



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

**EL SUICIDIO EN PACIENTES CON
CANCER Y SU ABORDAJE DESDE
ENFERMERÍA. UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

Alumno: Víctor Ledo Pinillos
Tutor: Pedro Campuzano Cuadrado

Resumen

Introducción: el suicidio es un grave problema de salud pública que supone la principal causa de muerte no natural en España. El desarrollo de programas e intervenciones que favorezcan la detección y prevención de posibles conductas suicidas resulta de gran importancia. Entre los grupos de riesgo se encuentra el de los pacientes con cáncer, que presentan una tasa de suicidio casi dos veces mayor a la población general.

Objetivo: Ampliar los conocimientos del riesgo de suicidio de los pacientes con cáncer.

Material y Métodos: se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Scopus, Cochrane library, Scielo, Dialnet y Lilacs, escogiendo un total de 20 artículos que relacionan el cáncer con el suicidio.

Desarrollo del tema: existen numerosos factores de riesgo de suicidio vinculados con el cáncer, cuya identificación resulta importante para la prevención de la conducta autolítica. En esta labor es fundamental la enfermería, cuya labor de evaluación, apoyo y actuación puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Conclusiones: los pacientes con cáncer tienen mayor riesgo de suicidio, el conocimiento y detección de los factores de riesgo, así como las intervenciones de enfermería, resultan fundamentales para la prevención de la conducta suicida. Es recomendable la elaboración de protocolos de abordaje del suicidio en pacientes con cáncer y proseguir estudiando su relación.

PALABRAS CLAVE: suicidio, cáncer, enfermería, prevención.

Abstract

Introduction: suicide is a serious public health problem that is the main cause of unnatural death in Spain. The development of programmes and interventions that favor the detection and prevention of possible suicidal behaviors is essential. One of the risk groups are the cancer patients, who have a suicide rate almost twice as high as the general population.

Objective: To expand the knowledge of the suicide risk of cancer patients.

Material and methodology: a literature review was performed in Pubmed, Scopus, Cochrane library, Scielo, Dialnet and Lilacs databases, choosing a total of 20 articles that related cancer with suicide.

Results: there are numerous risk factors for suicide linked to cancer, the identification of which is important for the prevention of autolytic behavior. Nursing is significant in this work, whose evaluation, support and action can improve the quality of life of these patients.

Conclusions: cancer patients have a higher risk of suicide, knowledge and detection of risk factors, as well as nursing interventions, are essential for the prevention of suicidal behavior. It's advisable to develop protocols to deal with suicide in cancer patients and to continue studying their relationship.

KEY WORDS: suicide, cancer, nursing, prevention.

Índice

1. Introducción y justificación	1
2. Objetivos	3
3. Material y método	4
4. Desarrollo del tema	6
4.1. Contexto histórico	6
4.2. Definición y tipología	7
4.3. Epidemiología	9
4.4. Factores de riesgo asociados	12
4.5. Factores protectores	16
4.6. El suicidio en los pacientes con cáncer	17
4.6.1. El cáncer como factor de riesgo del suicidio.....	17
4.6.2. Intervención de Enfermería	20
5. Discusión	23
6. Conclusiones	24
7. Bibliografía	25

Índice de tablas

Tabla 1. Palabras clave empleadas en la búsqueda bibliográfica	4
Tabla 2. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos	5

Índice de figuras

Figura 1. Tasas de suicidio en países OCDE, 2018.....	9
Figura 2. Número de suicidios por sexos en España, 2018.	10
Figura 3. Muertes por causas externas en España, 2018.	10
Figura 4. Número de suicidios en España por sexos, 2000-2018	11
Figura 5. Número de suicidios por edades y sexo en España, 2018.....	11

1. Introducción y justificación

El término suicidio nace de la conjunción de dos raíces latinas: sui (a si mismo) y caedĕre (matar). Se trata de un comportamiento universal del hombre que se ha manifestado a lo largo de toda la historia de la humanidad (1).

Existen numerosas definiciones del término que, al incorporar diferentes matices, han dado lugar a un complejo panorama conceptual (2).

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) definió el suicidio en 1976 como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (3).

La *Real Academia Española* (RAE) lo define como “acción y efecto de suicidarse” o «acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza» (4).

Según la OMS, cerca de 800.000 personas se suicidan al año, lo que supone una muerte cada 40 segundos. Por tanto, se trata de un grave problema de salud pública que afecta a todas las regiones del mundo y se puede producir a cualquier edad (3).

En España, con un total de 3539 fallecidos en 2018, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), es la principal causa de muerte no natural, por encima de los accidentes de tráfico (5,6).

A causa de esta elevada tasa de mortalidad se han implementado en los últimos años numerosos programas de prevención y se han determinado factores de riesgo y protectores, pero a pesar de ello el suicidio continúa siendo uno de los principales problemas de salud en nuestro medio (7).

Hasta un 75% de las personas que se suicidan o lo intentan han estado en contacto con su médico el año anterior y un 45% el mes anterior, mientras que solo un tercio acudió a un servicio de salud mental en el año anterior y un quinto el mes anterior (8).

Es por ello un factor clave proseguir con esta labor de investigación con el objetivo de desarrollar programas e intervenciones que favorezcan la detección y prevención de posibles conductas suicidas.

En relación con ello, en el presente Trabajo de Fin de Grado se llevará a cabo una revisión bibliográfica del contexto histórico, los factores de riesgo, la epidemiología y la prevención del suicidio desde la enfermería, enfocándose en un grupo afectado por el suicidio como son los pacientes con cáncer, que presentan una tasa superior a la población general (9).

El cáncer, al ser una enfermedad crónica, se trata de un factor de riesgo del suicidio. Además, las personas que lo padecen suelen desarrollar problemas derivados como pueden ser la depresión, la desesperanza, la desmoralización, la pérdida de apoyo social o la falta de autonomía, que son a su vez factores de riesgo, por lo que su interacción conlleva un mayor riesgo de suicidio (10), no solo durante la enfermedad, sino también tras haberla superado (11).

Es por ello necesario que los profesionales de enfermería, especialmente aquellos que trabajan con pacientes oncológicos, sepan identificar los factores de riesgo de suicidio asociados al cáncer y actuar en consecuencia para prevenir la conducta suicida.

1. Objetivos

Objetivo general

- Ampliar los conocimientos del riesgo de suicidio de los pacientes con cáncer

Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo de las conductas suicidas en enfermos de cáncer
- Valorar el papel de la enfermería en la prevención del suicidio de pacientes con cáncer

2. Material y método

Para la realización del presente estudio se realizó una investigación bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Cochrane library, Scielo, Dialnet y Lilacs.

Además, se obtuvo información complementaria en publicaciones que no se encontraban en las citadas bases de datos, entre las que destacan:

- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. MSSSI.
- Los diferentes informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- El Instituto Nacional de Estadística (INE)
- La Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME)
- El Instituto Nacional del cáncer (NIH)
- La Sociedad Española de Oncología Médica.

En la búsqueda bibliográfica se delimitaron las palabras clave empleando los siguientes Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subjects Headings (MeSH), uniéndolos mediante el operador booleano "AND".

Tabla 1. Palabras clave empleadas en la búsqueda bibliográfica

DeCs	MeSH
Suicidio	Suicide
Prevención	Prevention
Enfermería	Nursing
Cáncer	Cancer
intento de suicidio	suicide attempted

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados fueron los siguientes:

Criterios de Inclusión:

- Documentos de acceso libre.
- Idiomas: inglés y español.
- Cronicidad: documentos publicados entre 2010 y 2020.

Criterios de exclusión: aquellos que no cumplían los criterios mencionados anteriormente

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos

Base de datos	Palabras clave MeSH, DeCS	Utilizados/ encontrados
PUBMED	Suicide AND cancer	11/1036
	Suicide attempt AND cancer	1/61
	Suicide AND cancer AND nursing	1/43
	Suicide AND cancer AND prevention	1/228
SCOPUS	Suicide AND cancer	0/960
	Suicide AND cancer AND nursing	0/12
	Suicide AND cancer AND prevention	1/48
COCHRANE LIBRARY	Suicide AND cáncer	0/203
	Suicide AND cancer AND nursing	2/38
SCIELO	Suicide AND cancer	1/16
	Suicidio AND cáncer	0/0
	Suicide AND cancer AND nursing	0/0
DIALNET	Suicidio AND cáncer	0/23
	Suicidio AND prevención	0/70
	Suicidio AND cáncer AND enfermería	0/1
LILACS	Suicide AND cancer	0/18
	Suicidio AND cáncer	1/9
	Suicide AND cancer AND nursing	1/1

De los 20 artículos seleccionados, 15 corresponden a estudios y 5 a revisiones bibliográficas. Respecto al idioma, los artículos escogidos fueron en su mayoría en inglés, 18, frente a 2 en español.

Para la citación se ha empleado el gestor bibliográfico Mendeley con el estilo Vancouver.

3. Desarrollo del tema

3.1. Contexto histórico

El suicidio ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad. No obstante, se puede apreciar una variación en su consideración y por ello en la forma de estudiar y entender el suicidio (1).

En la antigua Grecia el suicidio era un acto indigno que suponía un delito contra el Estado, siendo castigado incluso con la amputación del cadáver. Pensadores del momento como Aristóteles, Pitágoras o Platón coincidieron en condenar este acto, aunque este último lo aceptaba en caso de enfermedad, amor o autocastigo (12,13).

Durante la civilización romana el suicidio era frecuente. Se pueden apreciar dos concepciones distintas: con Cicerón en el poder (106-43 a. C.), se aceptaban ciertas circunstancias como el amor, el patriotismo, el honor y la enfermedad, mientras que con Constantino (años 290-337) pasó a ser regulado y penalizado.

A lo largo de la Edad Media, a causa de la gran influencia de la religión, la postura contra el suicidio se radicaliza, penándose con la confiscación de propiedades, la humillación del cadáver y la negación de sepultura (12,13).

Durante el Renacimiento surgen nuevas corrientes que pretenden despenalizar el suicidio. Con la revolución francesa deja de ser condenado y pensadores del momento como Voltaire y Hume lo justifican como un acto de libertad, chocando con la anterior condena moral-religiosa (12,13).

Ya en el siglo XIX, comenzó a ser estudiado de forma científica, dando lugar a enfoques desde el ámbito psicopatológico y el psicosocial (1). Estudios como los de Durkheim pusieron en manifiesto la importancia de los factores sociales, haciendo hincapié en la falta de integración del individuo (12,13).

Tras la Segunda Guerra mundial surgen numerosos estudios epidemiológicos, siendo de gran ayuda la fundación de la Organización Mundial de la Salud en 1948 (1).

En la actualidad, el suicidio es una de las principales causas de muerte no natural de la población por lo que su estudio suscita un gran interés, sobre todo por las posibilidades preventivas que plantea.

3.2. Definición y tipología

Se cree que el término suicidio fue acuñado por el inglés Sir Thomas Browne en su obra *Religio medici* (1642). En España hubo que esperar hasta 1772 para que se empleara por primera vez en la Obra *La falsa filosofía y el ateísmo*, de Fernando de Ceballos (2).

Numerosas definiciones del término han dado lugar a un complejo panorama conceptual (2).

La OMS define el parasuicidio como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (3).

El sociólogo francés Émile Durkheim lo definió como “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado”. A su vez, diferenció tres tipos (2,14):

- El suicidio egoísta: fruto de la alienación del individuo respecto a su medio social.
- El suicidio altruista: propio de sociedades que hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral.
- El suicidio anómico: en relación con la inestabilidad social.

En 2007 Silverman et al. revisa la nomenclatura de O`Carroll et al. y establece la siguiente (14,15):

- Ideación suicida: Pensamientos sobre el suicidio
- Comunicación suicida: La persona transmite a otra sus pensamientos, deseos o intenciones de acabar con su propia vida. Podemos diferenciar la amenaza suicida, predictor de una posible conducta suicida, del plan suicida, que supone la propuesta de un método para llevar a cabo una conducta suicida.
- Conducta suicida: Conducta potencialmente dañina en la que es evidente que la persona desea utilizar el intento de suicidio con alguna finalidad o muestra intención de acabar con su vida. Distingue entre:
 - *Autolesión o gesto suicida*: conducta potencialmente autolesiva en la que hay evidencia de que la persona no ha intentado matarse y desea aparentarlo para obtener algún beneficio.
 - *Conducta suicida no determinada*: conducta en la que se desconoce la intención real porque la persona no puede expresarla adecuadamente (estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas, psicosis, demencia, estados disociativos, etc)
 - *Intento de suicidio*: conducta autolesiva sin resultado fatal, en la que existen pruebas de que la persona ha intentado matarse.
 - *Suicidio*: muerte del sujeto con evidencia de intencionalidad.

3.3. Epidemiología

La OMS estimó en el año 2016 que hubo 793.000 muertes por suicidio a nivel global, suponiendo una muerte cada 40 segundos (16,17). La tasa mundial de suicidio, normalizada según edad, fue de 10.5 defunciones por cada 100.000 habitantes (17).

Según los datos de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos* (OCDE) de 2018, España presentó una tasa de suicidio de 6.8 muertes cada 100.000 habitantes, significativamente inferior a otros países como los exsoviéticos y orientales, que encabezan la lista. En la parte más baja se encuentran algunos países sudamericanos, mediterráneos y Sudáfrica (18,19).

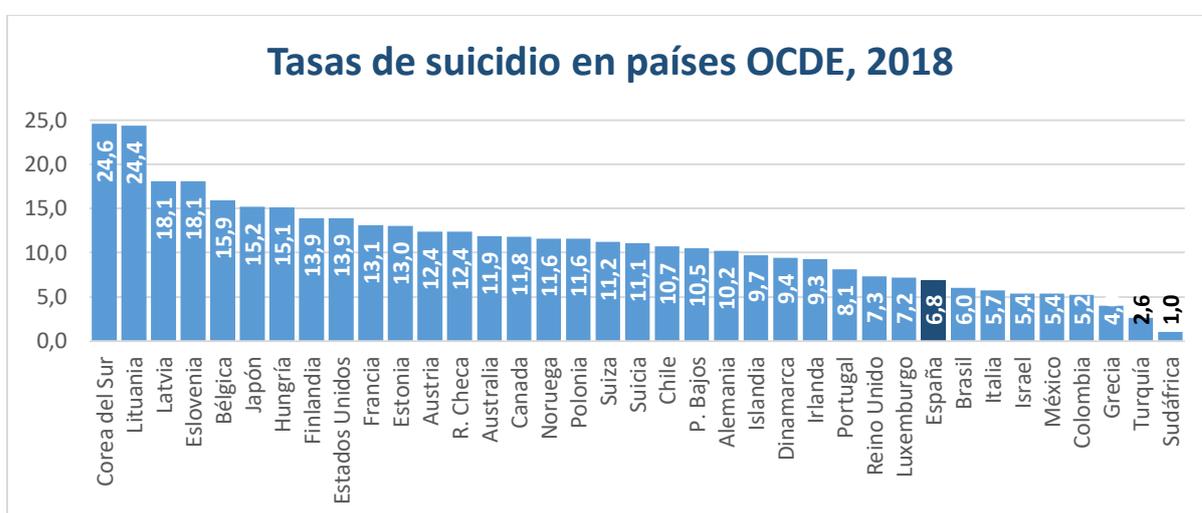


Figura 1. Tasas de suicidio en países OCDE, 2018. Fuente: OCDE (19)

Dentro de la Unión Europea, según datos de Eurostat de 2016, la tasa de mortalidad por suicidio se situaba en 10,75 muertes cada 100.000 habitantes, posicionándose España por debajo de la media con 7.41 defunciones (6).

En España, los últimos datos proporcionados por el INE corresponden a 2018, siendo 3539 los fallecidos ese año (19, 5).

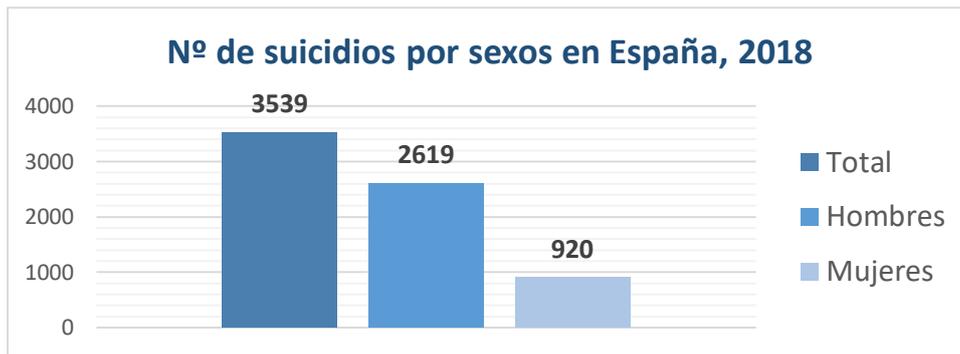


Figura 2. Número de suicidios por sexos en España, 2018. Fuente: INE (5)

Esto hace del suicidio la principal causa de muerte no natural en España, suponiendo el doble de muertes que los accidentes de tráfico y 13 veces más que los homicidios (19).

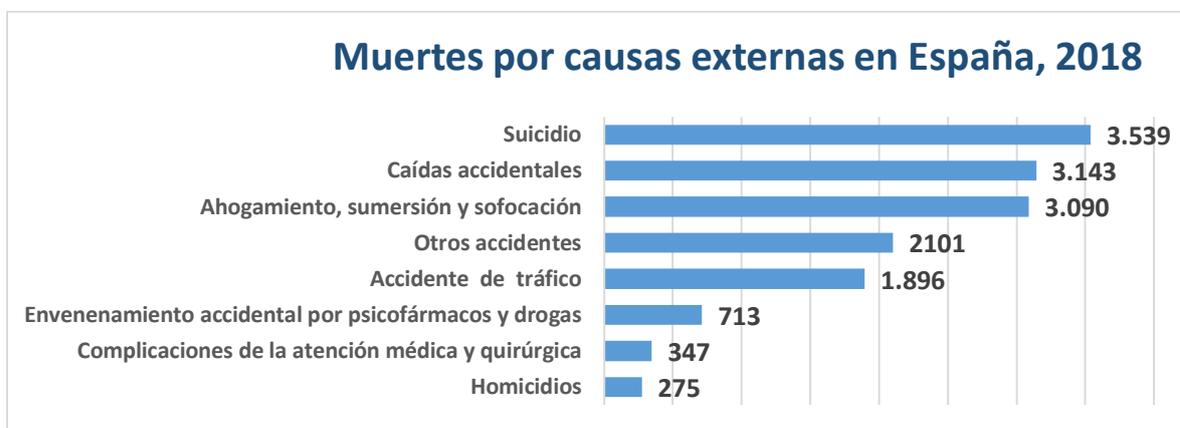


Figura 3. Muertes por causas externas en España, 2018. Fuente: INE (5)

En cuanto a la evolución del suicidio respecto a años posteriores, se observa un descenso del 3,8% en comparación al año 2017, recuperando la cifra de 2012 y confirmando cierta estabilización en los últimos 4 años. Como se puede observar en la gráfica, las cifras se comportan de manera similar en ambos sexos (5,19).



Figura 4. Número de suicidios en España por sexos, 2000-2018. Fuente: INE (5)

Por grupos de edad, el mayor número de suicidios se produce entre los 40-59 años, suponiendo el 41% del total. En los jóvenes de 15 a 29 años el suicidio es la segunda causa de muerte. Otro grupo a destacar es el de mayores de 70 años, con una tasa de suicidio superior a los jóvenes (19).

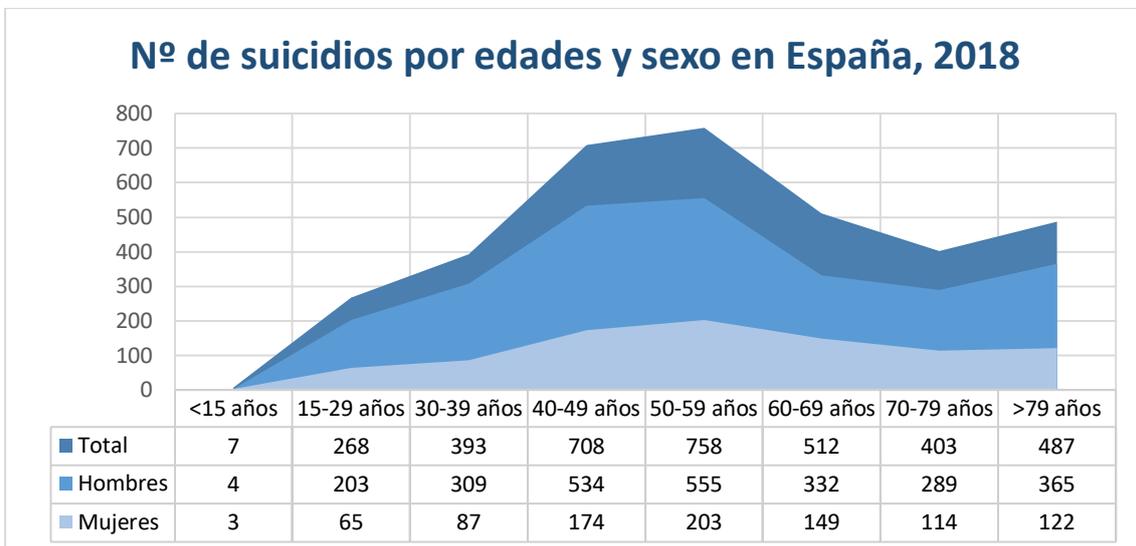


Figura 5. Número de suicidios por edades y sexo en España, 2018. Fuente: INE (5)

El suicidio es un problema global que causa más muertes que las guerras y los homicidios juntos, solo en España han muerto más de 65000 personas en lo que llevamos de siglo.

3.4. Factores de riesgo asociados

Según la OMS, “un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (20). Su identificación es de gran importancia por su estrecha relación con la conducta suicida (9).

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. Es debido a la interacción entre los factores de riesgo junto a la inexistencia de factores protectores (21).

Existen diferentes clasificaciones, la OMS sigue un modelo ecológico y diferencia entre factores de riesgo sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales e individuales (16) Otra clasificación consiste en diferenciar entre factores modificables (relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos) e inmodificables (asociados al sujeto o su grupo social) (16).

La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que se detallará a continuación, diferencia entre factores individuales, familiares y contextuales y otros factores (9).

Factores individuales

Trastornos mentales

Se asocian con frecuencia al suicidio. Los más frecuentes son la depresión mayor, el trastorno bipolar, los trastornos psicóticos, de ansiedad, de la conducta alimentaria, abuso de alcohol y de otras sustancias y los trastornos de personalidad.

La depresión mayor se trata del trastorno más asociado al suicidio, suponiendo un riesgo 20 veces mayor respecto a la población general. Según la OMS, entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio están relacionados con la depresión. Surge en cualquier edad, aunque existe un mayor riesgo cuando comienza entre los 30-40 años.

Un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento autolítico, siendo mayor el riesgo en el inicio de la patología, cuando existen comorbilidades asociadas y con falta de adherencia al tratamiento. (9,23)

El riesgo de suicidio en los pacientes con esquizofrenia es 30-40 veces superior respecto a la población general y se estima que el 25-50% realizan un intento de suicidio a lo largo de su vida.

Los trastornos de ansiedad se asocian a elevadas tasas de tentativa, ideación y suicidio consumado, aunque no está demostrado si se trata de un riesgo independiente o se asocia a otros factores.

Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, suponen una tasa cuatro veces superior, siendo la anorexia nerviosa la de mayor riesgo.

El abuso de alcohol y otras sustancias está presente en uno de cada cuatro suicidas, además no solo es un factor de riesgo sino un factor precipitante.

Factores psicológicos

Entre ellos destaca la desesperanza, presente en el 91% de los pacientes con conducta suicida según la escala de Beck.

Rasgos de personalidad como la impulsividad, agresividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad suponen marcadores importantes para valorar el riesgo de suicidio.

Intentos previos de suicidio e ideación suicida

El riesgo de suicidio aumenta 20-30 veces durante el primer año tras el intento autolítico, siendo los ancianos el grupo de mayor riesgo. En cambio, conforme la ideación suicida se prolonga en el tiempo sin intentos, el riesgo de suicidio disminuye.

Edad

En la adolescencia y en la edad avanzada existe mayor riesgo de suicidio, siendo los ancianos el grupo con mayor tasa de suicidio al usar métodos más letales

Sexo

Los hombres presentan una mayor tasa de suicidios mientras que las mujeres tienen un mayor número de intentos de suicidio.

Factores genéticos y biológicos

La disfunción del sistema serotoninérgico central se asocia con la conducta suicida, encontrándose unos bajos niveles de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado.

Enfermedad física o discapacidad

Se encuentran relacionadas con un mayor riesgo de suicidio al asociarse con trastornos mentales. La enfermedad física se presenta en el 25% de los suicidios, llegando al 80% cuando se trata de ancianos (9).

Factores de riesgo familiares y contextuales

Dentro de este grupo podemos diferenciar entre la presencia de historia familiar de suicidio, eventos vitales estresantes, factores sociofamiliares y ambientales, y el efecto “contagio”

Historia familiar de suicidio

Aumenta el riesgo, especialmente en el sexo femenino y cuando se trata de un familiar de primer grado.

Eventos vitales estresantes

Pérdidas personales, financieras, problemas legales y conflictos pueden desencadenar una conducta suicida en personas con otros factores de riesgo.

Factores sociofamiliares y ambientales

La conducta suicida es más habitual en personas solteras, divorciadas, que viven solas o con falta de red de apoyo.

Con respecto al nivel socioeconómico, la pérdida de trabajo, ya sea por jubilación o despido, la pobreza, los trabajos con un alto nivel de estrés y un bajo nivel educativo, suponen un mayor riesgo de suicidio.

La religión parece suponer un factor protector ya que las personas ateas tienen una tasa de suicidio 3-4 veces superior a las religiosas (9,24).

Efecto “contagio”

Surge tras la exposición a suicidios cercanos o a través de los medios de comunicación, aumentando la conducta suicida. Un tipo son los suicidios en “racimo”, más habitual en los jóvenes (9).

Otros factores de riesgo

Entre ellos podemos destacar la historia de maltrato físico o abuso sexual, la orientación sexual, el acoso y el fácil acceso a armas, medicamentos o tóxicos.

Historia de maltrato físico o abuso sexual

Los abusos producidos durante la infancia se asocian con la conducta suicida. Del mismo modo, existe una relación entre las víctimas de violencia de género y el suicidio, aumentando en dos veces la probabilidad de padecer trastornos mentales. A su vez, los agresores que acaban con la vida de sus parejas tienen una alta tasa de suicidio, el 16,4% en 2010 en España.

Orientación sexual

Parece existir un mayor riesgo de suicidio en la población homosexual, en relación con la mayor tasa de consumo de alcohol, depresión y desesperanza que sufre este colectivo.

Acoso

El acoso escolar en los adolescentes se vincula con altos niveles de estrés que contribuyen a un mayor riesgo de ideación y conducta suicida.

Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Aumenta el riesgo de suicidio al favorecer el paso de la ideación suicida al intento autolítico (9).

3.5. Factores protectores

Son aquellos elementos que disminuyen la probabilidad de que se desarrolle la ideación suicida y/o los intentos autolíticos (21).

Pueden dividirse entre aquellos propios del individuo y los propios de su entorno. Dentro del primer grupo se pueden incluir las actitudes en contra del suicidio, como valorar la propia vida. Además, las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, la flexibilidad cognitiva y la confianza en uno mismo favorecen la decisión de no suicidarse (9,22).

Entre los factores sociales, destacan la existencia de un apoyo social y familiar sólido, el acceso al sistema sanitario, las creencias religiosas que desapruaban el suicidio, la participación social y un menor acceso a medios potencialmente letales. Es decir, todo aquello que favorece un entorno estable para el individuo. (1,9,22).

El conocimiento de estos factores protectores, junto con los de riesgo, resultan de ayuda para detectar posibles casos de conducta suicida, así como para la elaboración de estrategias preventivas (1).

3.6. El suicidio en los pacientes con cáncer

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, diagnosticándose 18.1 millones de nuevos casos en 2018. Las estimaciones apuntan que el número de nuevos casos seguirá creciendo hasta 29.5 millones en el año 2040.

Según cifras de la *Sociedad Española de Oncología Médica*, en 2019 se diagnosticaron 277.234 nuevos casos de cáncer en España y se estima que en 2020 la cifra sea de 277.394.

El número de cánceres diagnosticados en España ha ido en aumento desde hace décadas, probablemente debido al aumento de población, el envejecimiento poblacional (que supone un factor de riesgo fundamental), la exposición a factores de riesgo y la detección precoz (25).

Junto con el deterioro gradual de la enfermedad, los pacientes a menudo presentan trastornos del estado de ánimo, como depresión y ansiedad. Estas emociones negativas entrelazadas con dolor intenso y otros síntomas físicos, afectan a la calidad de vida de los pacientes, lo que lleva a algunos de ellos a generar ideas suicidas (26).

3.6.1. El cáncer como factor de riesgo del suicidio

Estudios epidemiológicos han determinado que el cáncer es un factor de riesgo del suicidio, siendo la tasa de suicidio de los pacientes oncológicos aproximadamente dos veces mayor que en la población general (25).

Las enfermeras pasan más tiempo con los pacientes que otros trabajadores de la salud por lo que están en una posición privilegiada para detectar y prevenir comportamientos suicidas en los pacientes, para ello es fundamental conocer los factores de riesgo del suicidio relacionados con el cáncer. (27)

Los factores de riesgo en pacientes oncológicos pueden dividirse en cuatro categorías: factores demográficos, factores de la enfermedad, asociación de factores y factores psicosociales (28).

Factores demográficos

Aunque el suicidio es de las principales causas de muerte entre los jóvenes, las tasas de suicidio aumentan con la edad del mismo modo que ocurre con el cáncer, de modo que ambas circunstancias se pueden combinar (10).

Según un estudio retrospectivo con una muestra de 8.651.569 pacientes de Estados Unidos, se observó una tasa de suicidio de 28.58 por cada 100.000 personas, siendo los pacientes predominantes hombres (83%) y blancos (92%). (28). Además del sexo y la raza, la edad y el estado civil también influyen, teniendo los pacientes mayores y los que no están casados un mayor riesgo de suicidio (10).

Factores de la enfermedad

Los constituyen el tipo de cáncer. su estadio y su trayectoria (28).

Los tipos de cáncer con mayor tasa de suicidio son los de pulmón, de cabeza y cuello, de estómago y de páncreas (10).

La etapa del cáncer también es importante, cuanto más avanzado esté, mayor será el riesgo de suicidio (28).

Es de particular importancia, por su aplicabilidad en la prevención, los estudios acerca de las tasas de suicidio tras el diagnóstico.

Según un estudio de cohortes con una muestra de 6.073.240 pacientes suecos, se determinó que la tasa de suicidio entre los pacientes que recibieron un diagnóstico de cáncer fue de 250 por cada 100000 personas durante la primera semana y 60 durante el primer año, disminuyendo este riesgo significativamente tras el primer año del diagnóstico (30). Otro estudio, usando de muestra a adolescentes y jóvenes suecos, llegó a la misma conclusión del aumento de riesgo en el primer año tras el diagnóstico (31).

A su vez, un estudio llevado a cabo en Inglaterra con una muestra de 4.722.099 pacientes, llegó a una conclusión similar al determinar que el riesgo es superior en los primeros 6 meses tras el diagnóstico. También dictaminó que los pacientes con cáncer tienen un 20% más de riesgo de suicidio (32).

Otro estudio acerca del riesgo de suicidio tras el primer diagnóstico se realizó en Taiwán con una muestra de 2907 suicidios. El primer mes de diagnóstico se asoció con el mayor riesgo de suicidio en comparación con el resto, pasando de un odds ratio (OR) de 3.57 en el primer mes, a 1.53 en el sexto y 0.93 en el doceavo (33).

Por último, un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de 4.671.989 pacientes con cáncer, relacionó este incremento del riesgo durante el primer año tras el diagnóstico, con el tipo y el pronóstico del cáncer, incrementándose en el caso de metástasis, cáncer de páncreas, de pulmón y colorrectal (34).

Por tanto, los pacientes con cáncer tienen un mayor riesgo de suicidio durante el primer año tras el diagnóstico. Este riesgo disminuye con el tiempo, aunque permanece elevado durante los primeros 5 años. Durante este periodo de tiempo será especialmente importante la vigilancia de factores de riesgo (10).

El suicidio no solo afecta a los pacientes en tratamiento de cáncer, sino también a los que han sobrevivido a él. Las personas con antecedentes de cáncer tienen más probabilidades de sufrir angustia psicológica y depresión significativas, aumentando el riesgo de suicidio (35).

Un estudio que analizó 90.581 suicidios en Estados Unidos, determinó que el 4,62% de ellos poseían antecedentes de cáncer, siendo el 77% de ellos mayores de 55 años (35).

Según un estudio realizado también en Estados Unidos con una muestra de 4.219.097 supervivientes de cáncer entre el año 2000 y el 2014, se observó una tasa de suicidio de 23.6 por cada 100.000 personas, siendo esta tasa cuatro veces superior en el caso de los pacientes con antecedentes de cáncer de cabeza y cuello (11).

Asociación de factores

Son aspectos como los síntomas físicos, que deben tenerse en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio (28).

Los pacientes que experimentan dolor, fatiga y disfunción física general tienen un mayor riesgo de suicidio (10,36). Un estudio que analizó a 105 pacientes con

cáncer determinó el aumento de probabilidad de suicidio en aquellos con una vida funcional deficiente (37).

Factores psicosociales

El 41,7% de los pacientes con cáncer desarrollan enfermedades mentales, siendo la depresión la más común (38). La depresión conlleva un riesgo 25 veces mayor de suicidio y está presente en el 75% de los pacientes con cáncer que se suicidan (10,39). Por lo tanto, identificar la depresión y sus síntomas es esencial para la prevención del suicidio en pacientes con cáncer (38).

La desmoralización, independiente de la depresión, es frecuente en pacientes con cáncer y supone un fuerte predictor de la ideación suicida (10).

Existe por tanto una estrecha relación entre el suicidio y el cáncer. De hecho, un reciente estudio de diciembre de 2019, muestra un posible vínculo genético entre el intento de suicidio y el cáncer, y una posible conexión evolutiva de ambas enfermedades con ambientes de frío extremo (40).

3.6.2. Intervención de Enfermería

Una vez que se identifican los problemas de salud mental de los pacientes con cáncer, las intervenciones psicosociales pueden mejorar la calidad de vida, sin importar el pronóstico. No obstante, cerca del 40% de pacientes con un trastorno de salud mental no reciben tratamiento. Una explicación a esta problemática es que los profesionales sanitarios no identifican los problemas de salud mental en sus pacientes (41).

Según un estudio en el que se entrevistó a 20 enfermeras oncológicas de Israel, se llegó a la conclusión de que la falta de conocimiento y capacitación, la renuncia del paciente a recibir atención y la falta de protocolo de actuación, supusieron barreras para abordar las tendencias suicidas. Las estrategias para abordar la tendencia suicida fueron evaluar la situación, ofrecer cuidados paliativos, tratar los síntomas físicos y derivar para la evaluación (41).

En la búsqueda bibliográfica se encontró un estudio que pone en valor la importancia de la enfermería en la prevención del suicidio en pacientes con cáncer. Se llevó a cabo en el Centro de Cáncer del Hospital Zhongda (China) desde febrero de 2011 hasta diciembre de 2013. En él, 200 pacientes con tumores malignos y sin antecedentes de enfermedad mental fueron divididos aleatoriamente en dos grupos, 100 casos formaron el grupo de estudio y 100 el grupo control. Durante el tratamiento, los pacientes del grupo de estudio recibieron una atención psicológica, mientras que los del grupo de control recibieron la atención habitual de enfermería. Para evaluar los resultados, los pacientes completaron en el ingreso y 14 días después, las escalas SIOSS “escala de autoevaluación de la ideación suicida” y KPS “escala de estado funcional de Karnofsky”, que mide la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias.

Primero se capacitó a las enfermeras sobre la realización de los cuestionarios, las habilidades de comunicación lingüística y las habilidades de evitación de problemas delicados. Tras ello se elaboró una hoja de ruta en la que las enfermeras dedicaban más de 20 minutos de atención psicológica al día a cada paciente en la primera semana y cada dos días en la segunda semana.

Como resultado se observó una significativa diferencia a favor del grupo de estudio en la escala SIOSS en las puntuaciones del factor de desesperación, el factor optimista y el factor del sueño. En la escala KPS la puntuación fue mayor en comparación con el grupo control (a mayor puntuación, mayor autonomía). De este modo concluyeron que la atención psicológica desde enfermería puede reducir la ideación suicida de los pacientes y mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, así como el tratamiento médico (26).

La evaluación del suicidio debe ocurrir con frecuencia a lo largo del continuo del cáncer, incluyendo la detección de los factores de riesgo, el estado mental, el contexto social y los signos no verbales de depresión o sufrimiento. No existen herramientas validadas para la detección de suicidio en pacientes con cáncer, pero sí para la detección de depresión como la Escala de desesperanza de Beck o la escala de valoración de Hamilton. Además, la desmoralización, predictor de la ideación suicida, se puede valorar a través de la Escala de desmoralización.

Los pacientes de los que se sospecha conducta suicida precisan de una cuidadosa evaluación adicional. La letalidad se determina considerando su acceso a medios letales, la reversibilidad de los medios y la proximidad a una ayuda (42,27).

El primer paso para la enfermera de oncología es la acción de preguntar, lo que le conecta a los pacientes. Hablar sobre el suicidio otorga legitimidad a esta preocupación y permite a los pacientes describir sus sentimientos y temores, proporcionándoles un sentido de control. Las enfermeras deben entender que el acto de preguntar proporciona una profunda conexión que puede, incluso en ausencia de cualquier otra terapéutica medidas tomadas, convertirse en un poderoso antídoto para el paciente sufrimiento emocional (42,28).

En cuanto al abordaje de pacientes con tendencias suicidas, resulta primordial el control de los síntomas para evitar que la angustia derive en un intento autolítico. Pacientes en la etapa final del cáncer pueden requerir sedación para aliviar su sufrimiento.

Algunas de las estrategias para disminuir el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer son las siguientes: (42)

- Hacer una derivación a un profesional de salud mental.
- Llevar un riguroso control de los síntomas.
- Limitar el acceso a medios letales.
- Establecer una relación de confianza y mantener un contacto frecuente.
- Evitar la soledad del paciente y buscar apoyo para este.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo.

4. Discusión

La conducta suicida supone un grave problema de salud pública al constituir la principal causa de muerte no natural en España, por lo que suscita un gran interés en la investigación de sus factores de riesgo y estrategias de prevención. No obstante, una parte significativa de los estudios actuales están enfocados en la población general, diferentes grupos de edad como los ancianos y los adolescentes, y la depresión.

A diferencia de estos proyectos, en este trabajo se ha abordado la relación entre el suicidio y el cáncer, haciendo hincapié en los factores de riesgo propios de esta patología y, a diferencia de muchos estudios similares, el papel de la enfermería en su abordaje.

Existe una fuerte correlación entre el suicidio y el cáncer que se puede apreciar en los diversos factores de riesgo derivados de esta. Los profesionales de enfermería juegan un rol clave en la detección de estos factores, ya que pasan más tiempo con sus pacientes que otros trabajadores de la salud.

La formación de las enfermeras, especialmente las que trabajan en unidades de oncología, en la detección y abordaje de la conducta suicida resulta imprescindible para conseguir una adecuada prevención. No obstante, se ha observado una deficiencia de conocimientos en estos aspectos, en parte debido a la falta de protocolos de actuación.

En futuras líneas de investigación debería estudiarse el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer dentro de la población española, para conocer si es similar al de otros países y en base a ello, elaborar protocolos de actuación para la formación en el abordaje del paciente suicida oncológico por parte del personal de enfermería.

Una fortaleza a destacar en este trabajo es el haber encontrado bibliografía que, aunque escasa, respalda la importancia de la enfermería en el tema tratado.

A su vez, la principal limitación que ha surgido en la realización de esta revisión bibliográfica ha sido encontrar artículos que relacionaran el suicidio con el

cáncer y, especialmente, que hablan del papel de la Enfermería en este binomio.

Otra limitación es la falta de investigaciones del tema en España, teniendo que extrapolar los resultados de estudios realizados en otros países. También existe una escasez de artículos en español que hablen de esta relación, encontrando solo 2 de utilidad en la revisión bibliográfica.

5. Conclusiones

- Numerosos estudios han concluido que los pacientes con cáncer poseen un mayor riesgo de suicidio que la población general.
- El conocimiento y detección de los factores de riesgo de suicidio asociados al cáncer resulta fundamental para la prevención de la conducta suicida.
- Se ha demostrado que las intervenciones de enfermería encaminadas a reducir el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer resultan efectivas. Para ello, es necesario que las enfermeras estén entrenadas en la detección de síntomas y cuenten con las habilidades necesarias para mantener una conversación asertiva con el paciente.
- Es recomendable la elaboración de protocolos de abordaje de la conducta suicida en las unidades oncológicas, así como proseguir estudiando la relación entre el cáncer y el suicidio.

6. Bibliografía

1. Huerta Ramírez R, Ayuso Mateos L (dir), Miret García M (dir), Caballero Díaz FF (dir), Díaz J. Conducta suicida en población general adulta española: un estudio epidemiológico [tesis doctoral en Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2014 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664923/huerta_ramirez_raul.pdf?sequence=1
2. Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Rev Ciencias Soc [Internet]. 2020 [citado 26 de junio de 2020];33(46):79–106. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382020000100079&lng=es&nrm=iso
3. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. World Health Organization; 2018 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet] 2020 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/suicidio>
5. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por suicidio. [Internet]. 2017 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6181&capsel=6183>
6. Eurostat - Tables, Graphs and Maps Interface (TGM) table [Internet]. [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00122&language=en>
7. Arias López HA. Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica [Internet]. 2012 [citado 26 de junio de 2020];3(2):215–25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>
8. Gobierno de Navarra. Prevención y actuación ante conductas suicidas [Internet]. Navarra; 2014 Jul [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
9. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. 2012 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
10. Daniel C. McFarland D, Leah Walsh M, Stephanie Napolitano M, Jody Morita M, Reena Jaiswal M. Suicide in Patients With Cancer: Identifying the Risk Factors | Cancer Network

- [Internet]. 2019 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cancernetwork.com/view/suicide-patients-cancer-identifying-risk-factors>
11. Osazuwa-Peters N, Simpson MC, Zhao L, Boakye EA, Olomukoro SI, Deshields T, et al. Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. Cancer [Internet]. 2018 Oct 15 [citado 26 de junio de 2020];124(20):4072–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335190/>
 12. Daray FM, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Rev Fac Cienc Med [Internet] 2016 [citado 26 de junio de 2020]; 73(3):205-11. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457/15367>
 13. Amador Rivera GH. Suicidio: Consideraciones Históricas. Rev Med La Paz [Internet]. 2015 [citado 26 de junio de 2020]; 21(2):91-8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf
 14. Palacio A. La Comprensión Clásica del Suicidio de Émile Durkheim a Nuestros Días. Affectio Societatis [Internet]. 2010 [citado 26 de junio de 2020]; 12:12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3703186.pdf>
 15. Legido T, Baca García E, Delgado D, Hilario G, Fontecilla B. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos [Internet]. Universidad de Alcalá; 2012 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/58909791.pdf>
 16. Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, editores.2014; [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
 17. World Health Organization. Suicide rates (per 100 000 population) [Internet]. 2018 [citado 26 de junio de 2020]; Disponible en: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
 18. OECD Data. Suicide rates [Internet]. 2018 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
 19. Fundación española para la prevención del suicidio. Observatorio del Suicidio en España [Internet]. 2018 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>
 20. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet]. [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
 21. Dumon E, Portzky G. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio. Euregenas [Internet]. 2010 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Directricesprevencionsuicidio.pdf>
 22. Bobes García J, Ubago JG, Saiz Ruiz J, editors. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatría-Texto.pdf

23. Del Rocío M, García A. Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA «00150 riesgo de suicidio» [Internet]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2017 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72730/1/tesis_mariadelrocio_albuixech_garcia.pdf
24. Moreno-Montoya José, Palacios-Espinosa Ximena, Gracia-Ruiz Jennifer. Association Between Religion and Suicidal Behaviors in Cancer Patients. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2017 Dec [citado 26 de junio de 2020]; 46(4): 209-214. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502017000400209&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.007>.
25. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2020 [Internet]. 2020 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
26. Chen B, Xu Z, Li G, Dai W. The interference in the suicide ideation of patients with malignant tumors by mental clinical nursing pathway. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2014 Dec 4 [citado 26 de junio de 2020];8:1669. Disponible en: <http://www.dovepress.com/the-interference-in-the-suicide-ideation-of-patients-with-malignant-tu-peer-reviewed-article-PPA>
27. Madsen LT, Vogel WH, Hughes MK. Suicide Screening in the Oncology Population. *AdvancedPractitioner.com* [Internet]. 2016 Jan [citado 26 de junio de 2020];7(1):104. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045283/>
28. Cooke L, Gotto J, Mayorga L, Grant M, Lynn R. What do i say? Suicide assessment and management. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [citado 26 de junio de 2020];17(1). Disponible en: <https://cjon.ons.org/cjon/17/1/what-do-i-say-suicide-assessment-and-management>
29. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun* [Internet]. 2019 Dec 1 [c citado 26 de junio de 2020];10(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6331593/>
30. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami H-O, et al. Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis. *N Engl J Med* [Internet]. 2012 Apr 5 [citado 26 de junio de 2020];366(14):1310–8. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa1110307>
31. D. Lu, K. Fall, P. Sparén, H-O. Adami, U. Valdimarsdóttir, F. Fang. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals . *Ann Oncol* [Internet]. 2013 Dec 1 [citado 26 de junio de 2020];24(12):3112–7. Disponible en: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)36749-3/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)36749-3/fulltext)
32. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide after Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019 Jan 1 [citado 26 de junio de 2020];76(1):51–60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6583458/>

33. Wang S-M, Chang J-C, Weng S-C, Yeh M-K, Lee C-S. Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *Int J Cancer* [Internet]. 2018 May 15 [citado 26 de junio de 2020];142(10):1986–93. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijc.31224>
34. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, AlKhayat MA, Rachid A, Alfaar AS, et al. Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Am Cancer Soc* [Internet]. 2019 Mar 15 [citado 26 de junio de 2020];125(6):972–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.31876>
35. Massetti GM, Holland KM, Jack SPD, Ragan KR, Lunsford NB. Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psychooncology* [Internet]. 2018 Jul 1 [citado 26 de junio de 2020];27(7):1750–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6063079/>
36. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors associated with suicide risk in advanced cancer patients: A cross-sectional study. *Asian Pacific J Cancer Prev* [Internet]. 2016 [citado 26 de junio de 2020];17(11):4831–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5454682/>
37. Tanriverdi D, Cuhadar D, Ciftci S. Does the impairment of functional life increase the probability of suicide in cancer patients? *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2014 [citado 26 de junio de 2020];15(21):9549–53. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268874929_Does_the_Impairment_of_Functional_Life_Increase_the_Probability_of_Suicide_in_Cancer_Patients
38. Bulotiene G, Pociute K. Interventions for reducing suicide risk in cancer patients: A literature review. *Eur J Psychol* [Internet]. 2019 Aug 1 [citado 26 de junio de 2020];15(3):637–49. Disponible en: <https://ejop.psychopen.eu/index.php/ejop/article/view/1741>
39. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: Where do we go from here? Vol. 78, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. Elsevier; 2011. p. 206–19. [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1040842810001253?via%3Dihub>
40. Voskarides K, Chatzittofis A. GWAS studies reveal a possible genetic link between cancer and suicide attempt. *Sci Rep* [Internet]. 2019 Dec 1 [citado 26 de junio de 2020];9(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6892859/>
41. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. Strategies and Barriers in Addressing Mental Health and Suicidality in Patients with Cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2019 Sep 1 [citado 26 de junio de 2020];46(5):561–71. Disponible en: <https://onf.ons.org/onf/46/5/strategies-and-barriers-addressing-mental-health-and-suicidality-patients-cancer>
42. Instituto Nacional del Cáncer. Depresión (PDQ®)–Versión para profesionales de salud [Internet]. 2019 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq#_112_toc