, Hempstead K, Solomon DH. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J Clin Oncol* 2008; 26 (29): 4720-24.
44. Chung KH, Lin HC. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40 (2): 107-14.
45. Leeuwen PM, Schröder FH. Increased risk of suicide after prostate cancer diagnosis. *Nature Reviews Urology* 2010; 7: 369-70.
46. Dormer NRC, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med J Aust* 2008; 188 (3): 140-3.
47. Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004; 40 (7): 1053-57.
48. Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol* 1979; 109 (1): 59-65.
49. Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer* 1992; 69 (6): 1507-12.
50. Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, Ajiki W, Koyama Y, Kinoshita N, *et al.* Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 1999; 90 (8): 812-17.
51. Kendal WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol* 2007; 18 (2): 381-7.
52. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology* 2001; 10 (2): 156-165.
53. Akechi T, Okamura H, Kugaya A, Nakano T, Nakanishi T, Akisuki N, *et al.* Suicidal ideation in cancer patients with major depression. *Jpn J Clin Oncol* 2000; 30 (5): 221-4.
54. Alarcón A. Manual de psicooncología. Bogotá: Javegraf; 2006.
55. Valente SM, Saunders JM. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nurs* 1989; 20 (3): 166-77.
56. Howard MK, Andrea F, Holcombe G. Suicide risk in pediatric cancer patients: An exploratory study. *Psychooncology* 1995; 4 (2): 149-155.
57. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (Suppl 12-17): 18-9.
58. Hosaka T, Acki T. Depression among cancer patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996; 50 (6): 309-312.
59. Breitbart W, Krivo S. Suicide. En: Holland JC (ed.). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
60. Walker RA, Waters GM, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW, Storey DJ, *et al.* Better off dead: Suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol* 2008; 26 (29): 4705-4707. Disponible en: doi:10.1200/JCO.2007.11.8844.
61. McLoone P, Boddy FA. Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. *Br Med J* 1994; 309: 1465-1470.

62. Gunnell DJ, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socio-economic deprivation. *Br Med J* 1995; 311: 226-230.
63. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361 (9369): 1603-07.
64. Abbey JG, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W. Hopelessness at the end of life: The utility of the hopelessness scale with terminally ill cancer patients. *Br J Health Psychol* 2006; 11 (2): 173-83.
65. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, *et al.* Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income with breast or gynecological cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23 (13): 3052-60.
66. Bergquist H, Ruth M, Hammerlid E. Psychiatric morbidity among patients with cancer of the esophagus or the gastro-esophageal junction: A prospective, longitudinal evaluation. *Dis Esophagus* 2007; 20 (6): 523-9.
67. Lynch ME. The answer and practice of affective disorders an advanced cancer. *J Palliat Care* 1995; 11: 10-18.
68. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer. Políticas y pautas para la gestión. Washington DC: OPS; 2004.
69. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: Where do we go from here? *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2011; 78: 206-19.
70. Tollec C, Guitteny M, Sauvaget A, Vanelle JM. Dépression, suicide et cancer: à propos d'un cas. *Ann Med Psychol* 2008; 166 (9): 736-40.
71. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995; 36 (1-2): 11-20.
72. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC. Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9 (5): 325-40.
73. Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, Ventafridda V, De Conno F, Contiero P *et al.* Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22 (1): 544-53.
74. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, *et al.* Desire for hastened death, cancer pain and depression: Report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29 (5): 446-57.
75. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd, FA, Moore, M, *et al.* The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33 (6): 661-75.
76. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: A study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2006; 15 (4): 355-60.
77. Laird BJA, Boyd AC, Colvin LA, Fallon MT. Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psychooncology* 2009; 18(5): 459-64.
78. Die Trill M. Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología* 2003; 0 (1): 39-48.
79. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.