

Factores de riesgo de suicidio en mujeres con cáncer de mama
Una revisión de literatura
Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

Laura Ximena Garzón Triana
Diana Marcela Mora Henao
Autoras

Ximena Palacios Espinosa
Director

Mayo de 2013

Programa de Psicología
Línea de Investigación Psicología Clínica y de Salud
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Psicología

Acta de Aprobación del trabajo de grado

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por

Diana Marcela Mora Henao


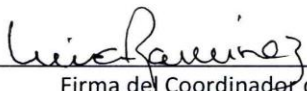
Laura Ximena Garzón Triana

Titulado: Factores de riesgo de suicidio en mujeres con cáncer de mama

Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 05 días del mes de Junio de 2013

Comité de trabajo de grado:

 Firma del Director	<u>5 junio / 2013</u> Fecha
<u>Laura Ximena Garzón T.</u> Firma del Estudiante 1	<u>5 Junio / 2013</u> Fecha
<u>Diana M Mora H.</u> Firma del Estudiante 2	<u>5 jun / 2013</u> Fecha
 Firma del Coordinador de T.G.	<u>5 jun / 2013</u> Fecha

CONTENIDO

Introducción.....	6
Objetivos	8
<i>Objetivo general</i>	8
<i>Objetivos específicos</i>	8
Método	8
Aspectos biológicos y epidemiológicos del cáncer de mama en Colombia y el mundo	10
Epidemiología del suicidio en mujeres	14
Epidemiología del suicidio en mujeres con cáncer de mama.....	19
Factores biológicos asociados con el suicidio en mujeres con cáncer de mama.....	25
Factores psicosociales asociados con el suicidio en mujeres con cáncer de mama.....	30
Discusión	43
Conclusiones.....	51
Referencias	56

RESUMEN

El cáncer de mama es uno de los diagnósticos oncológicos más frecuentes y con altas tasas de mortalidad en mujeres a nivel mundial, en específico con mayor incidencia en países del este de Europa, Asia y Latinoamérica. Su impacto trasciende el aspecto físico y afectando igualmente el área social y psicológica de estas mujeres, generando estados afectivos disfuncionales (depresión, ansiedad, estrés postraumático, conductas suicidas) que afectan su calidad de vida. La literatura reporta que el suicidio en pacientes con cáncer es 2 veces mayor que en la población general, reconociendo dentro de los grupos vulnerables a los pacientes con cáncer de mama. Objetivo: Realizar una revisión de la literatura científica producida entre 2002 – 2012, sobre los factores de riesgo de suicidio en mujeres con cáncer de mama. Método: Se revisaron 121 artículos científicos obtenidos en bases de datos especializadas. Resultados: En efecto, estas mujeres tienen factores de riesgo para el suicidio (raza, comorbilidad médica y psiquiátrica, miedo a la recidiva, estadios avanzados de la enfermedad, alteraciones en la imagen corporal, cambios en el rol social y efectos secundarios de los tratamientos oncológicos). Conclusiones: Durante el curso de la enfermedad se presentan diversos factores biopsicosociales que pueden conducir a la ideación o a la intención suicida. Por lo anterior, es necesario incorporar en la atención psicológica de las mujeres con cáncer de mama la evaluación y la intervención de la conducta suicida y continuar profundizando en el estudio de este fenómeno cuyos efectos son deletéreos para el bienestar del paciente oncológico.

Palabras clave: cáncer de mama; suicidio; riesgo de suicidio.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the most common cancer diagnosis and high mortality rates in women worldwide, in particular with higher incidence in Eastern European countries, Asia and Latin America. Its impact transcends the physical aspect and also affects the social and psychological of these women, generating dysfunctional affective states (depression, anxiety, PTSD, suicidal behavior) that affect their quality of life. The literature reports that suicide in cancer patients is 2 times higher than in the general population, recognizing vulnerable groups in patients with breast cancer. Objective: To review the scientific literature produced between 2002 - 2012, on suicide risk factors in women with breast cancer. Method: We reviewed 121 papers obtained in specialized databases. Results: In effect, these women have risk factors for suicide (race, medical and psychiatric comorbidity, fear of recurrence, advanced stages of the disease, changes in body image, changes in social role and treatment side effects cancer). Conclusions: During the course of the disease are various biological, psychological and social factors that can lead to suicidal ideation or intent. Therefore, it is necessary to incorporate in the psychological care of women with breast cancer and intervention assessment of suicidal behavior and continue to deepen the study of this phenomenon whose effects are deleterious to the well-being of cancer patients.

Keywords: breast cancer, suicide, suicide risk.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud en el mundo, siendo una de las patologías cuya prevalencia es mayor en mujeres y una de las principales causas de muerte. De hecho, es la primera causa de muerte en mujeres cuyas edades oscilan entre 35 y 55 años y la segunda aquellas que tienen entre 25 y 35 años (Rodés, 2004). En Colombia, los casos estimados de cáncer de mama para el 2008 fueron 6655 y las muertes observadas 2120 (International Agency for research on cancer, 2008).

El propósito de esta revisión de la literatura, fue revisar la literatura científica publicada entre 2000-2012, en bases de datos especializadas, sobre la conducta suicida y factores biopsicosociales asociados a esta en mujeres con cáncer de mama.

Aunque es poca la información que existe actualmente sobre la relación entre las conductas suicidas y el cáncer de mama, existe evidencia sobre el riesgo de presentar conductas suicidas vinculadas a ciertas enfermedades somáticas incapacitantes y con alta cronicidad, dentro de las cuales se incluye el cáncer. Específicamente en el cáncer de mama, en el estudio realizado por Guth, Myrick, Reisch, Bosshard y Schmid (2011) cuyo objetivo era identificar la incidencia de suicidio a través de autopsia psicológica en mujeres con esta patología; se encontraron 6 casos de suicidio consumado de la muestra estudiada, 3 de los cuales fueron realizados por medio del suicidio asistido, existiendo comorbilidad médica con trastornos del estado de ánimo y de la personalidad. También Schairer et al. (2006) realizaron un estudio sobre el riesgo de suicidio a largo plazo en pacientes con cáncer de mama encontrando que el riesgo es alto 25 años después del diagnóstico pero que es menor entre aquellos que fueron diagnosticados después de 1969, lo que podría relacionarse con el mejoramiento de los tratamientos oncológicos.

Esta revisión resulta relevante porque a través de ella se pone en evidencia la ausencia de estudios sobre el fenómeno del suicidio en relación con el cáncer de mama, lo que genera desconocimiento de variables y factores físicos y psicosociales implicados en él, los cuales pueden estar vinculados al sufrimiento psicológico y por lo tanto, interfieren de manera negativa en la intervención psicológica en el ámbito sanitario.

De acuerdo con lo anterior, en esta revisión permitirá realizar un primer aporte en la aproximación y el análisis de la comprensión de este fenómeno entre la población oncológica femenina con cáncer de mama. Así se realiza inicialmente una descripción de la histopatología y de la epidemiología del cáncer de mama en Colombia y en el mundo y luego se presentan las estadísticas que dan cuenta del suicidio en mujeres y en específico, de mujeres con este tipo de cáncer. Los dos capítulos finales, centrales para los objetivos de esta monografía, se centran en mostrar la evidencia empírica sobre los factores biológicos y psicosociales asociados con la conducta suicida en mujeres con cáncer de mama.

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar la literatura científica publicada entre 2000-2012, en bases de datos especializadas, sobre suicidio y factores biopsicosociales asociados a este en mujeres con cáncer de mama.

Objetivos específicos

Describir la epidemiología del cáncer de mama en Colombia y en el mundo.

Mostrar la epidemiología del suicidio en mujeres.

Presentar la epidemiología del suicidio en mujeres con cáncer de mama.

Reportar la evidencia empírica sobre los factores biológicos asociados con el suicidio y/o el riesgo de suicidio en mujeres con cáncer de mama.

Reportar la evidencia empírica sobre los factores psicosociales asociados con el suicidio y/o el riesgo de suicidio en las mujeres con cáncer de mama.

MÉTODO

La revisión de la literatura se realizó con base en artículos científicos extraídos de las siguientes bases de datos especializadas: Psycodoc, PsycArticles, Springer Link, Scielo, Social Science Journal, Proquest, Redalyc, Pubmed, Ebsco y Science Direct.

La búsqueda en estas bases se realizó utilizando los siguientes términos Mesh: cáncer, cáncer de mama, suicidio, enfermedad mental, enfermedad física, riesgo de suicidio. Y combinaciones de estos como por ejemplo: breast cancer, suicide, suicide and cancer, suicide and breast cancer.

La búsqueda se delimitó al periodo correspondiente a la última década: 2002-2012. Se encontraron en total 13684, de los cuales se seleccionaron 121 con base en los siguientes criterios de inclusión: a) estar relacionados directamente con el cáncer de mama; b) hacer referencia a factores biológicos y/o psicosociales asociados al suicidio en mujeres con dicha patología; c) tener como población a mujeres.

Si bien fueron pocos los estudios encontrados respecto a la relación directa de cáncer y suicidio, se seleccionaron artículos con temas relacionados correspondientes factores de riesgo que pueden interferir o conducir a una ideación o una intención suicida en mujeres con cáncer de mama.

Igualmente se revisaron e incluyeron en este trabajo monográfico capítulos de libro (publicados antes de 2002) pertinentes para describir la histopatología y la epidemiología del cáncer de mama. Así, de los 121 documentos revisados, 102 corresponden a artículos, 14 a capítulos de libro y 5 a informes estadísticos relacionados con el tema de suicidio, cáncer y sistema de salud en Colombia publicados por el Instituto Nacional de Medicina Legal, Globocan, Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de la Protección Social.

La lectura de los documentos se realizó a la luz de los objetivos propuestos para la revisión y la información pertinente para alcanzarlos se organizó en fichas analíticas cuyas categorías incluyeron: 1) prevalencia mundial y nacional del suicidio; 2) prevalencia de ideación, intención y suicidio consumado en mujeres; 3) prevalencia de ideación, intención y suicidio consumado en mujeres con cáncer de mama; 4) factores de riesgo para el suicidio en mujeres con cáncer de mama (sexo, estadio, edad, dolor físico, efectos colaterales, mastectomía, comorbilidad médica, ocupación, estado civil, nivel educativo, estrato, religión, aislamiento social, depresión, ansiedad, desesperanza, duelo y afrontamiento).

Una vez se revisaron todos los documentos, se organizó la información en las fichas, se procedió a redactar los siguientes cinco capítulos: 1) histopatología y epidemiología del cáncer de mama en Colombia y el mundo; 2) concepto de suicidio e intento de suicidio en mujeres: epidemiología en Colombia y en el mundo; 3) epidemiología de las conductas suicidas (ideación, intención y suicidio frustrado) en mujeres con cáncer de mama; 4) evidencia empírica sobre los factores biológicos asociados con las conductas suicidas (ideación, intención y suicidio frustrado) en las mujeres con cáncer de mama y ; 5) factores psicosociales asociados con las conductas suicidas (ideación, intención y suicidio frustrado) en las mujeres con cáncer de mama.

ASPECTOS BIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA Y EL MUNDO

El cáncer es uno de los tipos de neoplasia con mayor tasa de mortalidad en mujeres en la mayoría de los países, con una mayor incidencia en Europa y Norteamérica. Adicionalmente, se ha identificado un incremento de casos en Suramérica, incluyendo Colombia (Pollan *et al.*, 2007; Torres *et al.*, 2009).

El cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud en el mundo, siendo una de las patologías cuya prevalencia es mayor en mujeres, especialmente en las mayores de 50 años de edad (Angarita y Acuña, 2008; Torres *et al.*, 2009).

“ De acuerdo con Elias, Contreras y Llanque (2008), el cáncer de mama es considerado una enfermedad sistémica debido a la capacidad de metastizar , en ella , existe proliferación anormal, desordenada de las células del epitelio glandular mamario, conductos, lobulillos y en menor frecuencia del estroma (p. 14)”.

Este tipo de cáncer se presenta con mayor frecuencia en la mujer, representando el 32 % de todos los tipos de cáncer; sin embargo, es una enfermedad que los hombres también pueden desarrollar, representando el 1% de todos los casos de cáncer de mama (Farreras y Rozman, 2004; Rubinstein, 2007).

El mama de una mujer está formado por glándulas mamarias que están situadas sobre los músculos pectorales mayores, estas constan de doce a veinte lóbulos glandulares separados por tejido conectivo, adiposo, vasos sanguíneos y linfáticos, cada uno de ellos está compuesto por gran cantidad de lobulillos con sus respectivos conductos terminales que drenan al conducto galactóforo que llega al pezón (Andrade, González, Restrepo y Vélez, 2006; Pérez, 2007; Oxford University, 2010). La mayoría de los tipos de cáncer de mama comienzan en los conductos (carcinoma ductal), algunos inician en los lobulillos (carcinoma lobular) y el resto se origina en otros tejidos de sostén (Gómez y Peláez, 2001).

Se considera al cáncer de mama como la primera causa de mortalidad en las mujeres entre los 35 y los 55 años de edad; la segunda causa entre los 25 y los 35, con alta incidencia entre las mujeres occidentales, cinco veces mayor que en las orientales (Rodès, 2004). De acuerdo con un estudio realizado en Asturias en 2008 por Marcos *et al.*, (2012), cuyo objetivo principal era identificar las variables sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama, se encontró que la edad promedio de las mujeres era de 56 años. Por lo general mujeres casadas, con estudios primarios, que ejercían labores de amas de casa y se encontraban en estado postmenopáusico. De acuerdo con el perfil clínico, la mayoría de las mujeres seleccionadas en el estudio se encontraban en estadio I¹ (37,7%), con

¹ El cáncer se estadifica en 4 etapas, siendo la I y la II estadios tempranos y la III y la IV, avanzados. El estadio del cáncer de mama se refiere a la extensión de la enfermedad, lo cual indica el pronóstico del paciente, los estadios que se identifican en el cáncer de mama son: Etapa 0 Carcinoma in situ (cáncer inicial que está presente solo en la capa de células en donde empezó). En las etapas I, II y III, los números más altos indican enfermedad más extensa: tamaño mayor del tumor y/o diseminación del cáncer a ganglios linfáticos vecinos y/o a órganos adyacentes al tumor primario. La etapa IV indica que el cáncer se ha diseminado a otro órgano (Weisner, 2007).

carcinoma ductal infiltrante (84,2%) y ubicación en la mama izquierda (52,2%) (Marcos *et al.*, 2012).

En Colombia, la incidencia estandarizada por edad para el cáncer de mama se estimó en 38,8 pacientes por 100.000 casos, por año (Torres *et al.*, 2009). En el 2008 los casos estimados de cáncer de mama de la mujer fueron 6655, tasa cruda de incidencia de 29,1 y las muertes observadas corresponden a 2120, tasa cruda de mortalidad 9,3 (International Agency for research on cáncer, 2008). De acuerdo con lo referido por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), de los nuevos casos de cáncer de mama según el estadio clínico, los mayores porcentajes se evidencian en el estadio II-A (17%) y III-B (23%) siendo esto para el régimen contributivo²; para el subsidiado los porcentajes más altos se encuentran en los estadios II-B (15,8%) y III-B (32,9%) (Instituto Nacional de Cancerología, 2010).

Los tumores en el cáncer de mama por lo general tienen un comportamiento biológico diverso y presentan variabilidad clínica. La clasificación desde el tipo histológico, se compone de tumores benignos o malignos. A su vez dentro de los malignos, se resaltan los invasivos y los no invasivos. Dentro de los carcinomas no invasivos (*in situ*), se puede presentar el carcinoma intraductal, constituido por una población maligna de células que carecen de la capacidad de invadir a través de la membrana basal y que por tanto son incapaces de producir metástasis a distancia (Feig, Berger y Fuhrman, 2000), los subtipos son: comedocarcinoma, sólido, cribiforme, papilar y micropapilar; sin embargo, es importante aclarar que este tipo de tumor es un precursor del carcinoma invasivo (Feig, Berger y Fuhrman, 2000; Huicochea, González, Tovar, Olarte y Vázquez., 2009) .

²En Colombia , el régimen contributivo en el sistema de seguridad social , se refiere a los aportes a nivel económico hechos directamente por el individuo de forma independiente o vinculado a una empresa para el acceso al servicio de salud; en cuanto al régimen subsidiado, es un servicio gratuito proporcionado por el estado a poblaciones de estratos socioeconómicos bajos (Ministerio de la Protección Social,2004).

Otro tipo de tumor no invasivo es el carcinoma lobulillar *in situ*, el cual se manifiesta por una proliferación, en uno o más conductos terminales, de células laxamente cohesionadas, con raras mitosis y núcleos ovalados o redondos con nucléolos pequeños. El otro grupo de tumores en el cáncer de mama lo componen los carcinomas invasivos; este tipo de tumor va más allá de la membrana basal y se introduce en el estroma mamario; dentro de esta clasificación pueden presentarse los carcinomas ductales infiltrantes (79%) que son los más comunes, aunque existen otros subtipos histológicos invasivos menos frecuentes como el medular (2%), el tubular (6%), el mucinoso (2%), el papilar (1%), el metaplásico (1%), el lobulillar invasivo (10%) y la enfermedad de Paget (Feig, Berger y Fuhrman, 2000; Casimiro, Vilata y Zaragoza, 2008; Casadevall, Villavicencio, Castillo, Rojas, y Castañeda, 2008; Fernández y Ovarés, 2012).

Aunque se desconocen las causas exactas del cáncer de mama, se han encontrado algunos factores influyentes en su desencadenamiento; entre estos, las radiaciones ionizantes y los estrógenos exógenos utilizados como paliativos de los síntomas menopáusicos (Devita, Hellman, y Rosenberg, 1984). Los factores de riesgo más importantes son: edad de consulta, edad de menarquía, edad de primer parto y parientes en primer grado con cáncer de mama (Farreras y Rozman, 2004; Andrade *et al.*, 2006). Los factores de riesgo más estudiados son los siguientes: 1) Gestación; hay bajo riesgo si la gestación del primer hijo es antes de los 20 años; sin embargo, si se tiene luego de los 35 años, es peor que si hubiese sido nulípara. Tener más de un hijo o lactar dan protección. 2) El consumo de anticonceptivos orales a edades tempranas; así mismo, el uso prolongado de estos (mayor a 5 años) retrasa la menopausia y aumenta la densidad de la mama. Al suspender su uso el riesgo se reduce después de cinco años. 3) En cuanto al estilo de vida, las dietas hipolípídicas se asocian con menores niveles de estrógeno, lo cual disminuye la densidad de la mama (Michell, 2010). Un estudio realizado por Lobelo, Pate, Parra,

Duperly, y Pratt (2006), calculó la mortalidad por cáncer de mama asociada a la inactividad física y se concluyó que 5% de esta patología podría evitarse si se redujera en 30%. 4) La genética y la historia familiar son factores presentes en 7 a 10% de los casos, de los cuales 80% se da por alteración de los genes *BRCA1*, *BRCA2* o ambos. Aunque las mujeres con parientes en primer grado tienen riesgos relativos elevados (Gómez y Peláez, 2001; Angarita y Acuña, 2008;).

El tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinario, en él participan el médico, el ginecólogo, el cirujano, el oncólogo, el radioterapeuta y el personal encargado de la rehabilitación física y psicológica de los pacientes; también incluye un tratamiento local, regional, sistémico y eventualmente una combinación de los métodos señalados. En la actualidad, existen varios tratamientos para el cáncer de mama: el preventivo, el curativo y el paliativo. El curativo está basado en tratamientos genéricos como: el tratamiento quirúrgico del tumor, el tratamiento quirúrgico de la axila y la terapéutica adyuvante representada por la poliquimioterapia, así como la radioterapia y la hormonoterapia (Secretaría de Salud, 2002; Lozano y Gomez, 2010). Dentro del tratamiento quirúrgico, se encuentra la mastectomía que corresponde a una intervención cuyo objetivo es la extirpación total o parcial de la glándula mamaria, incluyendo la piel, la areola, el pezón y los ganglios axilares. Cuando se practica una mastectomía radical, se hace referencia a la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo. Por el contrario, cuando se conservan los músculos pectorales mayor y/o menor, se denomina mastectomía radical modificada (Val Gil, López, Rebollo, Utrillas y Minguillón, 2001).

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN MUJERES

El suicidio se define como el acto de quitarse la vida o matarse de forma voluntaria, en él están implícitos los pensamientos suicidas o ideación y el acto suicida como tal

(Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). El intento de suicidio, es considerado como un acto que el individuo realiza de manera voluntaria con el fin de hacerse daño, buscando la muerte; sin embargo, a pesar de la gravedad que puede generar la lesión, dicho acto se ve frustrado y no logra llegar a este (Gómez *et al.*, 2002).

El comportamiento suicida, es un fenómeno complejo en el que influyen diversos factores de riesgo, los cuales pueden clasificarse de la siguiente manera: 1) primarios, que incluyen trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas crónicas; 2) secundarios, hacen referencia a aquellos que desencadenan una actitud disfuncional como la solución de problemas; y 3) terciarios, abarcan factores demográficos como la edad, el género, el grupo étnico y los periodos de vulnerabilidad (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). Adicionalmente se hace evidente la importancia de factores psicosociales y ambientales asociados con el suicidio, los cuales, incluyen pérdidas tempranas, violencia intrafamiliar, abuso físico y sexual (Gutiérrez y Contreras, 2008).

En cuanto a los mecanismos utilizados para consumar el suicidio, se encuentran: intoxicación (31%), seguido por las heridas con arma de fuego (30%) y el ahorcamiento (27,3%) (Rodríguez, Díaz, Hernández y Tobon, 2006; Medina, Mendoza y Muñoz, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 1.000.000 de personas es decir, aproximadamente una cada 40 segundos, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo. Las tasas más elevadas se registran en los países de Europa Oriental, y las más bajas principalmente en América Latina y unos pocos países de Asia. Este fenómeno constituye un problema de salud pública a escala mundial.

De acuerdo con estudios epidemiológicos sobre la conducta suicida, se ha encontrado una mayor prevalencia de suicidios consumados en hombres y mayor frecuencia en los intentos suicidas en las mujeres. En Europa y otros países de habla

inglesa, la relación hombre mujer es 3-4:1; en los países asiáticos la relación es 2:1, o llega a igualarse, y sólo en China la proporción de mujeres que llegan a suicidarse es el doble que la de hombres (González et al., 2010).

Actualmente el suicidio es el mayor problema de salud pública en los Estados Unidos; en 2003 se cometieron 31484 suicidios (86 suicidios por día, uno cada 17 minutos) que corresponden a una tasa de 10.8x100.000 habitantes por año. Cada año se suicida en el mundo un millón de personas, que corresponde al 1,8% del total de fallecimientos y es la segunda causa de mortalidad en los jóvenes entre 15-24 años de edad (Tabora y Téllez, 2003). En España y el resto de Europa se sitúa en el segundo lugar (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002).

En Colombia, el suicidio se considera un problema de salud pública, ya que se sitúa entre las principales causas de muerte, se encuentra entre los países con tasas medias de suicidio, pero las cifras han variado de forma importante durante los últimos 20 años, oscilando entre tres y cinco por cada 100.000 habitantes; de acuerdo con informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, las tasas de incidencia en 1981, 1985, 1995 y 1999 fueron de 3, 5, 4 y 5 suicidios por cada 100.000 habitantes por año, respectivamente. En 2005, la mortalidad por suicidio en Colombia fue de 3,9 por 100.000 habitantes por año (González y Hernández, 2005).

El fenómeno del suicidio en Colombia ha presentado desde el año 2006 una tendencia al aumento de acuerdo con el registro del Sistema Médico Forense Colombiano. Con relación a la variable sociodemográfica de edad, se encontró que el mayor número de suicidios ocurrió en el grupo etario de los 15 a los 34 años de edad. Además, se evidenció que el 80 % de los casos se presentó en el sexo masculino y en el sexo femenino el 20%, para una razón hombre a mujer de 4 a 1, tendencia de los últimos cinco años. Igual que en los años anteriores, predominó tener un nivel educativo básico primaria seguido de

secundaria y ser soltero. En cuanto a su recurrencia, se sabe que en el ámbito nacional la tasa de suicidios registra la realización de uno cada cuatro horas (Gutiérrez *et al.*, 2006; Rodríguez, Díaz, Hernández y Tobón, 2006; Macana, 2011). En lo que respecta al año 2011, en el territorio nacional se presentaron 1.889 casos con posible muerte por suicidio, lo que refiere un aumento en el 1,3% de casos respecto al 2010. De estos casos, es necesario referir que el porcentaje fue mayor en hombres (80,62 %) que en mujeres, especialmente en un rango de edad de 20 a 24 años. Llama la atención el aumento de los porcentajes de suicidio en la población adolescente de 15 a 17 años en comparación con los años anteriores, siendo para el 2011 un porcentaje de 7,25%. (Macana, 2011; Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). Según lo reportado por The National Center for Health Statistics, el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia tardía y la adultez temprana lo que considera al suicidio como un problema de salud pública que está vinculado a acontecimientos vitales negativos que son potencialmente traumáticos y a la ideación suicida (Kerkhof, 2012).

Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad (Taborda y Téllez, 2003). En cambio, las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción, generalmente ingiriendo pesticidas o medicamentos. En un estudio realizado por Tuesca y Navarro (2003), cuyo objetivo era analizar los factores de riesgo para cometer suicidio se encontró que la proporción de hombres que consumó el hecho suicida fue del 82,6%, los intentos de suicidio, el 54,1% correspondió a mujeres, es decir que los hombres son mas letales a la hora de suicidarse, luego las mujeres hacen más intentos (Tuesca y Navarro, 2003; García *et al.*, 2007).

El suicidio consumado acontece frecuentemente en hombres mayores de 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego. Las fuentes también precisan que en el caso de

las mujeres, los grupos de edad con mayores tasas específicas son el de 10 a 19 años y el de 20 a 29 años, por intoxicación. Aunque de manera alarmante, en años recientes ha ido en aumento el número de suicidios entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, y es más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio (Tuesca y Navarro, 2003; Medina *et al.*, 2009).

Los factores de riesgo en los suicidas incluyen aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, abuso de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidio o de intento de suicidio, antecedente de abuso sexual y físico, la finalización de relaciones sentimentales, los embarazos no deseados, la falta de recursos económicos, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social (Gómez *et al.*, 2002; Rodríguez *et al.*, 2006).

Existe evidencia sobre la influencia de los trastornos psiquiátricos y las enfermedades médicas crónicas en el suicidio. Dentro los trastornos psiquiátricos vinculados, se encuentran: esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). Dentro de los mecanismos neurobiológicos que se han identificado como participantes dentro del comportamiento suicida, se encuentra el sistema de neurotransmisión serotoninérgica, ciertas alteraciones encontradas en la corteza pre frontal y el hipocampo, las dos últimas esenciales en el proceso de integración de las emociones y el manejo del estrés (Gutiérrez y Contreras, 2008).

La depresión y la ansiedad son variables asociadas al comportamiento suicida; según lo reportado por Gutiérrez y Contreras (2008) más del 50% de los suicidios están vinculados a trastornos depresivos, incluyendo influencia de los trastornos de ansiedad.

Aunque, los estudios epidemiológicos indican una mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino, el porcentaje de suicidios es mayor en el masculino. Por cada cuatro mujeres deprimidas, existe un hombre deprimido; sin embargo, de cada seis suicidios cinco son de hombres; este fenómeno, a nivel biológico podría estar influenciado por la participación de las hormonas gonadales, haciéndose evidente a través de modelos animales (Gutiérrez y Contreras 2008).

Lo anterior se explica porque el cáncer se relaciona con una patología incurable, con toda la problemática de una enfermedad crónica, mutilante, deformante con profundas alteraciones funcionales de la persona en todos los ámbitos de la vida, en la sexualidad, en lo laboral, en lo social y en lo económico. Todo lo anterior podría generar como consecuencia, la idea o la intención de suicidarse.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Las enfermedades somáticas, sobre todo si son incapacitantes y de curso crónico, se consideran un factor de riesgo suicida. Se podría esperar que muchos pacientes afectados por enfermedades somáticas graves que les ocasionan dolor y pérdida de la calidad de vida, decidieran poner fin a su situación de sufrimiento. Las enfermedades que originan mayor riesgo de suicidio e intento de suicidio son: epilepsia, cáncer, SIDA, enfermedades renales. Adicionalmente, aquellos pacientes que han recibido trasplantes de algún órgano, también tienen un riesgo de suicidio (Tuesca y Navarro, 2003; Robson, Scrutton, Wilkinson y Macleod, 2010).

Respecto al cáncer específicamente, los datos sobre la incidencia de suicidio en pacientes oncológicos son diversos, las metodologías y los resultados de los estudios varían, sin embargo, se ha encontrado que los pacientes con esta patología tienen mayor riesgo de suicidarse; incluso ha llegado a calcularse que los pacientes con cáncer tienen el

doble de riesgo que la población general (Anguiano, Mayer, Piven y Rosenstein, 2012; Fanger *et al.*, 2010). Las características propias de la enfermedad con respecto a la irreversibilidad y severidad, lo convierten en una de las principales causas que relaciona enfermedad médica y riesgo de suicidio (Martínez, 1998).

Los tipos de cáncer con mayores tasas de suicidio incluyen próstata, pulmón, cabeza y cuello, páncreas, bucofaríngeo, gastrointestinal, de mama y urogenital (Martínez, 1998, Quill, 2008; Anguiano *et al.*, 2012), mientras que las tasas son menores para el cáncer de hígado (Kendal, 2006). Por lo general, se han encontrado tres grupos de pacientes que pueden presentar riesgo de suicidio: 1) aquellos hospitalizados por intento de suicidio, 2) pacientes estresados por una enfermedad crónica, o la comunicación de un diagnóstico reciente y 3) un estado confusional en los pacientes (*delirium*), con agitación e impulsividad (Fanger *et al.*, 2010).

Según lo encontrado por Vargas (2010), en un estudio en el cual se utilizó la Escala de Ideación Suicida Beck (1979), se encontró que un 20% de los pacientes presentaban ideación suicida, siendo las sobredosis con analgésicos y sedantes el método más común para el suicidio. Sin embargo, según lo referido por Quill (2008), los suicidios reportados tienden a ser violentos; con armas de fuego o ahorcamientos y un porcentaje menor (11%) de los pacientes lo hace por auto- envenenamiento con fármacos opiáceos.

Se han encontrado algunos factores que están asociados con el comportamiento suicida en cáncer: sexo masculino, raza blanca, estado avanzado de enfermedad (Maté, González, Ibáñez y Martínez, 2008; Quill, 2008; Vargas, 2010; Fanger *et al.*, 2010), presencia de depresión mayor, enfermedades médicas con mal pronóstico, deterioro de la función física, dolor, fatiga, cansancio, desesperación y apoyo social deficiente (Tafur, De Freitas, García, Alonso y Tineo, 2004; Fanger *et al.*, 2010; Spencer, Ray y Prigerson, 2012).

Otro de los factores relevantes que puede ser predictor de suicidio es la desesperanza, evidenciándose un vínculo entre esta y la ideación suicida, cuya relación no se explica solamente por la depresión (Ransom y Sacco, 2006; Maté, 2008). Por lo general, los pacientes que reportan pensamientos suicidas, cumplen criterios para trastorno por estrés posttraumático, trastorno de pánico, sentimientos de falta de soporte social, carencia de afiliación religiosa y de espiritualidad (Spencer, Ray y Prigerson, 2012).

Se considera necesario identificar situaciones que pueden ser promotoras de pensamientos e intenciones suicidas como el agravamiento de la enfermedad, el aumento de los síntomas, el paso a un estadio o fase más avanzada (progresión de la enfermedad) (Quill, 2008). Pocos estudios incluyen la ideación e intención suicida de pacientes con cáncer a largo plazo; de hecho, en un estudio realizado por Recklitis, Diller, Li, Najita, Robinson y Zeltzer (2010), se reporta que los sobrevivientes de cáncer: a) tienen un mayor riesgo de ideación suicida, incluso años después de terminar la terapia; b) existe una asociación entre los problemas de salud física y emocional y el suicidio, especialmente en pacientes con secuelas neurocognitivas que pueden afectar la educación, el empleo y las relaciones sociales. Lo anterior sugiere la importancia de realizar una evaluación del tratamiento que se proporciona a los pacientes sobrevivientes y de mantener un enfoque biopsicosocial en la intervención.

El deseo de acelerar la muerte es otro elemento estudiado en los pacientes oncológicos que puede asociarse a la ideación suicida; dicho deseo, está relacionado con variables psicológicas, sociales y clínicas; encontrando que la depresión, la desesperanza, los síntomas relacionados con la ansiedad, el dolor, el empeoramiento de estado funcional, del estadio de la enfermedad, la calidad de vida y el bajo soporte y cohesión familiar son componentes vinculados con la disminución de la voluntad de vivir, particularmente en pacientes hospitalizados que reciben cuidado paliativo (Ransom, Sacco, Weitzner,

Azzarello y McMillan, 2006) y más aun en pacientes con cáncer de mama que por lo general cumplen roles de cuidado y de gran importancia en sus grupos familiares en el contexto colombiano

Enfrentarse al diagnóstico del cáncer de mama es una situación estresante, que genera en la mujer una gran cantidad de emociones negativas ante el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de su enfermedad; significa enfrentarse al dolor, al sufrimiento, al deterioro, a la fatiga e incluso a la muerte misma, es un acontecimiento que cambia la dinámica personal, familiar y en general del entorno de la mujer a quien se diagnostica. Este fenómeno se debe a que el cáncer se relaciona con una patología incurable altamente estigmatizada, con toda la problemática de una enfermedad crónica, mutilante, deformante que produce profundas alteraciones funcionales de la persona en todos los ámbitos de la vida, en la sexualidad, en lo laboral, en lo social y en lo económico (Guth, Myrick, Reichs, Bosshard y Schmid, 2011). Lo anterior genera en la mujer una gran carga emocional que podría llevarla a pensar en quitarse la vida, intentarlo e incluso llegar a darle fin a su situación de sufrimiento con el suicidio consumado.

Si bien son pocos los estudios realizados con respecto al suicidio en mujeres con cáncer de mama, la información que se encuentra muestra datos acerca de que algunas de las mujeres que sufren esta patología sí se suicidan. En un estudio realizado por Schairer *et al.*, (2006), cuyo objetivo fue analizar el riesgo de suicidio a largo plazo entre mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, en un periodo de 48 años, se encontró que durante este rango de tiempo, de 723.810 mujeres, 836 se suicidaron; el suicidio se presentó con mayor incidencia en mujeres negras, el estadio fue predictor de la conducta suicida, es decir que entre mayor el estadio, mayor el riesgo de suicidio, los autores concluyeron que a diferencia de los otros tipos de cáncer, donde el riesgo de suicidio disminuye con el tiempo después del diagnóstico, en el cáncer de mama esto no ocurre, probablemente debido a la

naturaleza crónica y deteriorante de este tipo de cáncer que puede llegar a tener recidivas muchos años después del diagnóstico. Precisamente respecto a esta diferencia en un estudio realizado por Erlend, Loge, Haldorsen y Ekeberg (2004), se encontró que el riesgo relativo fue notablemente elevado para hombres y mujeres, durante los primeros meses después del diagnóstico y disminuyó considerablemente en los meses siguientes; sin embargo el riesgo para las pacientes con cáncer de mama fue significativamente alto más de cinco años después del diagnóstico.

Otro estudio realizado por Guth *et al.*, (2011) durante un periodo de 17 años (1990-2006), por medio de autopsia psicológica a 1.165 mujeres con cáncer de mama, se encontró que: a) seis de las pacientes se suicidaron (0,5 %; 5.1/1000 pacientes); b) en cuatro de ellas el suicidio fue cometido cuando el cáncer ya había hecho metástasis avanzadas; c) en dos de los casos se asociaron las comorbilidades médicas; d) tres de las mujeres eligieron suicidio asistido. En el primero de los casos se encontró que esta mujer eligió el suicidio asistido después de 16 años del diagnóstico, su condición física era considerablemente delicada, sufría dolor por metástasis ósea, de pulmón y hepática, se le realizó mastectomía paliativa, en los últimos días su condición empeoró con disnea grave y metástasis cutáneas lo que deterioró aún más su calidad de vida. El segundo caso es de una mujer de 60 años con depresión severa y trastorno histriónico de la personalidad, quien en repetidas ocasiones había manifestado ideación suicida y tenía historia de un intento de suicidio previo que empeoró su condición médica; finalmente la logró consumar el suicidio saltando desde el tercer piso de su casa. El tercer caso se trata de una mujer de 54 años, diagnosticada en estadio IIIC, metastásico en hueso, ganglios, piel y cerebro; a las dos semanas de conocer esta información la paciente se lanza a un tren, consumando el suicidio. El cuarto caso se trata de una mujer de 80 años, quien tenía una alta comorbilidad médica, cáncer de recto, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, enfermedad renal para

la cual recibía hemodiálisis y cáncer de mama con metástasis pulmonares. La paciente decidió dejar de hacerse la diálisis o de recibir tratamiento para el cáncer y al cabo de seis días, murió. El quinto caso se trata de una mujer de 81 años con cáncer de mama estadio IIIC, mastectomizada, con metástasis en la pared torácica y en el pulmón, que rechaza los tratamientos oncológicos y solicita suicidio asistido. El último caso se trata de una mujer de 64 años con cáncer de mama y otras enfermedades comórbidas como cáncer de tiroides, infarto del miocardio, diabetes y artritis reumatoide, esta última asociada con altos niveles de sufrimiento y que además generó largos estados de postración, al final eligió suicidio asistido.

“Con respecto al riesgo de suicidio en cáncer de mama, se encontró un riesgo similar a la población femenina con otros tipos de cáncer. Sin embargo, se reconoce un aumento en el riesgo de suicidio en mujeres danesas con cáncer de mama” (Kendal, 2006; p. 386).

En el estudio realizado por Fanger *et al.*, (2010), se utilizó la Escala de Ansiedad y depresión en el Hospital (HADS), encontrando una tasa de depresión de 18,3 %, siendo más frecuente en el sexo femenino, bajo nivel de escolaridad, dolor y el uso de drogas psicotrópicas; existiendo una asociación entre la depresión y el riesgo de suicidio. Adicional a la influencia de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psiquiátricos cuyo impacto es notorio en la salud física (Guan *et al.*, 2012), se destaca el riesgo aumentado en pacientes con alteración de la imagen corporal, principalmente en pacientes con patología tumoral otorrinolaringológica, cáncer de mama, urogenital, gastrointestinal y melanoma (Maté *et al.*, 2008).

De acuerdo con Podelnak (2007) los implantes mamarios en pacientes con cáncer, posterior a la mastectomía, han sido un componente estudiado en el riesgo de intención suicida en estas pacientes. Al realizar una comparación entre las pacientes con cáncer de

mama con reconstrucción frente a aquellas sin esta, se evidenció un mayor riesgo de suicidio en aquellas a quienes se les había practicado intervención con implantes mamarios, esto, posiblemente relacionado con depresión o secuelas psicológicas de otro tipo.

FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL SUICIDIO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

A continuación, se presentan algunos factores biológicos que podrían influir en el desarrollo de malestar psicológico y de esta forma llegar a generar pensamientos o acciones conducidas a terminar con la propia vida. A nivel físico se experimentan cambios corporales como resultado de las intervenciones quirúrgicas en la mama, alteraciones en la imagen corporal, en los patrones de sueño, presencia de dolor, fatiga y eventualmente, dificultades sexuales (Holland y Weiss, 2010; Gremore *et al.*, 2011). Se ha encontrado que mujeres con cáncer de mama, muestran altos niveles de preocupación relacionados con los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad. (Fuentes y Blasco, 2010). Los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer de mama, como pueden ser la alopecia por la quimioterapia, la aparición de quemaduras y posterior acartonamiento de la piel después de la radioterapia local, la infertilidad después del tratamiento (especialmente en las pacientes que han recibido tratamiento con ciclofosfamida), y la aparición de sintomatología menopáusica prematura (debido bien a la quimioterapia, la castración química con inhibidores de la hormona Luteinizante (LH) o por la administración de hormonoterapia durante cinco años, prescrita en la mayoría de casos) son otros de los factores que contribuyen al deterioro físico y psicológico en estas pacientes (McGarvey, Baum, Pinkerton y Rogers, 2001; Torras *et al.*, 2005).

Por su parte, el tratamiento quimioterapéutico y los efectos secundarios de este (alopecia, náuseas, vómito, fatiga, alteración del sueño, problemas en la piel, síntomas premenopáusicos, entre otros) (Fann *et al.*, 2008), cobran gran importancia para las pacientes, cambiando su percepción sobre la calidad de vida (Ocampo *et al.*, 2011).

La modalidad de quimioterapia neoadyuvante o preoperatoria, ha permitido intervención quirúrgica en pacientes que inicialmente eran inoperables. Se considera que dicha modalidad ejerce un efecto sobre el tumor, incrementando la resecabilidad del mismo y disminuyendo su tamaño (Soriano, Lima, Batista, González, y Pangui, 2009; Ruiz, Rubio, Hernández, y Tamayo, 2011).

Cortés *et al.*, (2008) realizaron un estudio comparativo entre esquemas de quimioterapia neoadyuvante encontrando que ciertos medicamentos usados en la quimioterapia, son más efectivos y activos en el tratamiento. En este caso, el esquema de quimioterapia que obtuvo mejores resultados fue docetaxel-epirrubicina. Aun así, los efectos secundarios estaban presentes en los grupos de la investigación, generando malestar en los pacientes. .

A lo anterior se suman los efectos propios del curso de la enfermedad. Por ejemplo, la fatiga por el cáncer es una de las variables que afectan el estado emocional de las pacientes con cáncer de mama; está relacionada con problemas de sueño, que se incrementan con los síntomas depresivos (Spiegel y Giese, 2003; Fann *et al.*, 2008; Giordano *et al.*, 2012). La fatiga es un síntoma que se puede presentar con mayor intensidad como respuesta a los tratamientos de radioterapia y quimioterapia y en algunos pacientes genera altos niveles de malestar; es un síntoma crónico, incapacitante, que según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), está relacionada con la disminución de la motivación en actividades cotidianas, astenia-adinamia, somnolencia y alteraciones en el estado de ánimo (Bennett, Goldstein, Lloyd, Davenport y Hickie, 2004;

Font, Rodríguez y Buscemi, 2004). En un estudio realizado por Font, Rodríguez y Buscemi (2004) con mujeres con cáncer de mama, en donde se pretendía relacionar la fatiga con la fase clínica, se encontró que aquellas pacientes en fase de diagnóstico presentaban menos fatiga que aquellas que estaban en tratamiento complementario; aquellas en fase de recidiva eran las que más fatiga presentaban., de igual forma se encontró una relación de la fatiga con las expectativas, reconociendo menos fatiga en mujeres con altas expectativas frente al proceso médico.

El dolor es otro de los síntomas presentes en pacientes con cáncer y depende del tipo de cáncer y del estadio en que se encuentre. Se presenta con mayor frecuencia en tumores óseos, cáncer de cabeza y cuello, cáncer gástrico, cáncer de mama y cáncer genito urinario, siendo muy poco frecuente en linfomas y leucemias (Acevedo, Bonilla, Rodríguez y Palacios, 2007; Reyes, González, Mohar y Meneses, 2011). El dolor puede ser ocasionado por diversos factores: el tipo de tratamiento, el posible daño de nervios periféricos, hueso y tejido blando por la invasión del tumor, infecciones oportunistas y el dolor muscular por inactividad física (Almanza, Breitbart y Holland, 2005; Azócar, Brito, Devis, Gómez y Tortorici, 2008). Se reconoce que un 50% de los pacientes oncológicos presentan dolor durante su enfermedad, sin que exista una relación directa con el estadio en el que se encuentran; no obstante, el 74% de los pacientes terminales presentan dolor (Araujo *et al.*, 2004), cabe mencionar de igual forma que estadios avanzados del cáncer pueden producir niveles altos de dolor, sin obedecer directamente al tumor primario. De hecho, el dolor en las pacientes con cáncer de mama puede aumentar con la progresión de la enfermedad y aunque la intensidad se incrementa en etapas terminales, el 50 % de las pacientes lo presenta en estadios iniciales y 51% en fases intermedias (Acevedo, 2007). La etiología de este dolor puede ser nociceptivo o neuropático (Gibert, 2006). El dolor neuropático en cáncer de mama es efecto de las lesiones directas periféricas y central

(disfunción en el sistema nervioso). Se caracteriza por presencia de alodinia, disestesia, parestesias y paroxismos de dolor agudo distribuidos en el trayecto de nervios o plexos (Araujo *et al.*, 2004). Como es indicado anteriormente, el dolor puede variar de acuerdo al tipo de tratamiento. Respecto a la quimioterapia, la mucositis gastrointestinal y bucofaríngea, así como la neurotoxicidad son efectos secundarios que pueden originar dolor; algunos de los agentes usados en la quimioterapia como los taxanos (paclitaxel y docetaxel), los agentes de platino y los alcaloides de vinca, se han vinculado a la manifestación de dolor neuropático en mujeres con cáncer de mama (Reyes *et al.*, 2011). Cuando el dolor oncológico no es tratado de forma adecuada, puede interferir en la calidad de vida del paciente, alterando la actividad física, el apetito, el sueño y su estado psicológico (Araujo *et al.*, 2004).

Algunos estudios han analizado la relación existente entre el dolor, la depresión y la fatiga. En un estudio transversal realizado en mujeres con cáncer de mama avanzado, se encontró que existen mediadores biológicos en el sistema nervioso simpático (SNS) y en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA). Usando el Inventario Breve de Dolor (BIP), el Índice de Alteración de 7 ítems del Inventario de Síntomas de Fatiga y El Centro para Estudios epidemiológicos de escala de Depresión (CES-D), se encontró un mecanismo etiológico común en los tres síntomas (dolor, fatiga y depresión). Dicho mecanismo, es la causa de la alteración en el metabolismo de algunos neurotransmisores como el cortisol en plasma, la epinefrina, la dopamina y la serotonina (Thornton, Andersen y Blakely, 2010).

Las alteraciones en el sueño en mujeres con cáncer de mama pueden aumentar en el curso del tratamiento. Las preocupaciones vinculadas con la localización del tumor primario y los síntomas y efectos secundarios que implica la enfermedad y su tratamiento, están asociadas con los cambios en el ciclo sueño- vigilia (Fernández *et al.*, 2011).

Otro de los efectos que pueden hacerse evidentes como respuesta a la terapia adyuvante, son los déficits neuropsicológicos, estos interfieren en los procesos de atención, memoria y aprendizaje y afectan ciertas áreas funcionales en las mujeres con cáncer de mama (Weis, Poppelreuter y Bartsch, 2011).

Además de los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer de mama, es necesario mencionar la recidiva como un factor determinante en la exacerbación de síntomas físicos y de malestar general en este tipo de pacientes. La recidiva se define como la reaparición del cáncer, que puede llegar a afectar la mama que ya ha sido tratada u operada, la cicatriz operatoria o la piel que recubre la reja costa. Su aparición generalmente se relaciona con un mal pronóstico para estas pacientes. Se identifican dos tipos de recidiva: 1) recidiva regional, en esta el compromiso tumoral se presenta invadiendo los ganglios de la axila, infraclaviculares, supraclaviculares, ipsilaterales o los de cadena mamaria interna, y 2) recidiva sistémica que se refiere a la proliferación de células metastásicas en cualquier localización distinta de la local o la regional (Spenetti *et al.*, 2009).

En cuanto al cáncer metastásico; estudios indican frecuencia de metástasis en mujeres entre 50 y 59 años, existiendo un predominio del estadio III, con un tamaño tumoral T2, en donde se ven afectados de uno a tres ganglios positivos. El lecho quirúrgico, los ganglios axilares, los huesos, los pulmones, el hígado y el cerebro han sido las localizaciones más habituales en la primera recaída (Cáceres, Camacho, Roper, Barreras, y Cruz, 2010; Ruiz, Rubio, Hernández y Tamayo, 2011). Se han identificado varios factores que pueden influir en el patrón metastásico, entre los que se encuentran los receptores estrogénicos, el tamaño tumoral y el uso de quimioterapia adyuvante. Así mismo, la localización metastásica está relacionada con el pronóstico, encontrando que las metástasis óseas tienen mejor pronóstico comparado con aquellas pulmonares o hepáticas

(Alvarado, Picón, García, Valencia y Barroso, 2010). Las metástasis óseas son las causas más frecuentes de dolor en este tipo de pacientes, especialmente aquellas que tienen su origen en pulmón, mama y próstata. Se presenta como dolor focal, multifocal o generalizado. Los síndromes dolorosos vertebrales son los observados con mayor frecuencia, ya que esa localización representa el lugar más común de metástasis óseas. De ellos la localización torácica representa un porcentaje muy elevado (Acevedo *et al.*, 2007).

En relación con las enfermedades comórbidas en pacientes con cáncer y el efecto en el pronóstico, se reconoce una influencia de la comorbilidad en la supervivencia. En el caso de mujeres mayores de 60 años con cáncer de mama cuyo diagnóstico ha sido reciente, se pueden presentar enfermedades comórbidas que afectan el diagnóstico de cáncer, el tratamiento y la supervivencia (Cronin *et al.*, 2007). Se reconoce que a los pacientes con cáncer en edades avanzadas, con un mal funcionamiento físico y psicosocial tienen dificultades para tolerar los tratamientos oncológicos lo que afecta su salud en mayor intensidad. En cuanto al cáncer de mama, se han identificado ciertas condiciones que están asociadas a la mortalidad temprana en estas pacientes como lo son: insuficiencia renal, enfermedad hepática, derrame cerebral, asma, diabetes mellitus y otros tipos de cáncer (Houterman, 2004; Naeim, Sawhney, MacLean y Sanati, 2007; Ocampo *et al.*, 2011).

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON EL SUICIDIO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

En pacientes con cáncer es necesario considerar como un aspecto fundamental el compromiso psicosocial que puede generarse por la enfermedad, con el fin de optimizar el servicio de salud a los pacientes e identificar elementos influyentes en la exacerbación de

los síntomas y en el comportamiento. Se reconoce entonces la relación que existe entre la enfermedad, los aspectos sociales y psicológicos (Adler y Page, 2008). Dichos factores hacen referencia a estilos de afrontamiento de los pacientes, los vínculos afectivos, el estilo y la calidad de vida. Los factores psicológicos hacen referencia a criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que influyen en la calidad de vida de las personas y que para esta revisión, serán elementos influyentes en la condición médica de las mujeres con cáncer de mama (Núñez *et al.*, 2010). De esta manera, pacientes y familiares no solo asumen roles frente a la enfermedad sino que deben superar las dificultades psicosociales que pueden interferir en el proceso médico y en la adherencia al tratamiento como los problemas de salud, la escasez de recursos financieros y el bajo apoyo social (Adler y Page, 2008).

Los factores psicosociales que se incluyen en esta revisión por asociación con el malestar psicológico experimentado por las mujeres con cáncer de mama son: 1) reacciones emocionales ante el impacto diagnóstico, 2) efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer de mama (cirugía, quimioterapia y radioterapia) 3) recidiva, 4) comorbilidad psiquiátrica (ansiedad y depresión), 5) alteraciones en las relaciones familiares, de pareja, con el equipo de salud y 6) influencia de la cultura y el nivel socio-económico.

El curso natural del cáncer de mama como los efectos de los tratamientos a que son sometidas las pacientes, frecuentemente generan cambios a nivel hormonal, sexual, reproductivo, además de alteraciones psicológicas y sociales (Olivares, 2004). Acompañan el diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento diversas variables biológicas como las mencionadas anteriormente, que pueden llegar a afectar el estado emocional de estas mujeres y que a la luz de esta investigación serían predictoras de ideación, intención suicida o suicidio consumado en este tipo de población. Respecto al área emocional, se

evidencia un temor constante y la presencia de pensamientos intrusivos independientemente del estadio, el tiempo que ha pasado desde el diagnóstico o el tipo de tratamiento (Gremore *et al.*, 2011).

Cada mujer presenta reacciones diferentes frente al diagnóstico del cáncer de mama que se manifiestan por variados factores físicos, psicológicos y sociales. Una mujer que recibe esta noticia puede presentar síntomas depresivos, hostilidad, baja autoestima, desesperanza, negación, pérdida de la sensación de control y otros trastornos emocionales . La mayoría de las mujeres manifiesta sentimientos de miedo, ira, culpa, ansiedad, soledad, abandono y negación (Pérez, 1999). Adicional a esto, los procedimientos asociados al manejo del cáncer de mama, generan procesos de duelo en los pacientes debido a las constantes pérdidas en diferentes áreas de la vida. La elaboración de estas pérdidas puede llevar al paciente a afrontar su enfermedad en el área física y emocional, y de esta manera resignificar la vida. Sin embargo, algunos de estos pacientes no realizan una adecuada elaboración del duelo, lo que conduce al sufrimiento continuo frente a sí mismo y a los demás (Díaz, 2010), estos procesos sumados a comorbilidad psiquiátrica, antecedentes de intentos de suicidio, entre otros factores psicosociales incrementan como es de esperarse el riesgo de suicidio.

En un estudio realizado por Olivares, Martín, Roman y Moreno (2010); cuyo objetivo fue analizar los efectos psicológicos del tratamiento oncológico quirúrgico recibido (cirugía radical, cirugía conservadora, reconstrucción mamaria y cirugía profiláctica) se encontró que las pacientes sometidas a cirugía radical presentaron un nivel más elevado de síntomas de ansiedad y una peor imagen corporal, las mujeres que recibieron cirugía reconstructiva, por el contrario, presentaron mejores niveles en calidad de vida, tanto global, como en la escala de emoción, en contraste de acuerdo con Podelnak (2007) en su estudio las mujeres que recibieron implantes presentaron un mayor

riesgo de suicidio, esto, posiblemente relacionado con depresión o secuelas psicológicas de otro tipo.

A las mujeres que se les practicó cirugía conservadora tuvieron mejores niveles en la escala de calidad de vida. Por último, las mujeres sometidas a la cirugía profiláctica, presentaron mayores puntuaciones en síntomas como fatiga, dolor, síntomas en la mama y el brazo, peores niveles en las escalas de rol y social, y mayor placer sexual. Además el deterioro que se presenta está en función del daño que la enfermedad provoca en la imagen corporal y en el desempeño físico ya que la mama es un órgano relacionado con la feminidad, la maternidad, la autoestima, la autoimagen y la sexualidad (Moreno, Almonacid, Queipo y Lluch, 2006; Moura, Silva, Oliveira y Moura, 2010; Ocampo *et al.*, 2011).

En conjunto tanto los efectos secundarios del tratamiento como los síntomas psicológicos contribuyen a que la paciente con cáncer de mama no llegue a sentirse sexualmente atractiva o a que pueda relacionarse como antes lo hacía con su pareja. Para muchas de estas mujeres, la pérdida del placer sexual, ya sea por corto o largo tiempo tiene un impacto significativo; las alteraciones más frecuentes son: insatisfacción sexual, disfunciones sexuales y cambios en la relación sexual (modificación en los hábitos de interacción sexual y conductas de escape y evitación hacia la pareja), dichas dificultades están ligadas con el estadio en que la enfermedad se encuentre, el tipo de tratamiento que la mujer esté recibiendo, creencias erróneas relacionadas con la enfermedad y la sexualidad, cambios fisiológicos por efectos secundarios, alteración de la imagen corporal, baja autoestima y el impacto y reacción de la pareja ante la enfermedad y el tratamiento. Dentro de los factores predisponentes para estas dificultades están el momento del ciclo vital en que la mujer se encuentre (siendo las adolescentes, las jóvenes o las que no tienen pareja las que presentan mayor riesgo), alteraciones sexuales previas, historia de malas

relaciones de pareja, traumas sexuales en el pasado, disfunción sexual previa, el tipo de personalidad, el nivel educativo y la cultura (Olivares, 2004; Rojas, 2006). Dejar este tema a un lado por la importancia que se le da al tratamiento del cáncer, puede generar en estas mujeres sensación de abandono, aislamiento, soledad y distorsión de su imagen corporal (Pérez, 1999).

Las mujeres mastectomizadas reportan cambios en el patrón de sueño; al respecto, Giordano *et al.*, (2012) realizaron un estudio sobre el estado de ánimo, la calidad y la cantidad del sueño en mujeres con este diagnóstico antes y después de la cirugía, encontraron alteraciones en el contenido de los sueños, preocupaciones sobre cambios corporales y dificultades en las relaciones sociales, estaban reflejadas en ellos.

Los efectos psicológicos respecto a la mastectomía pueden ser: amenaza de una enfermedad fatal, impacto de pérdida de la mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación de feminidad, decremento del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa (Olivares, 2004). Tanto las mujeres mastectomizadas como las que han tenido tumorectomía presentan niveles de ansiedad, depresión e indicadores de calidad de vida similares, incluso el miedo a la recidiva es similar en los dos casos (Pérez, 1999).

Con relación a la quimioterapia adyuvante se encontró que es el tratamiento que mayor demanda psicológica tiene en mujeres con cáncer de mama, ya que en esta los síntomas que más se presentan son la ansiedad, la depresión y la disfunción sexual, los cuales están relacionados con la disminución de la calidad de vida y con alteraciones en el sistema inmunológico (Fann *et al.*, 2008; Bellver *et al.*, 2009). De acuerdo con lo anterior, la quimioterapia en mujeres con cáncer de mama se ha asociado a poca vitalidad y disminución en el funcionamiento social (Costa y Ballester, 2010).

Andreu, Galdon e Ibáñez (1991) compararon las reacciones emocionales de mujeres sanas frente a mujeres con cáncer de mama bajo tratamiento con poliquimioterapia, encontrando que las pacientes con cáncer de mama en estadios II y III, son más dependientes, están más deprimidas y presentan mayor ánimo depresivo que las mujeres sanas; Con respecto al estadio IV este estudio mostró que a medida que el cáncer avanza y llega a este nivel, las pacientes evaluadas se mostraban emocionalmente más estables, lo que se asocia con una mayor adaptación o ajuste de las pacientes a su enfermedad (Andreu, Galdon e Ibáñez, 1991). En lo que se refiere al tratamiento con radioterapia, un estudio demostró que el 20% de las pacientes con cáncer de mama sometidas a esta, experimentaron malestar significativo. Las mujeres de mayor edad y las casadas, mostraron mayor vulnerabilidad. El malestar estuvo relacionado con la familia, problemas emocionales y físicos. La radioterapia despertó temores, nerviosismo, tristeza y preocupación (Bulotiene y Zalnierunaite, 2011). La radioterapia también se relaciona con niveles altos de depresión y ansiedad, la astenia y los cambios producidos en la piel son los que producen estos síntomas (Pérez, 1999).

Un factor muy importante es el miedo constante a la recidiva que aumenta con cada control médico o cuando aparece alguna molestia o síntoma nuevo. Algunas mujeres mantienen por el resto de sus vidas un sufrimiento constante por la posibilidad de que el cáncer vuelva a aparecer o se haga más grave. Para muchas pacientes la recidiva supone una crisis aun mayor que el diagnóstico inicial, llegando incluso a producir una depresión mayor en la paciente (Pérez, 1999; Rojas, 2006).

Las mujeres con cáncer de mama al experimentar cambios en su imagen corporal, y con esto, alteraciones en su sexualidad, pueden presentar sentimientos y actitudes que afectan su autoestima, produciendo percepciones negativas de sí mismas. El autoestima, se ve afectada, en parte por el temor de ser rechazadas y de no poder continuar con sus

actividades cotidianas; y altos niveles de estrés psicológico, cuya intensidad está influida por el tiempo de diagnóstico y los recursos personales de la paciente (Moura, Silva, Oliveira y Moura, 2010). Es necesario resaltar el rol social que ha cumplido la mama de la mujer en un principio como definidor del género y el sexo; pero también su papel en la feminidad dentro de la cultura occidental, influyendo en el atractivo físico y la sexualidad, se ha encontrado que el tratamiento es un factor que influye en las percepciones positivas y negativas que la mujer hace de sí misma, siendo la mastectomía el tratamiento en el que se ha reconocido peor imagen corporal y más baja autoestima comparado con la tumorectomía (Sebastian, Manos, Bueno y Mateos, 2007; Rincón, Pérez, Borda y Rodríguez, 2010). Reportes académicos identifican ciertos factores de riesgo que pueden contribuir a un mayor malestar emocional en mujeres con cáncer de mama; dentro de estos cabe mencionar edad, trastorno mental previo o historia de malestar emocional anterior, presencia de enfermedades comórbidas y escaso apoyo social (Rincón *et al.*, 2010)

El malestar psicológico asociado con el dolor es otro factor psicosocial de importancia en el abordaje de las mujeres con cáncer de mama. De hecho, existe evidencia de que en general, los pacientes con cáncer que presentan dolor tienen una probabilidad mayor de presentar un trastorno depresivo; 62.8% comparado con 46% en pacientes con cáncer sin dolor (Almanza, Breitbart y Holland, 2005). El dolor físico es una variable de gran influencia en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama; es decir que hay una fuerte asociación entre la depresión, la angustia y ansiedad con el dolor físico (Montgomery y Bovbjerg, 2004; Reddick, Nanada, Campbell, Ryman y Gaston, 2005). El dolor puede producir en el paciente tanto malestar que se genere una alteración en el afrontamiento de la enfermedad, aumentando así la percepción de indefensión y vulnerabilidad, llevando al paciente a tener malestar físico y psicológico de alto nivel si no dispone de un adecuado apoyo social, afectivo y espiritual (Gibert, 2006).

En el estudio realizado por Moreno *et al.*, (2006) se encontró que aquellas pacientes que sufren una enfermedad aguda presentaron mayores dificultades para afrontar las consecuencias de la mastectomía así como una menor satisfacción con la reacción de las personas cercanas, familiares y amigos.

Los trastornos depresivos en pacientes con patologías médicas son poco diagnosticados o ignorados, no son tratados y rara vez se someten a tratamiento adecuado, lo que es objeto de complicaciones como el suicidio (Charlson y Peterson, 2002).

Las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de los pacientes, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas (Valencia, 2006).

Se ha identificado que los trastornos psicológicos disminuyen con el tiempo, y que solo algunos de los pacientes con cáncer desarrollan problemas psiquiátricos. Algunos factores influyentes en la morbilidad psiquiátrica son las características del paciente (edad, nivel educativo, antecedentes psiquiátricos) y los tratamientos. En un estudio realizado por Morasso *et al.*, (2001), se evaluó el malestar psicológico a través del Inventario de Trastornos Psicológicos (PDI) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), encontrando que existe una probabilidad mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos con el aumento de la edad, siendo mayor el riesgo en mujeres post-menopáusicas y con antecedentes psiquiátricos.

Algunos estudios muestran que entre el 20 % y el 35 % de las mujeres con cáncer de mama, independiente del estadio, tienen morbilidad psiquiátrica, n estas mujeres, las principales manifestaciones de malestar psicológico reportadas en diferentes momentos y con los diferentes tipos de tratamientos oncológicos son ansiedad y depresión (Bellver *et*

al., 2009; Omelas, Tufiño y Sanchez, 2011). La ansiedad y la depresión en mujeres con cáncer de mama son las quejas principales en el periodo del impacto diagnóstico (detección de síntomas y diagnóstico) (Cervera y Aubá, 2005). Durante las fases que corresponden al tratamiento, post-tratamiento, recaída, recidiva y cuidados paliativos predominan y se mantienen los síntomas depresivos, los procesos de duelo y la decepción (Torras *et al.*, 2005; Robles, Morales, Jiménez y Morales, 2009). Los trastornos de la personalidad pueden exacerbar la presentación de ansiedad y de depresión entre los pacientes oncológicos y esta última se aumenta en especial con la ausencia de apoyo social en pacientes con cáncer de mama (Robles *et al.*, 2009).

Bellver *et al.*, (2009), encontraron que la intervención psicológica (en especial la primera sesión) genera cambios significativos en los síntomas depresivos y ansiosos ya que favorecen mantenimiento de estados de ánimo positivos y la reducción de afecto negativo en mujeres con cáncer de mama. Adicional a esto, se encontró que las creencias religiosas proporcionan herramientas de ajuste y adaptación de la paciente a su proceso de enfermedad (Moura *et al.*, 2010). Existe evidencia de que la religiosidad puede tener un efecto amortiguador en la depresión. Aukst-Margetić, Jakovljević, Margetić, Bisćan y Samija (2005) realizaron un estudio que buscaba reconocer la relación entre depresión, dolor y religiosidad en pacientes con cáncer de mama, usaron como instrumentos el Cuestionario de la fuerza de la fe religiosa, Santa Clara (SCSORF), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la Escala Visual Análoga (EVA) y encontraron que a mayor religiosidad, menor prevalencia de depresión; por lo general, las características de los pacientes que presentaron alta religiosidad fueron menor nivel educativo, desempleo y mayor número de hijos. Se postula que la religión tiene un efecto amortiguador en la depresión al promover constante apoyo social, reducción de hábitos de

riesgo como consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, los cuales están asociados con una mayor satisfacción con la vida y aumento de la salud psicológica³ (Aukst *et al.*, 2005).

Otro factor importante relacionado con la depresión es el incumplimiento del tratamiento oncológico debido a los efectos secundarios que produce y que por tanto puede contribuir en un deterioro de la condición de las pacientes (Bui, Ostir, Kuo, Freeman y Goodwin, 2005). La depresión, al estar presente en las pacientes con cáncer de mama puede intensificar los síntomas físicos, aumentar el deterioro funcional y afectar los procesos de adherencia al tratamiento (Fann *et al.*, 2008).

En otro estudio realizado por Osborne, Elsworth y Hopper (2003) con una muestra de 731 mujeres con cáncer de mama entre 23 y 60 años, se usó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y se encontró un porcentaje del 23 % para ansiedad y 3% depresión. La incidencia de depresión fue mayor en mujeres jóvenes y con menor nivel educativo, siendo las mujeres menores de 35 años quienes tenían un ligero aumento en el riesgo de presentar ansiedad. Se encontró una tendencia general de disminución de la ansiedad con el aumento del nivel educativo. Al hacer una comparación entre estadios, se encontró que las mujeres en estadio II tenían un riesgo menor de presentar altos niveles de ansiedad comparado con mujeres en estadio I. Adicionalmente, las mujeres en estadios III y IV tenían un riesgo mayor de presentar altos niveles de ansiedad. Los resultados del estudio de Costa y Ballester (2010) contradicen los resultados anteriores, al comparar dos grupos de mujeres con cáncer de mama, uno de ellos en estadio inicial y el otro con cáncer metastásico, no se encontraron diferencias significativas con respecto al malestar emocional.

³ El concepto de Salud Psicológica o salud mental, según la Organización Mundial de la Salud, hace referencia a un estado de bienestar del individuo el cual, le permite realizar su potencial, así mismo, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad. Por otro lado, éste concepto no se configura solo como un estado, sino como un proceso en el cual, intervienen las características de la persona, incluyendo su estilo de afrontamiento (Rondón, 2006).

En el área social, se pueden evidenciar cambios en la funcionalidad en las actividades cotidianas y en el mantenimiento de relaciones con las redes sociales (Gremore *et al.*, 2011). La red de apoyo familiar es un factor determinante en la adaptación de las mujeres que tienen cáncer de mama, además del ciclo vital en el que se encuentren. El diagnóstico del cáncer llega tanto a la paciente como a la familia como una avalancha emocional, donde hasta los miembros de la familia pueden llegar a presentar depresión, ansiedad y angustia. Es diferente el efecto emocional del diagnóstico en una madre joven con hijos pequeños que en una mujer mayor que carece de apoyo familiar. La pareja también presenta una incertidumbre constante que genera miedo a la recidiva y a la muerte. Hay también un cambio en el rol social, ya que la pareja de la paciente es quien asume ahora el cuidado de la casa y los hijos. Los sentimientos de soledad, culpa y confusión están presentes continuamente en la pareja. Los niños presentan miedo por su propia seguridad (Pérez, 1999). De hecho, la preocupación más frecuente es la relacionada con los hijos (indicada por el 90% de las pacientes); sin embargo, la preocupación que alcanza una mayor intensidad es el cuidado de terceras personas (Fuentes y Blasco, 2010). En la relación de pareja, después del diagnóstico, el ajuste de esta relación empeora en relación con la satisfacción y la expresión emocional; sin embargo, tras este impacto se produce un aumento en la cohesión matrimonial (Cervera y Aubá, 2005).

El apoyo social percibido por parte de las mujeres con cáncer de mama, proveniente del equipo de salud, de su médico tratante, de la familia y del grupo de amigos que la rodean, está relacionado con un mejor pronóstico a nivel emocional (Pérez, 1999). Por consiguiente, el apoyo social deficiente es un factor de riesgo para la morbilidad psicológica en una variedad de ambientes. Parece ser que el soporte social en pacientes oncológicos no tiene un impacto sobre el funcionamiento social, pero influye en la percepción de bienestar (Valencia, 2006)

Otro factor importante vinculado al área social es la información que se genera por parte de las entidades promotoras de salud en cada país, quienes son las encargadas de informar y generar campañas preventivas dirigidas a la detección temprana del cáncer de mama. El diagnóstico precoz es menor en países hispanos, lo que genera acceso a los tratamientos en estadios muy avanzados, disminuyendo así las posibilidades de supervivencia para estas pacientes (Pérez, 1999). El nivel socio económico es un factor relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el acceso a los servicios que este presta, es decir que con una mayor cobertura y efectividad a la hora del diagnóstico para la detección temprana del cáncer de mama, podría llegar a lograrse una mayor eficacia a la hora de la implementación de un tratamiento. Según Gutiérrez y Alarcón (2008), la pobreza se encuentra relacionada con una menor oportunidad de detección temprana del cáncer de mama, lo que muestra una falencia importante en la prevención primaria y secundaria de salud. Siendo esto particularmente importante en Colombia si se tiene en cuenta que el sistema de seguridad social vigente, donde los recursos son limitados para cubrir a la población general, no cuenta con sustento suficiente para atender las enfermedades catalogadas como de alto costo (Suárez y Quintero, 2008). Es así como en este país, las pacientes que pertenecen al Régimen Subsidiado, presentan barreras especialmente en lo relacionado con el diagnóstico oportuno, lo que conlleva a que inicien el tratamiento de forma tardía. Dado que el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud, puede ser un indicador indirecto del nivel socioeconómico, se encuentran diferencias significativas con respecto a la calidad de vida de las pacientes del nivel bajo (régimen subsidiado), respecto a las del nivel medio o alto (régimen contributivo) (Salas y Grisales, 2009). Es decir que no tener acceso oportuno, ni parcial ni total, a los servicios de salud es el principal factor asociado con un diagnóstico de cáncer de mama en estadio avanzado. Se evidencia que las mujeres con cáncer de mama que

reciben un diagnóstico tardío por lo general, son mujeres en edad avanzada y de una clase sociocultural baja (Weisner, 2007).

En relación con la accesibilidad, se evidencian ciertas falencias que puedan presentar las instituciones prestadoras de los servicios de salud, relacionadas con procesos de prevención y promoción y por lo tanto de detección temprana del cáncer de mama, incluyendo la participación de las mujeres en los aspectos que tienen que ver con las prácticas de autoexamen, la realización de la mamografía que debe ser anual en mujeres mayores de cincuenta años y la poca concordancia que existe entre la percepción del riesgo de sufrir la enfermedad, lo que indica un escaso conocimiento sobre el cáncer de mama, la forma de detectarlo y cómo prevenirlo (Geronimo *et al.*, 2011). También se encontró una asociación entre un mayor nivel educativo, y el diagnóstico de la enfermedad en estadios tempranos y el inicio del tratamiento oportunamente (Piñeros *et al.*, 2008). Lo anterior explica que el cáncer de mama se profile como uno de los problemas de salud pública que van en incremento en Colombia (Geronimo *et al.*, 2011) y que eventualmente aumenta el malestar físico y psicológico en las pacientes, lo que podría contribuir al desarrollo de síntomas ansiosos e incluso a la aparición de psicopatología.

Es así como el cáncer de mama en países con bajos recursos, exige cambios y el establecimiento de estrategias que impidan que la enfermedad sea diagnosticada en estadios avanzados en los cuales los pronósticos son desfavorables (Smith *et al.*, 2007). Frente a esto cabe mencionar los aspectos culturales, vinculados al cáncer de mama, los cuales intervienen en la forma en que la mujer reacciona frente al diagnóstico y al tratamiento de su enfermedad (Pérez, 1999; Holland y Weiss, 2010). Respecto a esto último, se han encontrado algunas barreras que dificultan el proceso de obtención de información y búsqueda de ayuda sanitaria, entre estas: 1) temor a generar un estigma para los familiares, especialmente los hijos, 2) estar aislado, 3) preferencias por los curanderos,

4) aspectos relacionados con la religión y costumbres culturales ,5) percibir al cáncer como sinónimo de muerte y 6) el permiso u opinión de la pareja. Dichas barreras, incluyendo la insuficiencia de información por parte de las pacientes, son elementos que contribuyen a un diagnóstico tardío y a un impacto emocional alto, lo que no solo impide un tratamiento temprano adecuado, sino que también disminuye la sobrevida de estas pacientes (Smith *et al.*, 2007; Nigenda, Caballero y González, 2009).

Por último se reconoce que el diagnóstico de cáncer, representa una amenaza no solo en la esfera física del individuo, sino que interfiere en el funcionamiento psicológico y social de la persona. Por lo tanto, el estrés crónico, la depresión, el apoyo social inadecuado y otros factores influyen en un desequilibrio emocional de los pacientes, siendo estos factores de riesgo para el desarrollo de ideación e intención de suicidio. (Adler y Page, 2008).

DISCUSIÓN

Con el propósito de explicar los resultados encontrados sobre la relación entre suicidio y cáncer de mama, se diseñó un esquema comprensivo de esta asociación (figura 1). Como se explica a continuación, este esquema toma como referencia 4 rutas: 1) cáncer de mama y los factores que competen a la enfermedad; 2) los aspectos biológicos; 3) los aspectos psicológicos y 4) los factores de riesgo que conducirían a la ideación o intención suicida en cáncer de mama.

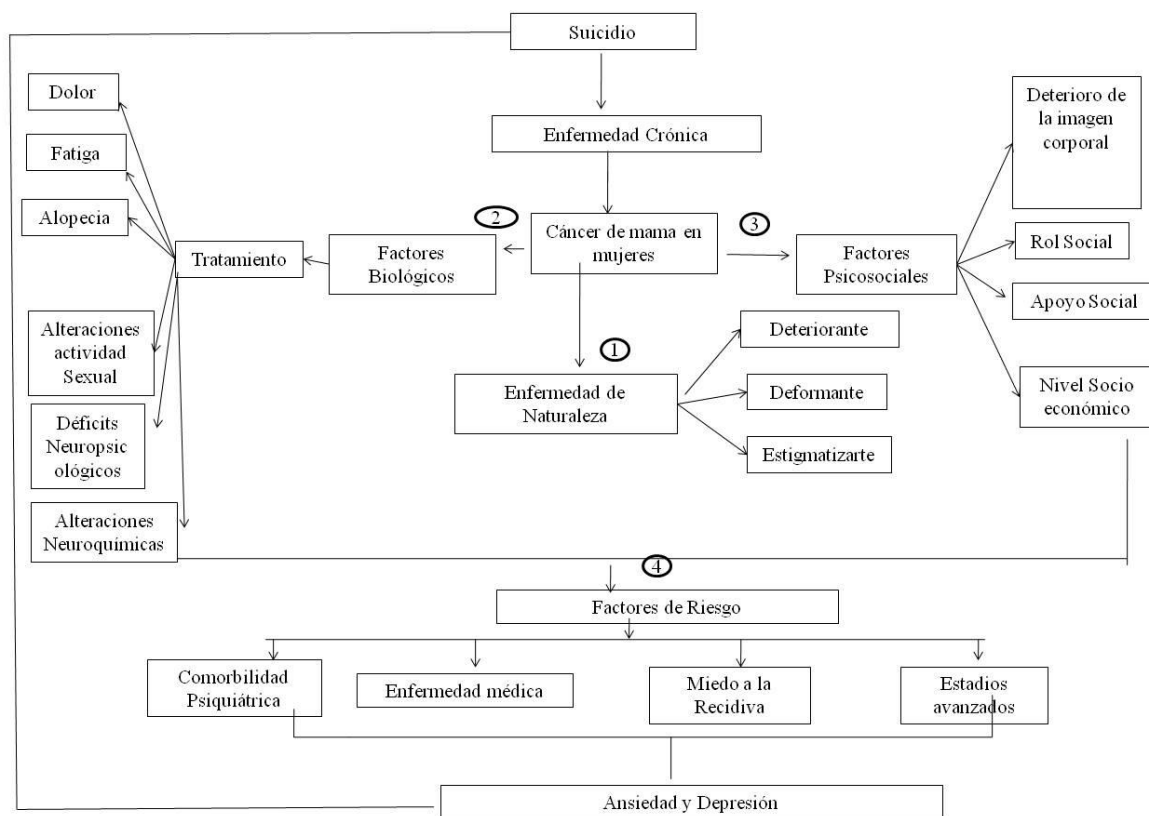


Figura 1. Esquema comprensivo de la conducta suicida en mujeres con cáncer de mama.

Como se ha indicado anteriormente, el suicidio es definido como el acto de quitarse la vida de forma voluntaria, y en él están implícitos pensamientos suicidas o ideación suicida (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). En Colombia, los estudios epidemiológicos muestran que el género masculino comete más suicidio, sin embargo, los intentos suicidas son mayores en el femenino (Tabora y Téllez, 2003). Contrario a lo que sucede en países asiáticos, específicamente en China donde la proporción de mujeres que se suicidan es el doble que la de hombres (González *et al.*, 2010).

Existen ciertos factores de riesgo para el suicidio, incluyendo trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de sustancias y trastornos de personalidad) y enfermedades médicas crónicas. El cáncer se incluye en

estos últimos, y hace parte de aquellas enfermedades que tienen mayor riesgo de suicidio e intento de suicidio, junto con la epilepsia, el SIDA, las enfermedades renales y pacientes que han recibido transplantes (Tuesca y Navarro, 2003; Robson, Scrutton, Wilkinson y Macleod, 2010).

Adicional a esto, existen otros factores de riesgo para el suicidio, que resultan relevantes frente al diagnóstico de cáncer como: El aislamiento social, salud precaria, depresión, consumo de sustancias alcohólicas y psicoactivas, antecedentes de abuso sexual y físico, falta de recursos económicos, baja autoestima y sentimientos de rechazo familiar y social (Gómez *et al.*, 2002; Rodríguez *et al.*, 2006).

Los pacientes con cáncer, tienen el doble de riesgo de suicidio, comparado con la población general (Fanger *et al.*, 2010; Anguiano, Mayer, Piven y Rosenstein, 2012). De acuerdo con lo referido por Fanger *et al.*, (2010), dentro de los pacientes que pueden presentar riesgo de suicidio, se encuentran aquellos que han recibido un diagnóstico reciente, aquellos que se encuentran en condición de enfermedad crónica y pacientes hospitalizados por intento de suicidio. Se ha identificado mayor riesgo de suicidio en cáncer de: próstata, pulmón, cabeza y cuello, páncreas, bucofaríngeo, gastrointestinal, de mama y urogenital (Martínez, 1998, Quill, 2008; Anguiano *et al.*, 2012). Sin embargo, de acuerdo con lo referido por Kendal (2006), el cáncer de mama e hígado son los tipos con menores tasas de suicidio.

El cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer que más afecta a las mujeres en el mundo, siendo una causa de muerte bastante influyente estadísticamente en este tipo de población (Farreras y Rozman, 2004; Rubinstein, 2007).

El diagnóstico del cáncer de mama y los tratamientos utilizados para este, implican en las mujeres que lo presentan cambios a nivel físico y psicológico que por sí mismos

generan una modificación en la vida de estas pacientes, el diagnóstico, en algunas pacientes constituye un evento negativo asociado al sufrimiento y a la muerte.

En la Figura 1, se mostró la relación del suicidio en pacientes con cáncer de mama, abarcando una serie de factores asociados a la enfermedad, factores biológicos y psicológicos. En un principio la naturaleza misma de la enfermedad está vinculada con una patología incurable, con toda la problemática de una enfermedad crónica, mutilante, deformante que implica profundas alteraciones funcionales de la persona en todos los ámbitos de la vida, en la sexualidad, en lo laboral, en lo social y en lo económico. Siendo el cáncer una enfermedad crónica a la que se atribuye una salud precaria que deteriora la calidad de vida de los pacientes, debido a la irreversibilidad y severidad que por lo tanto la convierte en uno de los principales riesgos de suicidio (Martínez, 1998; Gómez *et al.*, 2002; Tuesca y Navarro, 2003; Rodríguez *et al.*, 2006; Robson, Scrutton, Wilkinson y Macleod, 2010). *Factores Biológicos y suicidio*

Por otra parte, los factores biológicos que presentaron mayor influencia en la ideación, intención y acto suicida en mujeres con cáncer de mama, fueron: la naturaleza misma de la enfermedad (proceso de enfermedad) y los cambios físicos que afectan el área social y psicológica. Dentro de estos, los tratamientos para este tipo de cáncer, generan en la mujer una suma importante de factores que son predictores de suicidio, como son: alteraciones en la imagen corporal por pérdida total o parcial de la mama, alteración en los patrones de sueño, en la sexualidad, dolor, fatiga, alopecia, vómito, náuseas, cambios en la piel, esterilidad, síntomas pre menopáusicos, recidiva, déficits neuropsicológicos, metástasis y enfermedades comorbidas. (McGarvey, Baum, Pinkerton y Rogers, 2001; Spiegel y Giese, 2003; Bennett, Goldstein, Lloyd, Davenport y Hickie, 2004; Font, Rodríguez y Buscemi, 2004; Araujo *et al.*, 2004; Almanza, Breitbart y Holland, 2005; Torras *et al.*, 2005; Gibert, 2006; Fann *et al.*, 2007; Acevedo, Bonilla, Rodríguez y

Palacios, 2007; Azócar, Brito, Devis, Gómez y Tortorici, 2008; Holland y Weiss, 2010; Gremore *et al.*, 2011; Ocampo *et al.*, 2011; Reyes, González, Mohar y Meneses, 2011; Fernández *et al.*, 2011; Weis, Poppelreuter y Bartsch, 2011; Giordano *et al.*, 2012).

En lo que se refiere a los tratamientos, en un estudio realizado por Cortés *et al.*, (2008) comparando los esquemas de quimioterapia, se reconoció que los efectos secundarios permanecían en las pacientes generando malestar, a pesar de que algunos medicamentos mostraban mayor efectividad (docetaxel-epirrubicina) en el control de la enfermedad.

Con relación a la quimioterapia adyuvante se encontró que es el tratamiento que mayor demanda psicológica tiene en mujeres con cáncer de mama, ya que en esta los síntomas que más se presentan son la ansiedad, la depresión y la disfunción sexual, los cuales están relacionados con la disminución de la calidad de vida y con alteraciones en el sistema inmunológico (Fann *et al.*, 2007; Bellver *et al.*, 2009).

Uno de los factores influyentes en la relación suicidio y cáncer de mama, es el dolor, que si bien aumenta con la progresión de la enfermedad, el 50 % de las pacientes lo presenta en estadios iniciales, y se mantiene durante toda la enfermedad, exacerbando los síntomas de malestar psicológico, que a la vez interfieren en los umbrales de dolor y así en la calidad de vida (Araujo *et al.*, 2004; Acevedo, 2007; Holland y Weiss, 2010).

A parte del dolor, otro factor determinante que se encontró durante la revisión fue la recidiva pues cuando se presenta exagera los síntomas físicos y el malestar general de estas mujeres. Un hallazgo muy interesante es que a diferencia de otros tipos de cáncer, el de mama tiene un riesgo más alto de suicidio a largo plazo, probablemente debido a la cronicidad y deterioro que causa la enfermedad y a que este tipo de cáncer específicamente puede tener recidivas muchos años después del diagnóstico, lo que genera miedo constante

en estas pacientes , aumentando así el riesgo de ideación e intención suicida (Pérez, 1999; Erlend, Loge, Haldorsen y Ekeberg ,2004; Rojas, 2006; Spenetti *et al.*, 2009).

Factores psicosociales y suicidio

En cuanto a las variables psicosociales que también pueden influir en la ideación, intención y suicidio frustrado, se encontró que las mujeres con cáncer de mama con frecuencia presentan alteraciones psicológicas como: síntomas depresivos, hostilidad, baja autoestima, desesperanza, negación, pérdida de la sensación de control, sentimientos de miedo, ira, culpa, ansiedad, soledad, abandono y duelo (Pérez, 1999 y Díaz, 2010).

El deterioro de la imagen corporal por el cáncer mismo o por el tipo de tratamiento que se reciba (mastectomía parcial o radical, quimioterapia, radioterapia), es otro de los factores que causa alto deterioro psicológico en las pacientes con cáncer de mama, debido a que la mama está relacionada con el hecho de ser mujer, de lo femenino, de la maternidad, del autoestima y de la sexualidad (Olivares, 2004; Moreno, Almonacid, Queipo y Lluch, 2006; Fann *et al.*, 2007; Bellver *et al.*, 2009; Costa y Ballester, 2010; Moura, Silva, Oliveira y Moura, 2010; Ocampo *et al.*, 2011). Lo anterior concuerda con el estudio realizado por Mate, (2008), en el que se muestra el riesgo aumentado de suicidio en pacientes con alteración de la imagen corporal en los tipos de cáncer de bucofaríngeo, de mama, urogenital, gastrointestinal y melanoma.

De acuerdo con Podelnak (2007) los implantes mamarios en pacientes con cáncer, posterior a la mastectomía, han sido un componente estudiado en el riesgo de intención suicida en estas pacientes. Al realizar una comparación entre las pacientes con cáncer de mama con reconstrucción frente a aquellas sin esta, se evidenció un mayor riesgo de suicidio en aquellas a quienes se les había practicado intervención con implantes mamarios, esto posiblemente relacionado con depresión o secuelas psicológicas de otro tipo.

El cambio en el rol social, en las relaciones sociales, familiares y de pareja son un factor relevante a nivel psicológico en las pacientes con cáncer de mama, lo que se relaciona con la pérdida de control de la vida, con la pérdida de independencia, la preocupación por los hijos y el aislamiento social (Cervera y Aubá, 2005; Valencia, 2006; Fuentes y Blasco, 2010 y Gremore *et al.*, 2011).

En esta misma línea, las patologías psiquiátricas que con mayor frecuencia se presenta en estas pacientes son la depresión y la ansiedad. Esta afirmación se confirma ya que algunos estudios muestran que entre el 20 % y el 35 % de las mujeres con cáncer de mama, independiente del estadio, tienen morbilidad psiquiátrica. En estas mujeres, las principales manifestaciones de malestar psicológico reportadas en diferentes momentos y con los diferentes tipos de tratamientos oncológicos son ansiedad y depresión (Cervera y Aubá, 2005; Torras *et al.*, 2005; Bellver, Sánchez *et al.*, 2009; Robles, Morales, Jiménez y Morales, 2009; Omelas, Tufiño y Sánchez, 2011).

Un factor socio-económico hallado en la investigación, que se presenta directamente en Colombia es el acceso oportuno por parte de las pacientes con cáncer de mama a los servicios de salud, donde se muestra una diferencia en el régimen subsidiado y contributivo. Las mujeres que pertenecen al régimen subsidiado, tienen niveles socioeconómicos bajos, un mayor desconocimiento de conductas de prevención y cuidado hacia la salud, lo que en parte dificulta el diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad, siendo esto predictor de síntomas de rabia, angustia, desprotección y frustración en estas pacientes al sentir limitadas sus alternativas de supervivencia (Pérez, 1999; Weisner, 2007; Alarcón, 2008 y Salas, 2009).

De acuerdo con esta revisión se identificó que los estudios realizados en la relación cáncer de mama en mujeres y suicidio son realmente pocos, sin embargo la literatura muestra que este fenómeno efectivamente si ocurre en este tipo de población, los estudios

encontrados muestran que el suicidio por cáncer de mama se presentó con mayor incidencia en mujeres negras, en estadios avanzados de la enfermedad, que presentan enfermedades comorbidas, antecedentes psiquiátricos e intentos previos de suicidio, depresión, ansiedad, trastornos de la imagen corporal y el tipo de tratamiento al que fueron sometidas estas pacientes (Schairer *et al.*, 2006; Naeim, Sawhney, MacLean, y Sanati, 2007; Ocampo *et al.*, 2011).

Si bien, se han presentado una serie de factores incluyentes en la intención e ideación suicida, se encontraron también aspectos que funcionan como protectores en el proceso de enfermedad y que respecto al tema de la revisión, disminuiría la probabilidad de una ideación o una intención suicida. Dentro de estos factores, cabe mencionar las creencias religiosas, que muestran ser eficaces en proporcionar herramientas de ajuste y adaptación a las pacientes, teniendo un efecto amortiguador en la depresión (Aukst, 2005). Por otra parte, el apoyo social percibido de las pacientes, proveniente de familiares, amigos y el equipo de salud, está relacionado con un mejor pronóstico y mejor estado emocional de éstas mujeres (Pérez, 1999).

De acuerdo con los hallazgos de la revisión, surgen nuevas preguntas e intereses de investigación. 1) ¿Cuál es la proporción de suicidios en mujeres con cáncer de mama en países Orientales? donde la proporción de mujeres que llegan a suicidarse en la población general es el doble que la de hombres (González, Aristizábal, Valencia, Palacio y López, 2010). 2) ¿Existe un riesgo mayor de suicidio en mujeres supervivientes del cáncer de mama? Se ha encontrado suficiente evidencia de que el riesgo de ideación suicida es mayor en supervivientes donde permanece un miedo constante a la recidiva, lo que llama la atención para este estudio, especialmente la importancia que tiene la realización de una evaluación y un seguimiento psicológico a los pacientes sobrevivientes, manteniendo un enfoque biopsicosocial en la intervención. 3) ¿Qué influencia tiene el sistema de

prevención y promoción de la salud en Colombia en poblaciones con bajo nivel socio-económico, frente al diagnóstico oportuno y al impacto de éste en mujeres con cáncer de mama? Esto, surge debido a la identificación de falencias que presentan las instituciones prestadoras de los servicios de salud, relacionadas con procesos de prevención y promoción y por lo tanto de detección temprana del cáncer de mama, adicionando desconocimiento de estas pacientes y falta de participación en aspectos relacionados con la salud, específicamente la detección y las medidas que se deben tomar para detectar de manera precoz el cáncer de mama. 4) ¿Cuál es el efecto de las creencias religiosas y el apoyo social en el bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama? En la revisión de la literatura, se reconocieron estos factores como protectores para el desarrollo de psicopatologías e incluso en la ideación o intención suicida en mujeres con cáncer de mama. 5) ¿Cuál es la prevalencia real de intentos de suicidio en Colombia en mujeres con cáncer de mama?

CONCLUSIONES

El cáncer de mama presenta altas tasas de mortalidad y a su vez un problema de salud pública en Colombia (Pollan *et al.*, 2007; Torres *et al.*, 2009; Geronimo *et al.*, 2011); es mayor su prevalencia en mujeres, especialmente mayores de 50 años, siendo la primera causa de mortalidad en aquellas con edades entre 35 y 55 años (Farreras y Rozman, 2004; Rodés, 2004; Rubinstein, 2007).

De acuerdo con lo reportado por la literatura, las mujeres con cáncer de mama por lo general son casadas, su nivel educativo es primaria y realizan labores de ama de casa y con frecuencia el diagnóstico es carcinoma ductal infiltrante en la mama izquierda (Marcos *et al.*, 2012).

Es necesario mencionar que en Colombia, se han evidenciado diferencias en el régimen contributivo y subsidiado, siendo este último en el cual se presenta un mayor porcentaje de diagnósticos en estadios avanzados; esto en parte por ciertas características asociadas a falencias generales del sistema de salud, al nivel socioeconómico, a las creencias religiosas, a las costumbres, al desconocimiento de estas mujeres sobre los procedimientos para la prevención e identificación precoz del cáncer de mama como los exámenes de rutina y el autoexamen de la mama, (Smith *et al.*, 2007; Nigenda, Caballero y González, 2009; Instituto Nacional de Cancerología, 2010).

En lo que respecta al suicidio, la evidencia indica que es un fenómeno complejo, que constituye un problema de salud pública mundial, siendo las tasas más elevadas en países de Europa Oriental. Para dicho fenómeno, existen ciertos factores de riesgo como los trastornos psiquiátricos, las enfermedades médicas crónicas, la edad, el género y el grupo étnico (Organización Mundial de la Salud, 2002; Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). En lo que respecta al género, la mayor prevalencia de suicidios consumados es en hombres, siendo mayor los intentos suicidas en mujeres a través de la ingesta de pesticidas o medicamentos. En Colombia, para el 2006, el 80% de los suicidios se presentó en sexo masculino y en el sexo femenino el 20% existiendo una razón hombre a mujer de 4 a 1 (Taborda y Téllez, 2003; Gutiérrez *et al.*, 2006; Rodríguez, Díaz, Hernández y Tobón, 2006; Macana, 2011).

Algunos estudios indican que las mujeres con cáncer de mama pueden suicidarse y así mismo, que este diagnóstico implica alto impacto emocional y sufrimiento tanto por los cambios físicos y sociales derivados de la enfermedad y del tratamiento oncológico (Tafur, De Freitas, García, Alonso y Tineo, 2004; Fanger *et al.*, 2010; Spencer, Ray y Prigerson, 2012). De hecho, se reconocen como posibles factores predictores de ideación y de intención suicida en estas mujeres: la presencia de psicopatología (depresión y ansiedad),

el deterioro de la función física asociado a la enfermedad y los efectos colaterales de los tratamientos, los sentimientos de falta de soporte social, la desesperanza y el impacto negativo tanto de la enfermedad como del tratamiento sobre la imagen corporal (Ramsom y Sacco, 2006; Maté, 2008; Quill, 2008; Spencer, Ray y Prigerson, 2012); por ejemplo, alopecia, quemaduras de piel e infertilidad a consecuencia del tratamiento, cambios en el patrón de sueño, la presencia de dolor, fatiga, déficits neuropsicológicos y en algunos casos alteraciones en la actividad sexual (McGarvey, Baum, Pinkerton y Rogers, 2001; Spiegel y Giese, 2003; Torras *et al.*, 2005; Fann *et al.*, 2007; Holland y Weiss, 2010; Gremore *et al.*, 2011; Weis, Poppelreuter y Bartsch, 2011).

Por otra parte es necesario mencionar el miedo a la recidiva que presentan las mujeres con cáncer de mama, ya que es un factor determinante en la exacerbación de síntomas físicos y de malestar psicológico (Spennetti *et al.*, 2009). Adicional a esto, la presencia de enfermedades comórbidas interfiere en la supervivencia de estas mujeres, especialmente aquellas mayores de 60 años; algunas de las condiciones asociadas son: insuficiencia renal, enfermedad hepática, asma, diabetes mellitus (Naeim, Sawhney, MacLean y Sanati, 2007; Ocampo *et al.*, 2011).

Referente a los factores psicosociales asociados con las conductas suicidas en las mujeres con cáncer de mama, la evidencia reconoce la existencia de emociones asociadas al impacto diagnóstico, en donde los recursos personales, incluyendo los estilos de afrontamiento, los vínculos afectivos y el apoyo social cumplen un rol fundamental en el impacto emocional (Núñez *et al.*, 2010; Gremore *et al.*, 2011). A parte del impacto diagnóstico, las reacciones frente al tratamiento del cáncer de mama, son factores que influyen en el malestar psicológico, siendo la cirugía radical, una de las intervenciones donde las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad y peor imagen corporal

(Olivares, Martín, Roman y Moreno ,2010; Sebastian, Manos, Bueno y Mateos, 2007; Rincón, Pérez, Borda y Rodríguez, 2010).

Con relación al rol social, la mujer con cáncer de mama, se enfrenta a cambios relacionados con su feminidad, la maternidad, la autoestima, y la sexualidad; esto en parte generado por el daño que producen la enfermedad y los tratamientos (Olivares, 2004; Moreno, Almonacid, Queipo y Lluch, 2006; Moura, Silva, Oliveira y Moura,2010; Ocampo *et al.*, 2011). La quimioterapia adyuvante es el tratamiento que ha evidenciado generar mayor demanda psicológica, reconociéndose altos niveles de ansiedad, depresión y disfunción sexual en las mujeres con cáncer de mama que reciben dicho tratamiento; relacionados con la disminución de la calidad de vida, poca vitalidad y disminución en el funcionamiento social (Fann *et al.*, 2007; Bellver *et al.*, 2009). Dichos factores se han asociado a ansiedad y depresión, las cuales intensifican los síntomas físicos, aumentan el deterioro funcional, afectan los procesos de adherencia al tratamiento y producen malestar emocional (Bui, Ostir, Kuo, Freeman y Goodwin, 2005; Fann *et al.*, 2007).

Finalmente se puede decir que el hecho de ser diagnosticada con cáncer de mama, no implica para todas las pacientes un efecto negativo, para algunas la enfermedad se convierte en un reto y en una re significación de la vida, sin embargo evidentemente un gran número de mujeres llegan a desbordarse ante la enfermedad, lo que les trae un constante sufrimiento a nivel psicológico que incluso podría generar la pérdida del interés en luchar por su vida, llevándola así al suicidio. Por lo tanto se asume que a nivel de intervención psicológica hay mucho por hacer. Si bien los casos reportados de suicidio son pocos, lo que muestra la literatura es que estas mujeres llegan a tal sufrimiento que piensan en acelerar la muerte o deciden quitarse la vida, incluso si no lo hacen algunas de ellas experimentan dolor además de físico, psicológico que no llega a ser reportado y que limita

tanto las alternativas de alivio a nivel emocional por parte de las pacientes y las alternativas terapéuticas por parte de los profesionales de la Psicología.

Es así como la evidencia a través de la literatura reconoce el impacto del apoyo social en mujeres con cáncer de mama. Este apoyo, puede ser un factor determinante en la adaptación de las mujeres que tienen cáncer de mama durante el proceso de enfermedad, en el impacto emocional y en la percepción de bienestar; siendo, un bajo apoyo social, especialmente de familiares y de la pareja, un mal predictor, influyendo en el desarrollo de ideación, intención o suicidio (Pérez, 1999; Valencia, 2006; Gremore *et al.*, 2011). Este apoyo social también implica al personal de salud.

REFERENCIAS

- Acevedo, J., Bonilla, P., Rodríguez, J. y Palacios, E. (2007). Dolor neuropático en cáncer de mama gabapentina versus carbamazepina. *Revista Venezolana de Oncología*, 19 (3), 194-203.
- Adler, N. y Page, A. (2008). *Cancer care for the whole patient*. Whashington,DC: The National Academies Press.
- Andrade, R., González, J., Restrepo, R. y Vélez, A. (2006). *Ciencias básicas de Medicina: patología*. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Andreu, Y., Galdon, M. y Ibáñez, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3 (2), 283-296.
- Angarita, F. y Acuña, S. (2008). Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. *Universidad Médica*, 49 (3), 344-372.
- Anguiano, L., Mayer, D., Piven, M. & Rosenstein, D. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*, 35 (4), 14-26.
- Almanza, J., Breitbart, W. y Holland, J. (2005). Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(4) ,123-128.
- Alvarado, I., Picón, G., García, K., Valencia, R. y Barroso, S. (2010). Cáncer de mama metastásico: estudio clínico-patológico de 300 casos. *Patología Revista latinoamericana*, 48(1) ,18-22.
- Araujo, A., Gómez, M., Pascual, J., Castañeda, M., Pezonaga, L. y Borque, J. (2004). Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27(3), 63-67.

- Aukst, B., Jakovljević, M., Margetić, B., Bisćan, M. & Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 250-255.
- Azócar, J., Brito, B., Devis, S., Gómez, J. y Tortorici, V. (2008). Modulando Experimentalmente el Dolor por Cáncer. *Informe Médico*, 10 (7), 387-394.
- Bennett, B., Goldstein, D., Lloyd, A., Davenport, T. & Hickie, I. (2004). Fatigue and psychological distress-exploring the relationship in women treated for breast cancer. *European Journal of Cancer*, 40 (11), 1689-1695. doi: 10.1016/j.ejca.2004.03.021.
- Bellver, A., Sánchez, J., Santabala, A., Munárriz, B., Pérez, J. y Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: Evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Bui, Q., Ostir, G., Kuo, Y., Freeman, J. & Goodwin, J. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89, 23-28.
- Bulotiene, G y Zalnierunaite, L. (2011). Malestar psicológico en mujeres lituanas con cáncer de mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (3), 271-278.
- Cáceres, H., Camacho, R., Roperó, R., Barreras, J. y Cruz, Y. (2010). Cáncer de mama metastático estudio de serie de casos. Instituto Nacional Oncología y Radiobiología 2000-2003. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9 (3), 342-352.
- Casadevall, I., Villavicencio, P., Castillo, I., Rojas, M. y Castañeda, M. (2008). Cirugía conservadora y mastectomía radical modificada en el cáncer de mama de etapas I y II. *Revista Cubana de Cirugía*, 47 (2), 1-8.

- Casimiro, L., Vilata, J.J. y Zaragoza, N. (2008). Enfermedad de paget mamaria. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*; 36 (1), 3-12.
- Cervera, S. y Auba, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de psicología*, 85 ,7-29.
- Charlson, M. & Peterson, J. C. (2002). Medical Comorbidity and Late Life Depression: What is known and What are the Unmet Needs?.*Biological Psychiatry*, 52 ,226-235.
- Contreras, S. y Llanque, C (2008). Cáncer o Carcinoma de mama. *Revista Pacheña de Medicina Familiar*; 5(7), 14-23.
- Cortés, A., Morgan, G., Castro, J.,Vázquez, G., Fuentes, C. y González, A.(2008). Tratamiento neoadyuvante del cáncer de ama localmente avanzado Comparación de dos esquemas a base de docetaxel-epirrubicina versus 5- fluoraciloepirrubicina-ciclofosfamida. *Cirugía y Cirujanos*, 76 (1) ,23-28.
- Costa, G. y Ballester, R. (2010).Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7 (2-3), 453-462.
- Cronin, D.,Nørgaard, M., Jacobsen, J., Garne, J.,Ewertz, M., Lash, T. & Sørensen, J. (2007).Comorbidity and survival of Danish breast cancer patients from 1995 to 2005. *British Journal of Cancer* , 96(9), 1462 – 1468.doi: 10.1038/sj.bjc.6603717.
- Devita, V., Hellman, S. y Rosenberg, S, (1984). *Cáncer Principios y práctica de oncología*. España: Barcelona: Salvat. Vol. II, 41: 1170.
- Díaz, V. (2010).Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 155-160.

- Elias, S., Contreras, A. y Llanque, C. (2008). Cáncer o carcinoma de mama. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 5(7), 14-23.
- Erlend, H., Loge, J., Haldorsen, T. & Ekeberg, O. (2004). Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *Journal of clinical Oncology*, 22 (20), 4209-4216. doi: 10.1200/JCO.2004.02.052.
- Fanger, P., Cruz, R., Fabrício, M., Dantas, D., Gaspar, K., Franco, V., Jurevicius, W. & Botega, N. (2010). Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 173-178.
- Fann, J., Thomas, A., Katon, W., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment, *General Hospital Psychiatry*, 30 (2), 112-126. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2007.10.008.
- Farreras, V. y Rozman, C. (2004). *Medicina Interna*. España: Madrid: Elsevier. Vol. I.
- Feig, B., Berger, D y Fuhrman, G. (2000). *Oncología*. Segunda edición. Houston Texas: Marban.
- Fernández, J. y Ovaras, C. (2012). La glándula mamaria, embriología, histología, anatomía y una de sus principales patologías, el cáncer de mama. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica*, 19 (602), 317-320.
- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R y Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia., *Psicothema*, 23 (3), 374-381.
- Font, A., Rodríguez, E. y Buscemi, V. (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología*, 1 (2-3), 45-56.

- Fuentes, S. y Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncologia*, 7 (1), 51-60.
- García, J., Palacio, C., Arias, S., Ocampo, M., Calle, J., Restrepo, D., Vargas, G. y López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio Valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 36 (4) ,610-627.
- Gerónimo, N., Castañeda, O., Reyes, Y., Morón, L., Segura, O. y Hernández, P. (2011). Prevalencia de cáncer de cuello uterino y cáncer de seno en Yopal, Casanare, Colombia. *Revista Investigaciones Andina*, 22 (13), 162-176.
- Gibert, J. (2006). Antidepresivos, dolor y cáncer. *Psicooncologia*, 3 (1), 107-120.
- Giordano, A., Francese, V., Peila, E., Tribolo, A., Airoidi, M., Torta, R., Mutani, R. & Cicolin, A. (2012). Dream Content Changes in Women After Mastectomy: An Initial Study of Body Imagery After Body-Disfiguring Surgery. *Dreaming*, 22(2), 115-123. DOI: 10.1037/a0026692.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Díazgranados, N., Ospina, B. y Fernández, C. (2002). Factores Asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4), 271-286.
- Gómez, R. y Peláez, A. (2001). *Oncología*. Colombia: universidad de Antioquia.
- González, J. y Hernández, H.W. (2005). Los suicidios Colombia 2005. *Forensis*, 187-203.
Disponible: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2005/Introduccion>. Recuperado el 18 de Octubre de 2012.
- González, A., Rodríguez, A., Aristizábal, A., García, J., Palacio, C. y López, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2) ,251-267.
- Gremore, T., Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Atkins, D. & Keefe, F. (2011). Stress Buffering Effects of Daily Spousal Support on Women's Daily Emotional and

- Physical Experiences in the Context of Breast Cancer Concerns. *Health Psychology, 30* (1), 20–30. DOI: 10.1037/a0021798 20.
- Guan, N., Termorshuizen, F., Laan, W., Smeets, H., Zainal, N., Kahn, R., De Wit, N. & Boks, M. (2012). Cancer mortality in patients with psychiatric diagnoses: a higher hazard of cancer death does not lead to a higher cumulative risk of dying from cancer. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27, 1*. DOI: 10.1007/s00127-012-0612-8.
- Guth, U., Myrick, M., Reichs, T., Bosshard, G. & Schmid, S. (2011). Suicide in breast cancer patients: and individual centered approach provides insight epidemiology. *Acta Oncológica, 50*, 1037-1044.
- Gutiérrez, C. y Alarcon, E. (2008). Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. *Anales de la Facultad de Medicina, 69* (4), 239-243.
- Gutiérrez, A. y Contreras, C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primeraparte. *Salud Mental, 31*(32), 1-333.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006). El Suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental, 29*(5), 66-74.
- Holland, J. & Weiss, T. R. (2010). Breast Cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. S. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Houterman, S., Janssen, M., Verheij, C., Louwman, W., Vreugdenhil, G., Van der Sangen, M. & Coebergh, J. (2004) Comorbidity has negligible impact on treatment and complications but influences survival in breast cancer patients. *British Journal of Cancer, 90*, 2332–2337.
- Huicochea, S., González, P., Tovar, LL., Olarte, M. y Vazquez, J. (2009). Cáncer de mama. *Anales de Radiología México, 1*, 117-126.

- Instituto Nacional de Cancerología (2010). Información sobre el Cáncer. Casos nuevos de cáncer de mama, según estadio clínico al ingreso y régimen de afiliación. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co>. Recuperado el 31 de Octubre de 2012.
- International Agency for research on cancer. (2008).Globocan. Estimated cancer incidence, mortality, prevalence and disability-adjusted life years (DALYs) worldwide in 2008. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>. Recuperado el 29 de octubre de 2012.
- Kendal, W.S. (2007) Suicide and cancer: a gender-comparative study .*Annals of Oncology*, 18 (2), 381–387. DOI:10.1093/annonc/mdl385.
- Kerkhof, A. (2012).Calculating the Burden of Disease of Suicide, Attempted Suicide, and Suicide Ideation by Estimating Disability Weights.*Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33 (2),63–65.
- Lobelo, F., Pate, R., Parra, D., Duperly, J. y Pratt, M. (2006). Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá. *Salud pública*, 8 (2), 28-41.
- Lozano, L. y Gómez, V. (2010). Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado estadio III, en el hospital escuela “Gral. José Francisco de San Martín” de la ciudad de Corientes.*Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 204, 9-14.
- Macana, N. (2011). Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. *Forensis*, 244-265. Disponible: <http://www.medicinamegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/6-F-11-Suicidio.pdf>.Recuperado el 18 de Octubre de 2012.
- Marcos, B., Martínez , D., Pardavilla, E., Santoveña, M., Fernàndez, S. y Corbarto, M .(2012). Perfil sociodemográfico y clínico de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Metas de Enfermería*, 15 (5), 26-31.
- Martínez, P. (1998). Suicidio en pacientes con cáncer. *Psiquiatría pública*, 10 (4), 246-248.

- Maté, J., González, J., Ibáñez, M.; Martínez, K., Limonero, J. y Tuca, A. (2008). Ideación autolítica al final de la vida en pacientes oncológicos paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología*, 5 (2-3), 339-358.
- McGarvey, E., Baum, L., Pinkerton, R. & Rogers, L. (2001). Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice*, 9 (6), 283-239.
- Medina, O., Mendoza, M. y Muñoz, C. (2009). Prevalencia del suicidio femenino en el Quindío 1989-2008. *Psicogente*, 12 (22), 358-368.
- Michell, M. (2010). *Breast Cancer. Cambridge*: Cambridge University Press.
- Ministerio de la Protección Social. (2004). Sistema de Seguridad Social en Salud. Disponible: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>. Recuperado el 15 de Noviembre de 2012.
- Morasso, G., Costantini, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Musso, M., Garrone, O. & Venturini, M. (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37 (2), 216-223.
- Montgomery, G. & Bovbjerg, D. (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, 23, 381-387.
- Moreno, P., Almonacid, V., Queipo, S. y Lluch, A. (2006). Análisis del proceso de enfermedad: variables médicas y psicológicas en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 3(1), 163-174
- Moura, F., Silva, M., Oliveira, S., y Moura, L. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectmizadas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(3), 477- 484.
- Naeim, A., Sawhney, R., MacLean, C. & Sanati, H. (2007). Quality Indicators for the Care of Breast Cancer in Vulnerable Elders. *Journal of the American Geriatrics Society*,

- 55(2), 258- 269.
- Nuñez, A., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C., Santoyo, F., Hidalgo, A. y Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología, 13*, 11-32.
- Nigenda, G., Caballero, M. y González, L. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública de México, 51* (2), 254-262.
- Ocampo, J., Valdez, J. González, N., Andrade, P., Oblitas, L. y Oliver, R. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20* (3) ,265-269.
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología latinoamericana, 22*, 29-48.
- Olivares, M., Martín, M., Roman, J. y Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología, 7* (1), 81-97.
- Omelas, R., Tufiño, M. y Sánchez, J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Acta de investigación psicológica, 1* (3), 401-414.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Osborne, R., Elsworth, G. & Hopper, J. (2003). Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European Journal of Cancer, 39* (6), 755-762.
- Oxford University. (2010). Breast pain. *Innovait, 3* (9), 545-548. DOI: 101093/ inp 261.
- Pérez, A. (1999). Factores psicológicos en relación con el tipo de cáncer: Cáncer de mama. García, E, *Manual de psicooncología* (pp. 259-271). Madrid: Ed. Aula Medica.

- Pérez, R. (2007). *Principios de Patología*. Cuarta Edición. Mexico: Editorial Medica Panamericana.
- Piñeros, M., Sánchez, R., Cendales, R., Perry, F., Ocampo, R. y García, A. (2008). Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Revista Colombiana de Cancerología*, 12 (4), 181-190.
- Polednak, A. (2007). Suicide Among Breast Cancer Patients Who Have Had Reconstructive Surgery: A Population-Based Study. *Psychosomatic*, 48 (2), 178.
- Pollan, M., Mendiazabal, M., Gómez, B., Aragonés, N., Lope, V., Pastor, R., Ramis, R., Fernández, P., Pérez, J., Vidal, E., Boldo, E., Perdomo, S. y Abente, G. (2007) Situación Epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología*, 4 (2-3), 231-248.
- Quill, T. (2008). Suicidal Thoughts and Actions in Cancer Patients: The Time for Exploration Is Now. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (29), 4705-4707.
- Ransom, S., Sacco, W., Weitzner, M., Azzarello, L. & McMillan, S. (2006). Interpersonal Factors Predict Increased Desire for Hastened Death in Late-Stage Cancer Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 31 (1), 63-69.
- Recklitis, C., Diller, L., Li, X., Najita, J., Robison, L. & Zeltzer, L. (2010). Suicide Ideation in Adult Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (4), 655-661.
- Reddick, B., Nanda, J., Campbell, L., Ryman, D. & Gaston, F. (2005). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23, 137-157.
- Reyes, D., González, J., Mohar, A. y Meneses, A. (2011). Epidemiología del dolor por Cáncer. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18, 118-134.

- Rincón, M., Pérez, M., Borda, M. y Rodríguez, A. (2010). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 25-41.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6 (1), 191-201.
- Robson, A., Scrutton, F., Wilkinson, L. & Macleod, F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology*, 19, 1250-1258. DOI: 10.1002/poin.1717.
- Rodés, J. (2004). *Medicina Interna*. España: Barcelona: Elsevier.
- Rodríguez, M; Díaz, L; Hernández, M. y Tobon, J. (2006). Mortalidad por suicidio en Colombia. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 25 (2), 159-170.
- Rojas, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica las Condes*, 17 (4), 194-197.
- Rondón, M. (2006). Salud Mental: Un Problema de Salud Pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237-238.
- Rubinstein, A. (2007). *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. Segunda Edición. Argentina: Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Ruiz, R., Rubio, M., Hernández, D. y Tamayo, T. (2011). Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37 (3), 349-358.
- Salas, C. y Grisales, H. (2009). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28 (1), 9-18.

- Schairer, C., Morris, L., Chen, B., Howard, R., Lynch, C., Hall, P., Storm, H., Pukkala, E., Anderson, A., Kaijser, M., Andersson, M., Joensuu, H., Fossa, S., Ganz, P. & Travis, L (2006). Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723810 women. *Journal of the National Cancer Institute*, 98 (19), 1416 – 1419.
- Sebastian, J., Manos, D., Bueno, M. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18 (2), 137-161.
- Secretaria de salud. (2002). *Compendio de patología mamaria*. México: Primera edición.
- Smith, R., Caleffi, M., Albert, U., Chen, T., Duffy, S., Franceschi, D. y Nystrom, L. (2007). El Cáncer de Mama en los Países de Recursos Limitados: Detección Temprana y Acceso a la Asistencia. *The Breast Journal*, 13 (1), 16-29.
- Spiegel, D. & Giese, D. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Journal Biological Psychiatry*, 54, 269–282.
- Spinetti, D., Betancourt, L., Martinez, P., Romero, G., Díaz, F., Sánchez, R., Bermúdez, C., González, C. y Hernández, J. (2009). Cáncer de mama. Recurrencias locales y regionales múltiples en el tiempo sin extensión sistémica. *Revista Venezolana de Oncoogía*, 21,(4), 225-228.
- Soriano, J., Lima, M., Batista, N., González, J. y Pangui, S. (2009). Evaluación del uso del esquema de paclitaxel con carboplatino en pacientes con cáncer de mama metastásico. *Revista Cubana de Medicina*, 48(2), 1-16.
- Suárez, F. y Quintero, A. (2008). Conceptos preliminares sobre los servicios oncológicos en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 12 (1), 12-22.
- Tabora, L. y Téllez, J. (2003). El suicidio en cifras. Colombia: Asociación colombiana de psiquiatría.

- Tafur, C., De Freitas, A., Garcia, E., Alonso, A. y Tineo, C. (2004). Intento de suicidio y sus aspectos epidemiológicos. *Informe médico*, 6 (2), 527-536.
- Thornton, L., Andersen, B. & Blakely, W. (2010). The Pain, Depression, and Fatigue Symptom Cluster in Advanced Breast Cancer: Covariation With the Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis and the Sympathetic Nervous System. *Health Psychology*, 29 (3), 333–337 DOI: 10.1037/a0018836.
- Torras, M., Pedregosa, M., Catala, M., Paredes, E., García, A., Masgrau, X., Roig, I. y Modejar, A. (2005). Depresión y cáncer de mama ¿hay alguna asociación entre ellos? *Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace*, 73, 20-23.
- Torres, D., Umaña, A., Robledo, J., Caicedo, J., Quintero, E., Orozco, A., Torregrosa, L., Tawil, M., Hamman, U. y Briceño, I. (2009). Estudio de factores genéticos para cáncer de mama en Colombia. *Universitas Médica*, 50 (3), 297-301.
- Tuesca, R. y Navarro, E (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. 17, 19-28.
- Val Gil, J., López, M., Rebollo, F., Utrillas, A. y Minguillón, A. (2001). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía Española*, 69 (1), 56-64.
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2 (2), 241-257.
- Vargas, J. (2010). Evaluación de la ideación suicida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4 (1) ,19-23.
- Weis, J., Poppelreuter, M. & Bartsch ,H. (2011). Rehabilitation of therapy-related cognitive deficits in patients with breast cancer. *Psicooncología*, 8 (2-3), 371-384. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37887.

Weisner, C. (2007). Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 11 (1), 13-22.