

Prevención Psicológica: Factores de Riego de Suicidio con Pacientes Terminales en VIH/Sida y

Cáncer

Fabian Camilo Díaz Rodríguez; Diego Mauricio Hurtado Machado y Andres Alejandro Reyes

Reyes

Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana

Mayo 2009

## Resumen

Actualmente el suicidio es una problemática de salud pública para la población general, se realizó un estado del arte sobre la relación existente entre suicidio y VIH/sida, cáncer, en pacientes terminales a partir de la comprensión de los factores interrelacionados en estos conceptos junto con los datos estadísticos y las posibilidades de abordaje psicológico de la logoterapia, psicoanálisis y enfoque cognitivo conductual. Se encuentran limitaciones para implementar protocolos de cuidado paliativo y con el desconocimiento en la epidemiología de las enfermedades; al mismo tiempo se re conceptualizan las 3 problemáticas como aspectos de la salud pública, por tal motivo se propone la psicología, desde la interacción multi enfoque, como base de la prevención del suicidio dirigido a el entrenamiento en manejo de la muerte y la relación terapéutica, de tal modo que se prioricen las necesidades emocionales y vinculares del paciente

**Palabras Clave:** Suicidio, Cáncer, VIH/Sida, Prevención, Logoterapia, Psicoanálisis, Cognitivo conductual

## Abstract

Actually, the suicide is a one of the biggest problems in public health for the general population, I am made a state-of-the-art on the existing relation between suicide and HIV/AIDS, cancer, in terminal patients searching the understanding of the factors interrelated in these concepts along with the statistical data and the possibilities of psychological boarding of the logotherapy, psychoanalysis and cognitive behavioral approach. There are limitations to implement palliative care protocols and the unknowing illness epidemiology; at the same time it makes a new conceptualizes of the 3 problematic ones as aspects of the public health, by such reason sets out psychology from the interaction multi approach as it bases of the prevention of the suicide directed to the training in handling of the death and therapeutic relation, in way to Prioritize the emotional and relational attachments in the patient.

**Key Words:** Suicide, Cancer, HIV/AIDS, Prevention, Logotherapy, Psychoanalysis, Cognitive behavioral.

## **Prevención Psicológica: Factores de Riego de Suicidio con Pacientes Terminales en VIH/Sida y Cáncer**

El Suicidio se proyecta en la actualidad como una problemática de salud pública que no discrimina identidades o diferencias y que afecta tanto a adultos como a adolescentes e incluso a los niños; sin embargo, la naturaleza del proceso de suicidio se matiza dependiendo de las características individuales y temporales de la persona. Centrándose en la problemática vista desde el contexto de salud clínica, el suicidio afecta a pacientes que pueden sufrir una problemática crónica o de control variable; varios autores (Palacios Espinosa, Rueda Latiff y Valderrama Herrera, 2006; García de Jalón y Peralta, 2002; Castelli Candia y Serrano Gómez, 1998) mencionan un sinnúmero de enfermedades tanto nerviosas, inmunológicas, degenerativas, genéticas o sistemáticas que relacionan directamente con intento o ideación suicida dentro de las que se encuentra el cáncer en distintas manifestaciones, el VIH, la insuficiencia renal, esclerosis múltiple, daños periféricos nerviosos, enfermedades digestivas crónicas y otros procesos que incrementen y potencien un síntoma de dolor; puntualizando que aunque estas no siempre modifican el metabolismo cerebral, si son puntos de manifestación de ansiedad, culpa, depresión y agresividad en cada paciente. El documento de la organización mundial de la Salud–OMS de protocolo de intervención en atención primaria al suicidio (2000, p. 5) promueve una intervención partiendo de los siguientes datos:

1. Es probable que un millón de personas cometieran suicidio en el año 2000 a nivel mundial.
2. Cada 40 segundos una persona comete suicidio en alguna parte del mundo.
3. Cada 3 segundos una persona intenta morir.
4. El suicidio está entre las tres causas más frecuentes de muerte en personas jóvenes con edades de 15 – 35 años.
5. Cada suicidio tiene un serio impacto sobre al menos otras seis personas.
6. El impacto psicológico, social y financiero del suicidio sobre la familia y la comunidad no es mensurable.

Estas características generan un vínculo peligroso y de proporciones inimaginables para quienes sufren de complicaciones medicas crónicas que son difíciles de manejar y que generan

una disfuncionalidad en cualquier persona, Al mismo tiempo, los cuidados paliativos no tienen una cobertura suficiente para abarcar todas las dificultades de las enfermedades terminales, lo que genera en cierto tipo de pacientes respuestas desadaptativas que pueden encaminarse a la terminación voluntaria y forzada de la vida. Por esto, es importante generar programas de prevención en salud encaminados a la extinción del suicidio como alternativa de acción a partir de los procesos que se han llevado a cabo hasta estos momentos e incluyendo las perspectivas de tratamiento que ofrecen los diferentes enfoques desde la psicología, partiendo de dos enfermedades con impacto actual y manejos importantes: VIH y Cáncer. Teniendo este marco como apertura al análisis de una problemática que es latente y que crece a pasos agigantados, la intención de esta revisión teórica y esta propuesta de análisis se pueden identificar en los siguientes objetivos.

#### *Objetivo General*

Realizar una revisión conceptual de los procesos involucrados en la prevención del suicidio en pacientes terminales, determinando los factores de riesgo asociado a la enfermedad grave, para organizar una propuesta de prevención del suicidio desde los distintos enfoques de la psicología.

#### *Objetivos específicos*

Realizar una revisión de los antecedentes y estado actual del suicidio, conceptualizando acerca de los factores relacionados con la intención suicida en pacientes terminales

Determinar la relación que tienen las enfermedades terminales como factores de riesgo para el suicidio.

Discutir acerca de la posibilidad de un abordaje e desde la prevención psicológica integrando los procesos y estrategias propuestas por los distintos enfoques de intervención psicológica.

#### **Conceptualización del suicidio**

La palabra suicidio proviene del latín ‘sui’ y ‘occidere’, palabras que atañan un significado literal de matarse a sí mismo, siendo una de las primeras acepciones que se hace sobre este hecho. (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán & Bousoño, 2004). Sin embargo la definición más

utilizada es la que brinda el sociólogo francés Emile Durkheim (2000), autor de *El Suicidio*, quien afirma que “se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.” (Durkheim, 2000, p. 13).

Sin embargo, la visión de Durkheim se da desde la sociología, donde adicionalmente identifica dos variables que influyen directamente en el suicidio, el grado de interacción social del individuo y el grado de reglamentación social de los deseos individuales. De esta manera afirma que entre más activas y continuas sean las relaciones de la persona con la sociedad, será más resistente, lo que de cierta manera se puede evidenciar como las redes de apoyo en las cuales está inmersa la persona. La segunda variable a tener en cuenta se refiere a la presión que ejerce la sociedad con un sistema de reglas y normas, que condicionan los deseos individuales (Bobes, González y Sáiz, 1997). Así mismo, genera una clasificación donde el primer tipo de suicidio que definió fue el altruista, presente antiguamente en Japón, el cual se producía cuando una persona deshonraba a su familia; también clasificó como suicidio egoísta aquel que se produce como consecuencia de la ausencia de redes sociales de apoyo para la persona. Por último denominó suicidio anómico, al que se da como consecuencia de un choque fuerte que desestabilice la vida de la persona (Barlow & Durand, 2001).

Por otra parte, desde una perspectiva psicológica, el primer autor que habla sobre este concepto es Freud, quien acuñe motivos intrapsíquicos al acto de matarse a sí mismo, originándose en el inconsciente a través de la agresión y la hostilidad, conductas que el individuo no podía exteriorizar y por ende, las efectuaba contra sí mismo causándose la muerte. Así mismo, con el tiempo se busca abarcar de un modo más completo este hecho, por lo que se generan los modelos multidimensionales que sustituyen a los unidimensionales, siendo Weiss uno de los antecedentes actuales de estos modelos, donde explica tres aspectos de la naturaleza del suicidio, donde se encuentran las actitudes del grupo en cada sociedad, las situaciones externas con las que se encuentra el sujeto y el carácter y la personalidad del individuo (Bobes, et al., 1997).

Así mismo, también es importante tener en cuenta la variable de intencionalidad ya que las investigaciones han evidenciado que este aspecto en el comportamiento y de los suicidas, no siempre se encontraba dirigida hacia la muerte o incluso al generarse algún tipo de daño. Por lo tanto este concepto se puede ver dirigido hacia otro tipo de conductas como lo es pedir atención, obtener cosas de los demás, que por otros medios no se ha logrado o a modo de agresión en

forma de venganza hacia otros como responsabilidad de su muerte (Bobes et al, 2004). Es a partir de estas bases que se permite elaborar una definición más contemporánea de este concepto, dando cuenta que es la conducta, generalmente consciente, dirigida a la autodestrucción de la persona, comprendiendo la dificultad de comprobar la existencia de algún grado de intencionalidad, así como la idea que moviliza este acto (Vega-Piñero, Blasco-Fontecilla, Baca-García y Díaz-Sastre, 2002).

Ahondando en los conceptos relacionados de manera más directa con el suicidio, especialmente con los diferentes comportamientos que se pueden relacionar según Casullo, Bonaldi y Fernández (2000), se encuentran la ideación suicida que hace referencia a los procesos cognoscitivos y afectivos en función de la autodestrucción, como pueden ser excesivas preocupaciones, sentimientos de ausencia de sentido de vida e incluso la planeación de la forma de quitarse la vida. Otra de las conductas referenciadas es el parasuicidio, el cual comprende comportamientos que van desde los gestos e intenciones de manipulación hasta los intentos de matarse, pero que son fallidos y que, sin embargo, provocan daños en la persona. El tercer tipo de conducta es el suicidio en sí, el cual “incluye todas las muertes que son resultados directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, la que es consciente de la meta a lograr” (Casullo et al, 2000, p. 20). Sin embargo, se ha tratado de especificar aún más el tipo de conductas que se presencian en el marco del suicidio, donde se amplían organizándolas desde la ideación, la cual se centra en los pensamientos sobre el deseo de suicidarse; otra conducta es la planeación donde la persona define lugar, momento, método y circunstancias en las cuales se desea realizar la autodestrucción. En este planteamiento también se toma el parasuicidio, dirigido al intento de suicidio, refiriéndose a un acto generalmente impulsivo que no necesariamente ocasionará la muerte y finalmente el suicidio, el cual se caracteriza por ser premeditado y concluir en la muerte (Serfaty, 1998).

Son estos los conceptos más comunes cuando se habla de suicidio, sin embargo no son los únicos, también se pueden encontrar conceptos más específicos como lo es el suicidio frustrado, que según su nombre se refiere al suicidio que no llega a ejecutarse, a causa de algún hecho que no contemplaba la persona que interrumpe el consumir el acto. El gesto suicida, se ubica en lo que se denomina parasuicidio, pero específicamente hace referencia a la amenaza con hechos sobre comportamiento que busquen la autodestrucción de la persona y que se encuentra relacionada con símbolos. Otro término es la amenaza suicida, la cual es de tipo verbal,

establecida con expresiones autodestructivas. Además de estos conceptos que en las diferentes teorías se manejan de una manera más inespecífica, se encuentra una expresión poco trabajada y conocida, equivalentes suicidas que se refiere a las mutilaciones que se hace la persona y que pueden poner en riesgo la vida de ella; también está el suicidio oculto, donde hay una actitud pasiva, asumida por la intención de dar fin a la propia vida de una manera prohibida. Así mismo se encuentra el suicidio colectivo y el suicidio racional donde el primero, como su nombre lo dice, es el acto que ejecutan varias personas a la vez, donde usualmente es una de ellas la que tiene la iniciativa y las demás son dependientes; en cuanto al suicidio racional, se presenta como consecuencia de una larga enfermedad que frecuentemente es incapacitante, por lo cual la persona ve como mejor opción la conducta autodestructiva (Quintanar, 2007).

Para que una persona piense en la autodestrucción como una posibilidad en su vida, debe existir lo que se llaman factores precipitantes, es decir, las condiciones que se presentan para que se produzca el intento suicida o incluso este se consuma. Según Reyes Zubiria (1999), entre las principales condiciones que llevan al suicidio se encuentran problemas sexuales especificados, la adicción a diferentes sustancias, un nivel elevado de desesperanza en situaciones críticas de la vida, conflictos familiares, especialmente entre los padres de la persona, frecuentemente por separaciones y divorcios; finalmente una de las condiciones de notable importancia es la percepción del fin de la propia vida, así como el anuncio de esta. No obstante, las razones o condiciones que anteceden el suicidio no se presentan de manera aislada, pero si es muy frecuente que en este tipo de situaciones persista una estrecha relación con la dimensión social. A pesar de estos aspectos, no es posible brindar una razón, incluso varias, sobre el por qué las personas se suicidan, debido a que son condiciones que necesariamente se actualizan de acuerdo a las épocas y a las mismas condiciones (Quintanar, 2007).

Al existir una amplia diversidad de condiciones que llevan al suicidio, es preciso tener en cuenta los diferentes factores asociados al suicidio, como “la depresión con o sin ansiedad, antecedentes familiares, y otras variables importantes como la edad, sexo, estado civil, ocupación, salud física, salud mental, entre otros.” (Gómez-Restrepo et al, 2002, p. 275). Al profundizar en estos factores se encuentra que según la edad, entre los 12 y 13 años la incidencia de suicidios aumente, ya que antes de estas edades, son ocasionales las presencias de estos hechos, así mismo se encuentra que los picos más altos de acuerdo a este criterio se encuentran entre los 17 y 24 años de edad; sin embargo, se encuentra que entorno a la edad, después de los

65 años, el riesgo es mucho mayor. En cuanto al género, se evidencia una alta predominancia de intentos de suicidio por parte de las mujeres, pero en el acto consumado la predominancia es tres veces mayor en hombres que mujeres, por ende el género masculino se muestra como un factor de riesgo. Así mismo, entre estos factores se encuentra una estrecha relación con el estado civil, donde se evidencia que las personas divorciadas, viudas e incluso las solteras, presentan un riesgo notablemente superior a las personas casadas y con hijos; estos aspectos están relacionados tanto con el suicidio consumado como con el intento (Bobes et al, 2004).

Otros factores sociodemográficos que han tomado fuerza en las últimas décadas hacen referencia al nivel socioeconómico, el cual es un factor de riesgo de mucha complejidad, donde se ha evidenciado que ambos extremos de este nivel presentan un alto riesgo de manifestar algún tipo de conducta suicida; relacionado con este aspecto también se observa una relación entre la profesión con la conducta suicida, donde los médicos presentan el mayor riesgo entre las demás profesionales, debido a una alta competitividad, estrés laboral, acceso a fármacos y a métodos letales, entre otros. Sin embargo, los médicos no son los únicos con un notable riesgo suicida, también se encuentran los abogados y farmacéuticos. Otro de los factores sociodemográficos que se incluyen en la relación con el suicidio, se encuentra la orientación sexual donde, aparentemente los homosexuales tienen un mayor riesgo de presentar algún tipo de conducta suicida debido a la dificultad de la construcción de la propia identidad sexual, el aislamiento, la discriminación por parte de la sociedad. Finalmente se encuentra que las enfermedades físicas también son tomadas como factores de riesgo, especialmente las de tipo crónico, las terminales, las incapacitantes y las que no responden al tratamiento. Entre este tipo de enfermedades, es importante resaltar los pacientes con VIH positivo, tienen un riesgo mayor de suicidarse que la población general, especialmente poco tiempo después de conocer que son portadores del virus (Vega-Piñero et al, 2002).

Por otra parte, uno de los factores predominantes relacionados con el acto suicida es la presencia de un trastorno psiquiátrico, entre los que se encuentran los afectivos, donde se encuentra el trastorno bipolar, especialmente en su fase maniaca se convierte en un factor de riesgo muy alto. El segundo trastorno afectivo que se relaciona con el suicidio es la depresión, aumentando su riesgo cuando hay presencia de síntomas psicóticos. También cabe destacar una enfermedad psiquiátrica que décadas atrás no era percibida como un riesgo, la esquizofrenia, donde predominan los intentos más que el acto consumado, causado básicamente por dos



razones, “en respuesta a voces alucinatorias y los que lo hacen por estar profundamente deprimidos” (Bobes, 2004, p. 97). Hay que tener en cuenta que el consumo de sustancias también se convierte en un factor de riesgo, especialmente en el alcoholismo el cual en relación a la autodestrucción, se evidencia un policonsumo que usualmente está dirigido a la percepción disminuida del miedo a morir. Los trastornos de personalidad también se consideran un factor de riesgo predominante, siendo el trastorno límite el de mayor prevalencia, luego se ve manifestada una estrecha relación entre el antisocial, el histriónico, el narcisista y el dependiente. Finalmente, los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa también están relacionados con el intento de suicidio y el acto consumado. Es de suma importancia que estas psicopatologías que están involucradas con los actos suicidas, no se presentan como únicas en la persona, es decir, a través de los estudios se ha evidenciado que se presenta comorbilidad de psicopatologías en las personas que han manifestado algún tipo de conductas suicida (Vega-Piñero et al, 2002).

Hasta el momento se ha hecho referencia a los factores de riesgo del suicidio, sin embargo es fundamental del mismo modo, los factores que sirven de protectores para que una persona no perciba la autodestrucción como una opción en su vida. Entre estos factores es importante que una persona posea un repertorio de habilidades sociales adecuadas, las cuales le permitan a la persona diferentes posibilidades de integrarse a la sociedad, así como a los subgrupos de esta, aspecto de gran relevancia al hablar de adolescencia. Es fundamental la integración de la familia, donde se ha evidenciado que esta red de apoyo primaria le brinda el soporte inicial a la persona para enfrentarse al mundo, es por esto que la familia se convierte en un factor protector al estar basada en el amor, la aceptación y el apoyo que le brinda que se le brinda a sus miembros. Así mismo, los deportes y demás actividades lúdicas, le permiten a la persona el desarrollo de diferentes intereses y actividades externas a las desarrolladas en el colegio y hogar, lo cual permite que las personas tengan un menor riesgo de presentar algún tipo de conducta suicida. También cabe resaltar que el no consumo de sustancias adictivas como el alcohol, el tabaco y los fármacos, entre otros, es un aspecto que disminuye notablemente el riesgo de realizar comportamientos autodestructivos. Finalmente, entre los factores protectores de mayor influencia se encuentran las creencias religiosas, especialmente por su estrecha relación con la cultura, lo cual hace que su práctica se vea incrementada y de esta manera tener un mayor grado de asimilación (Pérez Barrero, 2006; Vega-Piñero et al, 2002)

### **Relación actual entre cáncer y suicidio**

Actualmente no existe una afección que sea indiscriminada a la población tanto como el cáncer; la posibilidad de contraer una variación de esta enfermedad es tan amplia como el número actual de órganos, sistemas y estructuras que el cáncer puede llegar a degenerar. Las investigaciones sobre el tema son variadas dependiendo del tipo de cáncer y el tipo de población, sumado a esto, la propagación de la información sobre esta enfermedad es masiva en medios de comunicación y objeto de profundización en unidades académicas o asistenciales. Sin embargo, hablar de cáncer desde una perspectiva general puede resultar ambiguo y poco específico, pero indicado en esta conceptualización de la relación que tiene esta dolencia con la alternativa suicida.

Lo primero que cabe anotar es la definición de la enfermedad, sin especificaciones o como coloquialmente se diría ‘sin apellido’. Organizaciones mundialmente reconocidas y que apoyan la investigación en cáncer (OMS, 2009; Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2009; Liga Colombiana Contra el Cáncer, 2008; Sociedad Americana del Cáncer, 2006; Instituto Nacional de Cancerología, 2004), aclaran que siendo que existen más de 100 variaciones del Cáncer, esta es una sola enfermedad de base. Se identifica por el crecimiento acelerado e incontrolado de nuevas células, con particularidades específicas que modifican su estructura y generan una invasión del órgano implicado y la posibilidad de abarcar lugares contiguos del cuerpo para afectarlos directamente. Se identifican factores genéticos, biológicos, ambientales, evolutivos, étnicos y químicos-laborales que pueden afectar desde niños recién nacidos hasta personas de la tercera edad. La sintomatología es variable y no es inmediata, generando así poco impacto en la prevención y una tardía reacción a la aparición de una neoplasia o tumor maligno, términos asociados a la consecución del cáncer en una persona.

La importancia del estudio y la investigación en cáncer es su incidencia y mortalidad, que anualmente crece y se considera como la primera causa de muerte mundial según la OMS (2009), considerando datos representativos como que entre 2004 y 2007 las muertes generadas por cualquier tipo de cáncer corresponden a el 13% de la mortalidad mundial y que en este intervalo de tiempo han sido 500.000 casos que se han sumado a este porcentaje. También estadísticas de la Sociedad Americana del cáncer (2006), muestran el impacto que tiene esta enfermedad sobre la población Latina que reside en los Estados Unidos a partir de un análisis longitudinal de la incidencia y mortalidad presentada entre 1992 y 2003; las predicciones encontradas muestran una

incidencia para el 2006 de 39.940 nuevos casos de cáncer en hombres hispanos y 42.140 casos nuevos en mujeres hispanas, mientras que la mortalidad esperada oscila entre unos 12.320 hombres y 11.000 mujeres. Boffetta (2000) en una revisión general sobre el cáncer profesional – Cáncer generado por sustancias químicas o exposición a estímulos cancerígenos- identifica que aunque no es posible determinar completamente un valor porcentual por las diferencias geográficas y de producción de cada país o grupo, los elementos ya clasificados como cancerígenos en la época de los 90 pueden tener una incidencia en el cáncer de 20% con una mortalidad entre el 2% y el 8%. Datos en España, basados en las estadísticas de GLOBOCAN 2002 (Asociación Española contra el cáncer, 2006) muestran una incidencia de 162.000 personas para el año 2002 y calculan un promedio de prevalencia de la enfermedad en 430.000 casos atendidos por año; el 27% la mortalidad presentada en los españoles durante el año 2001 fue atribuida a los diferentes tipos de Cáncer, equivalentes a más de 97.000 fallecimientos. En Colombia, para el año 2005 se registraron 5.928 casos nuevos de cáncer, la gran mayoría en personas de más de 65 años y con más mujeres afectadas que hombres. La mortalidad del mismo año fue de 1.335 personas, donde el mismo grupo de edad mencionado fue quien presentó mayor número de defunciones con 514 y se anota que la mayoría de muertes se presentaron en ámbito hospitalario con 800 personas (Instituto Nacional de Cancerología, 2005).

Claramente con una enfermedad de la magnitud y la incidencia del cáncer no se debe pensar una solución rápida, o un tipo de tratamiento específico. Tampoco se pretende demostrar que la intervención psicológica tiene la última palabra; sin embargo es claro que independiente del tipo o la fase o el estado progresivo del cáncer, la persona sufrirá unos cambios significativos en su modo y estilo de vida, que afecta directamente sus áreas de ajuste. La Sociedad Española de Oncología Médica (2007), en un estudio sociológico sobre la percepción hacia el cáncer muestra que el 79% de la población temen adquirir cáncer y un 64% cree que es la enfermedad más temible y difícil que actualmente se presenta. La relación que estas personas establecen para crear y mantener ese temor tiene tres focos, 36% de quienes temen es porque el cáncer está directamente ligado a la muerte de quien la padece y en la pérdida total de la calidad de vida por su peligrosidad; 27% lo relaciona con la imposibilidad de curación y 25% con el dolor que genera la enfermedad y el mismo tratamiento. Sorprende de este mismo estudio el bajo conocimiento de términos como Quimioterapia, Radioterapia y Metástasis, pero aun más preocupante es el

porcentaje de desconocimiento en Cuidados Paliativos, donde 35% nunca lo había escuchado y 38% solo identificaba el termino sin definirlo.

Las circunstancias presentadas anteriormente alertan notoriamente de la posibilidad de suicidio en las personas que sufren o que podrían sufrir de cáncer, ya que es visible un esquema negativo acerca de la enfermedad y sus repercusiones. La depresión es una característica importante en los pacientes que padecen de cáncer y que se ha identificado como notoria a través de los años e indistinta a los tipos (Miller, Mogun, Azrael, Hempstead y Solomon, 2008; Krikorian, 2008; Walker, Waters, Murray, Swanson, Hibberd, Rush et al, 2008; Sala, 2000; Martínez Pascual, 1998; Anderson, 1994). No es de desconocer que el paciente oncológico tenga necesariamente que padecer de depresión en algún nivel, inclusive las reacciones fisiológicas pueden parecerse entre el cáncer y la depresión; sin embargo el estado de ánimo puede determinar la precisión de este diagnostico ya que “La depresión puede ser una condición comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente a un 15-25% de los pacientes con cáncer. Los pacientes y las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos niveles de estrés y de perturbación emocional” (Sala, 2000, p. 220). Si a esto se le suman otro tipo de trastornos psicopatológicos tales como la ansiedad o el trastorno adaptativo (Miller et al, 2008; Martínez Pascual, 1998), la probabilidad de un cambio emocional y comportamental en el paciente con cáncer es importante y de cuidado inmediato.

Los factores relacionados entre un mal desarrollo de la condición cancerígena, el inicio de un trastorno depresivo y la aparición de ideación o intento suicida son puntuales. Miller, Mogun, Azrael, Hempstead y Solomon (2008), basados en una revisión teórica y un trabajo empírico, encontraron que las asociaciones medicas que puede generar el suicidio en personas de tercera edad están aun vinculadas con el diagnostico de cáncer, los trastornos del ánimo y de ansiedad, problemas de personalidad, tratamientos con antidepresivos y con analgésicos opioides; y aunque el suicidio está relacionado con otras causas de enfermedad física y psicológica; con cáncer fue la única que se encontró razón multivariada, explicando este hallazgo por el decremento de las capacidades del paciente durante la evolución y los múltiples factores asociados a tratamiento y control. La valoración y percepción de sufrimiento del paciente oncológico también es el primer paso para relacionar estos tres factores, ya que junto al hecho de la afectación global que produce el cáncer especialmente en etapas avanzadas y la amenaza que cada procedimiento o síntoma refiere para el paciente y su grupo de apoyo, esta la modulación de la información del medio

circundante al paciente y a la institución hospitalaria que pueden propiciar un ambiente de incertidumbre y de temores disfuncionales al paciente; todos estas fuentes de sufrimiento pueden tener efectos de exacerbación y adición en el estado de ánimo del paciente y la evolución de la enfermedad (Krikorian, 2008).

Tabla 1. Relación entre factores de riesgo para depresión y suicidio en pacientes con cáncer

Factores de riesgo de depresión en personas con cáncer	Factores generales de riesgo de suicidio	Factores de riesgo de suicidio específicos al cáncer
.Historia de depresión: dos o más episodios en la vida o el primer episodio en los primeros o últimos años de vida.	. Historia de trastornos psiquiátricos anteriores, especialmente los relacionados con un comportamiento impulsivo (p. ej., trastornos indeterminados	Cáncer oral, faríngeo y pulmonar (frecuentemente relacionado con el uso excesivo de alcohol y de tabaco).
. Deficiencia en el control del dolor.	. Historia de suicidio en la familia.	. Etapa avanzada de la enfermedad y pronóstico precario.
. Historia familiar de depresión o suicidio.	. Historia de intentos de suicidio.	. Confusión/delirio.
. Intentos suicidas anteriores.	. Depresión.	. Dolor controlado inadecuadamente.
. Historia de alcoholismo o de drogadicción.	. Abuso de drogas.	. Presencia de síntomas deficitarios:
. Etapa avanzada de cáncer.	. Muerte reciente de un amigo o cónyuge.	- pérdida de movilidad
. Deterioro físico creciente o molestia.	. Falta de apoyo social.	- pérdida de control del intestino y de la vejiga
. Cáncer de páncreas.		- amputación
. Tratamiento con ciertos agentes quimioterapéuticos, p. ej.: corticosteroides, vincristina, vinblastina, Procarbazina, L-Asparaginasa, Interferón, Anfotericina-B.		- pérdida sensorial - paraplejía - inhabilidad para comer y deglutir
. Enfermedades concurrentes que producen síntomas depresivos.		- agotamiento y fatiga

*Nota:* Adaptado de Psiquiatría y Cáncer por O, Sala, 2000. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna*, 27(4), p. 220-226

También resulta interesante ver como los aspectos entre depresión y suicidio pueden ser bidireccionales, teniendo en cuenta las características generales del paciente con cáncer y hasta haciendo especificaciones del tipo y la variación que la enfermedad presenta en la persona. La

tabla 1 muestra una lista de aspectos que Sala (2000) identifico como factores de riesgo de depresión en personas con cáncer y factores de riesgo de suicidio en personas con cáncer.

A partir de esta relación tripartita, es preocupante ver el riesgo de suicidio en pacientes oncológicos es igual o superior que los promedios que se mantienen para clasificar el suicidio en la población general, incluso puede llegar a estar en una proporción de 2 a 10 veces superior a los casos registrados por otras causas; sin embargo cabe anotar que esta incidencia se suele presentar mas en ideación e intento suicida; la consumación puede no ser tan significativa estadísticamente hablando, ya que aproximadamente el 5-10% logran ejecutar el plan suicida y morir (Sala, 2000; Martinez Pascual, 1998; Anderson, 1994). Esto no significa que no sea un porcentaje alto y preocupante, pero indica que los recursos para los pacientes oncológicos pueden ser escasos en cuestión de lograr una muerte rápida y sin dolor, primordialmente por la constante vigilancia de cuerpo médico y grupo de apoyo.

### **Relación actual entre VIH/Sida y suicidio**

Es común escuchar sobre el VIH/SIDA y de saber popular que es un virus que deteriora progresivamente el sistema inmunológico del organismo, la transmisión de este virus puede prevenirse y que hasta el día de hoy no existe una cura para el VIH y el sida, pero existen tratamientos que permiten a las personas que viven con el virus obtengan una calidad de vida adecuada durante un tiempo prolongado, retrasando la aparición del SIDA. Según el programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA en su Oficina de Colombia (ONUSIDA, 2007, p. 3-4), se encuentra la siguiente explicación:

“El VIH o virus de inmunodeficiencia humana es un microorganismo que ataca el sistema de defensas del organismo, al debilitarlas contra la enfermedad, el VIH hace que el organismo sea vulnerable a una serie de infecciones y cáncer, algunas de las cuales ponen en peligro la vida. Puede transmitirse de una persona a otra a través de tres vías: relaciones sexuales sin condón con una persona infectada, exposición a sangre infectada y de la madre viviendo con el virus al hijo (transmisión vertical)...La epidemia del VIH en América Latina se mantiene estable por lo general, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre ellas, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina en 2007 fue 100 000 [47 000– 220 000], lo que eleva a 1,6 millones [1,4 millones–1,9 millones] el número de

total de personas que viven con el VIH en esta región. Según las estimaciones, aproximadamente 58 000 [49 000–91 000] personas fallecieron a causa del sida durante el pasado año”

Hay que aclarar que SIDA no es igual que VIH, el SIDA o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es considerado como una etapa más avanzada del proceso que empieza por la infección con el VIH, caracterizado por la manifestación clínica de esta infección, generado por el bajo nivel de células de defensa y una carga viral alta. La conceptualización de cómo es el tratamiento la diferenciación total de las fases y la sintomatología proporcionan a la hora de la adaptación del paciente una herramienta especial, que permiten el monitoreo preciso de la problemática:

“...Sin tratamiento antirretroviral los síntomas comienzan a aparecer, entre 3 y 5 años después de la adquisición de la infección. Los avances en el tratamiento han llevado a que las personas viviendo con el virus logren mantener muy buena salud por más de 10 años y que cada vez se retrase más la aparición del sida... En este tratamiento antirretroviral y otros factores del entorno tales como una buena nutrición y al apoyo psicosocial, el número de células de defensa vuelve a elevarse al nivel de una persona normal y la carga viral baja a tal punto que permite observar una calidad de vida adecuada al paciente. Los tratamientos detienen notoriamente la velocidad de la progresión de la infección por VIH permitiendo a las personas infectadas vivan sanas y sean productivas durante muchos años... el VIH mortal se ha convertido en una infección crónica tratable y la expectativa de vida se ha incrementado” (ONUSIDA, 2007, p. 9)

En búsqueda de una calidad de vida para el paciente, se busca una serie de requisitos que se pueden entender de diversas formas, estos elementos no pueden desligarse uno de otro y cada uno cumple o hace parte de una red que le permite al paciente obtener mejores resultados y beneficios dentro del tratamiento. El concepto de calidad de vida no es claro y no se encuentra una definición que pueda ver con claridad la relación entre calidad y la cantidad de vida. Existe un punto de vista que hace responsable al paciente de esta calidad teniendo en cuenta que se observa la calidad de vida como un control en el deterioro físico del paciente frente a una enfermedad crónica, al cual se le pide dejar hábitos alimenticios inadecuados y mantener un estado físico adecuado, adherirse al tratamiento, manejar su espiritualidad y controlar elementos externos que puedan afectar su buen funcionamiento físico y mental, tomando como calidad de vida. Todo esto acompañado de un servicio de salud adecuado, el manejo del dolor y la

sobrevivencia física deben estar acompañados del bienestar psicológico y social, para que se puedan tocar y hacer parte todas las dimensiones para poder obtener un mejoramiento continuo de la calidad de vida en todas sus dimensiones (Samaja, 1994).

Autores como Maturana (1997) hablan de la subjetividad en la calidad de vida, ya que es un constructo influenciado por distintos factores del entorno social y cultural enlazado a la percepción y el bienestar de cada individuo; en el caso específico de la enfermedad, dependiendo del contexto cultural en el cual se encuentre inmerso el paciente con VIH/SIDA varía su percepción de calidad de vida. Del mismo modo uno de los factores más influyentes en la transformación de la calidad de vida del paciente es la forma como la persona afronta la enfermedad y la actitud que toma frente a esta, como lo afirma Martínez (2001) retomando el contexto en el cual se encuentra el individuo, teniendo en cuenta condiciones biológicas, psicologías y socio-culturales que influyen dentro de este condicionamiento.

La calidad de vida relacionada con la salud, se observa como la relación que tiene el impacto de la enfermedad sobre la vida normal y el bienestar del individuo. Integrando estado físico, rol social, estado emocional cognitivo y sentimiento general de bienestar (Roca, 2000).

Según Velandia (1999) la actitud y la predisposición de las personas que se enfrentan a un diagnóstico reactivo giran en torno a la incertidumbre frente a la expectativa de vida o el trabajo, la misma enfermedad, la vinculación afectiva con la familia y la pareja, reacciones sociales. Partiendo de un impacto emocional al momento de recibir el diagnóstico, que genera confusión y desconcierto frente a la situación, en el cual se muestran reacciones emocionales que pueden variar su intensidad experimentando sentimientos de culpa, ira, temor, ansiedad y depresión entre otros. Partiendo de este estadio se continúa con un estado de ajuste, en el cual se percibe el entorno social como hostil, se percibe un rechazo del mundo exterior, utilizando juicios abarcadores y extremistas basados en un solo incidente. Este ajuste ayuda al sujeto a realizar una idea que le permite llegar a una aceptación en la cual utiliza la negociación como elemento clave que le permite aclarar y puntualizar cada uno de los elementos involucrados en el diagnóstico, permitiendo mejorar su evaluación social y encontrando un equilibrio entre la negación y la aceptación, acepta las limitaciones que la realidad le impone. Generando un proyecto de vida realista y definido que le permita plantear metas a corto y largo plazo. Todo lo anterior para lograr un estadio de preparación, en el cual se desarrollan sus potencialidades personales, de



conseguir un crecimiento familiar y/o individual, de enfrentar un futuro abiertamente y manejar una vida plena.

Por otro lado además de un soporte terapéutico necesario, el apoyo familiar y social es de suma importancia, “las personas que viven con VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental.” (Carrobles et al., 2003, p. 420).

Bayes (1995) determino que en hombres como en mujeres al momento de enterarse que son portadores del virus de VIH, perciben un sentimiento de angustia y desorientación, debido a la estabilidad económica para su futuro y el de sus familias. El impacto percibido por la persona infectada con el virus depende de varios factores entre los que se encuentra la parte económica, la información que tiene sobre la enfermedad, la orientación medica recibida, el estado de ánimo y el valor con el que asuma la noticia. La respuesta de shock o negación frente a esta noticia es común, así como actitudes frenéticas, llanto desesperado o esfuerzos por sobrellevar la situación. Cook et al (2002) resaltan la aparición de la depresión y el desinterés dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, antes de la reanudación de las tareas cotidianas de la persona y la adherencia al tratamiento. Este proceso varia en el lapso de tiempo y se diferencia entre un caso y otro basado en los diferentes estilos de afrontamiento que cada uno manejamos.

La forma en la cual afronta este dictamen médico está acompañada de un temor a la discriminación social, que genera un aislamiento, encerrándose en sus casas y alejándose de su ambiente de trabajo, estudio y cualquier actividad que esté relacionada con interacción social. Por esta razón muchas personas prefieren ocultar su condición para así evitar el rechazo y que los despidan de sus trabajos (Castillo, Corporan y Caffaro, 1997).

En pacientes que conviven con esta enfermedad una de las posibilidades más claras es el suicidio asistido en el cual se le brinda al paciente una dosis elevada que puede terminar con su vida, con conocimiento que el paciente va a hacer uso de esta, para hacer suicidio. De esta manera el paciente es el que se encarga de darle fin a su vida para esto, el paciente debe ser capaz física y mentalmente capaz para suceder suicidio (Turla, 2006).

La corte suprema de los estados unidos hace referencia y apoya el manejo agresivo al dolor en el final de la vida. El manejo de mayor medicación y opiáceos aunque estos disminuyan el tiempo de vida proviene de la doctrina bioética del doble efecto, en la cual se busca alcanzar un efecto bueno en el cual se alivia el dolor y el sufrimiento, es justificable a pesar de la posibilidad

de un efecto secundario no deseado como lo es apresurar su muerte. Si la intención de los médicos está basada en los efectos buenos (Ersek, 2005).

La depresión, el estrés psicológico, las perturbaciones emocionales, la falta de estrategias, de aceptación son factores predictivos a la no adherencia al tratamiento. Los factores cognitivos, psicológicos, sociales, ambientales que determinan el bienestar social y la calidad de vida tienen un impacto en la adherencia y del mismo modo afecta o hace interferencia frente a una ideación de no supervivencia que conlleva a una ideación suicida o de no autoayuda (Belevins et al, 2005).

Lavery et al (2002) propone las diferentes razones por las cuales pacientes que viven con el virus presentan el deseo del suicidio asistido o eutanasia, estas son: a) desintegración, en la cual aparecen los síntomas y baja la funcionalidad, b) pérdida de la comunidad, en la cual se incluye la disminución del deseo y las oportunidades para iniciar y mantener relaciones sociales, caracterizada por exclusión por parte de los demás y autoaislamiento. Por último toma c) pérdida del yo, como resultado de los factores anteriores, la persona experimenta la erosión de su esencia como individuo.

El manejo adecuado de esta ideación suicida, debe ser visto como prioritario o de gran importancia dentro del tratamiento, siendo el counseling uno de los elementos que puede brindar ayuda dentro de este proceso, brindando esta ayuda en todos los momentos en que la enfermedad lo requiera. El counseling es un elemento que se hace imprescindible en los aspectos relacionados con los aspectos relacionados a la adherencia al tratamiento o de la calidad de vida del paciente que puede verse afectada por la misma enfermedad, los efectos secundarios causados por la medicación, la estigmatización o la falta de apoyo social. El counselor u orientador, permite observar una disminución en las conductas de riesgo en determinados grupos (Van de Perre, 2000).

El paciente que vive con el virus, es consciente que debe afrontar una situación incómoda y dura generadora de estrés como resultado entre una valoración de recursos capacidades y la demanda del acontecimiento o situación, favoreciendo a las últimas. Los recursos que el paciente toma en cuenta en esta valoración, son considerados recursos de afrontamiento y el manejo de estos intenta restablecer el equilibrio (Páez et al, 1991).

El paciente VIH positivo presenta ideación suicida y posibilidad de conducta suicida más elevada que en la población general, aun más al momento de conocer la noticia de ser portador. Y en un alto nivel se observa la existencia de una psicopatología previa. Consumidores de droga vía

parenteral, la toxicomanía es un factor de riesgo importante en el suicidio. El estudio del suicidio en personas con problemas de toxicomanías es complicado dada su comorbilidad con los trastornos psiquiátricos y especialmente trastornos afectivos, trastorno límite de la personalidad y esquizofrenia. Las conductas de desinhibición y autolesión causado por las drogas aumentando las conductas de riesgo y minimizando el miedo a morir. La depresión aumenta el riesgo de suicidio (Vega, 2002).

La mayoría de los pacientes con enfermedades terminales con ideación o acto suicida presentan depresión o alteraciones cognitivas que le impiden tomar decisiones adecuadamente. Como búsqueda de una salida alternativa frente a una situación vital insoportable y de gran sufrimiento, evitado el sufrimiento propio o de la familia (Vega, 2002).

En los estadios avanzados de la enfermedad VIH sintomática, ciertas enfermedades oportunistas así como el VIH mismo puede afectar el cerebro de tal manera que se produzcan síntomas de depresión. Al igual que los efectos secundarios de tipo psicológico, todo esto causado por una serie de descompensaciones hormonales y cambios fisiológicos. El VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica, el shock emocional del diagnóstico, el acortamiento de la esperanza de vida los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiares o amigos, generando un alto riesgo de suicidio o intento suicida. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debido al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza (OMS, 2008).

La depresión es acompañada por la ansiedad, entendiéndolas como alteraciones del ánimo que afectan áreas del comportamiento y del proceso de enfermedad, siendo sensibles a la terapia cognitiva, este desajuste anímico no puede ser generalizado para todos los pacientes de VIH, se puede definir los trastornos anímicos observados en aquellos pacientes que lo sufren. Muchos factores justifican la diferencia entre el ajuste y el desajuste emocional, tales como variables de personalidad, estilo de afrontamiento y resolución de conflictos; apoyo estilo de vida asociado a la transmisión psicoinmunología y psiconeuroinmunología (Ho y Evans, 2002).

Es característico de las personas con ansiedad permanecer en un estado de hipervigilancia, sobrevalora los estímulos físicos y percibe amenazas continuas. Lo que le impide manejar la situación adecuadamente. Que puede llegar a desencadenarse en un ataque de pánico. Una de las consecuencias directas de esta actitud emocional, es la percepción de indefensión, al creer

erróneamente el paciente, que no es capaz de solventar la situación por sus medios. La secuencia siguiente es la continua demanda de ayuda a los profesionales de salud (Cook, 2004). Del mismo modo la ansiedad se caracteriza por percibir indefensión frente a la amenaza, que les genera un aislamiento social, recibiendo poco refuerzo de su entorno. Este patrón de respuesta, les hace aislarse correlaciona con la idea negativa que muestran esos pacientes, de sí mismos y de su futuro (Cook, 2004). Estos estados de ánimo desagradables, presenta sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar. Este estado de ánimo depresivo, caracterizado por alteraciones anímicas como tristeza y sentimientos de soledad, baja autoestima asociada a autorreproche, retardo psicomotor y a veces agitación, retraimiento en los contactos interpersonales, ocasionalmente deseos de muerte; posee baja iniciativa y pensamientos tristes. Este impacto psicológico es resultado de la respuesta a la situación (Pimentel, 2000).

El SIDA produce los mismos trastornos psicológicos que otras enfermedades mortales e incurables, pero además, lleva consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente hacia la enfermedad, generando las respuestas emocionales negativas que, entre otras, pueden desencadenar intentos e ideación suicida. Así, para algunas personas el suicidio se convierte en una de las mejores alternativas disponibles para escapar y evitar el sufrimiento y los sentimientos de culpabilidad (Ayuso, 1997). La ideación suicida se puede entender como un proceso desesperado por controlar el proceso de la enfermedad en búsqueda de una respuesta frente a un temor concreto frente a una muerte inminente, y a la posible propagación de la infección así como de la estigmatización y la discriminación social (Carballo, 1998).

El suicidio es un aspecto complejo psicosocial que resulta de depresión, la soledad y el déficit o ausencia de soporte social. La infección por VIH con todas sus negativas connotaciones y la discriminación que genera, puede ser una causa de ideación o intento suicida. Además de esto se ha observado que existe una serie de factores que contribuyen a la ideación suicida de pacientes con VIH como las tendencias sexuales, seropositividad del compañero, la pérdida de la pareja por SIDA, historial de autolesiones y presencia de síntomas físicos, además del consumo de sustancias psicoactivas, depresión y sensación de soledad y abandono (Glor y Smith, 2005).

### **Propuestas de intervención del suicidio en psicología**

*Prevención del suicidio desde logoterapia*

“La Logoterapia es un método de tratamiento basado en el descubrimiento de sentido y en la elaboración de la pérdida de sentido.” (Lângle, 2000, p.203). Es importante como Velásquez (2008) hace referencia a las palabras de Frankl, en el momento de hablar de la relación entre el terapeuta y el consultante, donde la función del primero no se basa en librar de responsabilidad al segundo, sino que basado en este enfoque se debe educar en la responsabilidad. Es fundamentalmente esta la base que se debe tomar en la prevención del suicidio, ya que la sociedad está inmersa en un mundo dirigido, principalmente a lo que falta en sus vidas, no a lo que es o tiene; es decir, cuando se habla de educar en la responsabilidad, se busca que las personas respondan ante las demandas que la situaciones de la vida cotidiana le exigen, dirigido a su vez hacia los diferentes sentidos, que también la vida le presenta.

Es esencial para la prevención de suicidio en pacientes con cáncer y SIDA, lograr que la persona encuentre sentido al sufrimiento que experimenta. “Lo que se pretende es ayudarles a estas personas cansadas de vivir, angustiadas por el dolor o el sufrimiento, que la vida tiene siempre, incondicionalmente, un sentido y que por el contrario el suicidio carece de él.” (Velásquez, 2008, p. 54).

Uno de los aspectos primordiales que se debe promover en las personas, es un cambio en la jerarquía de valores, partiendo que un factor de alta frecuencia es que dicha jerarquía se encuentra de manera vertical o comúnmente llamada piramidal, donde predomina un valor sobre los demás, por lo cual si este se fracciona en algún momento, los demás se ven directamente afectados generando en la persona un desequilibrio que le perjudica su vida, generándose en ella lo que se llama vacío existencial. Por otra parte, si la jerarquía de valores se encuentra de manera horizontal, es posible prevenir a la persona ante cualquier dificultad haciendo que el fraccionamiento de uno de los valores se vea soportado por los demás, lo cual le permite a la persona que ante una dificultad, su equilibrio permanezca y no se desestabilice; estos valores permitirían esta clase de soporte, debido a que no hay un valor que predomine sobre los demás.

Adicionalmente, es primordial la educación centrada en lo que Frankl tomó como valores que le dan sentido a la vida, donde se encuentran los valores de experiencia, que hacen referencia a recibir todo lo que la vida te da, donde se incluye la naturaleza y las relaciones que se presentan diariamente; los valores de actitud, es la forma como la persona asume los diferentes hechos y situaciones a las que se ve enfrentado, la respuesta que da ante cada situación y finalmente, los

valores de creación se refieren a lo que la persona le da al mundo, es decir, lo que es capaz de entregarle a los demás, pero que provenga del interior de la persona. Esta educación basada en dichos valores debe dirigirse a la búsqueda de nuevos sentidos de la persona enferma de cáncer o SIDA, que encuentra entre sus opciones la autodestrucción al percibirse incapacitada, resaltando así los valores de creación al mejorar la autoestima de la persona, por el hecho de percibirse eficaz siendo útil, a pesar de sufrir una enfermedad que se encuentra estrechamente ligada a la muerte. Al profundizar en el aspecto de este tipo de enfermedades es importante relacionar esta variable con la de edad, donde las personas entre 17 y 24 años, así como los mayores de 65 años poseen un mayor riesgo, por lo cual la educación de valores debe apoyarse con las huellas de sentido, especialmente para las personas mayores, con el fin de abrir la vida de la persona hacia el darse cuenta de los sentidos que han llenado su vida; por ejemplo, a una persona de 70 años con cáncer debe guiarse a que recuerde los aspectos que dieron sentido en su vida en los diferentes momentos de esta.

Por otra parte, es claro que una persona con una enfermedad terminal presenta diferentes emociones y pensamientos dirigidos a la muerte, por lo cual es importante evitar la hiperreflexión sobre este tema, siendo la herramienta más útil y eficaz la derreflexión, que permite a la persona descentrarse de sus propios pensamientos que pueden llegar a incapacitarlo y así, poder hacer uso de uno de los recursos noéticos, el autodistanciamiento, que permite que las personas se distancien de sí mismos y de las situaciones (García, et al., 2007), generando una visión propia desde una perspectiva diferente, lo cual amplía la conciencia de las posibilidades y las herramientas con las que se cuenta para afrontar las situaciones y responder a las mismas, por lo que se protege de caer en un vacío existencial. Este aspecto debe relacionarse con la “resignificación de la vida en busca de la felicidad, que en verdad, es algo que la vida misma nos va otorgando por medio de una infinita cantidad de pequeños momentos” (Falcão, 2007, p.442)

Finalmente, cabe tener en cuenta que uno de los objetivos principales a partir de la logoterapia es que las personas con SIDA y cáncer, así como las que padecen de cualquier enfermedad terminal o discapacitante, encuentren sentidos de vida que les permitan hacer un uso adecuado de la oportunidad que tienen de estar vivos, a pesar de sentirse condicionados por algún aspecto patológico; esto se hace generando el cambio de perspectiva, para que no se vean como enfermos o discapacitados, sino como personas con diferentes capacidades y sean conscientes de lo que poseen más allá de ver lo que les falta.

*Prevención del suicidio desde el psicoanálisis*

La perspectiva psicoanalítica del suicidio se ha mantenido, como otros de los muchos temas de índole psicológica, desde las primeras formulaciones explicativas de la psique humana. Una de las consideraciones más importantes del psicoanálisis frente al suicidio es la ambivalencia que moviliza a la persona, es decir se tiene como punto de partida un conflicto intrapsíquico que se ve reflejado en comportamientos ciertamente atípicos. Dubugras y Guevara (2007, p. 233) muestran que “En este tipo de comportamiento, vida y muerte se encuentran, se complementan y hasta se contradicen porque su camino es el de la ambigüedad: el acto se reviste de odio y amor, de coraje y cobardía, de temor y audacia”. Este aspecto es la base de la intervención desde el enfoque psicoanalítico, ya que al encuentro con el consultante se identifica que tipo de fuerzas e ideas están manteniendo la dinámica psíquica del conflicto suicida.

Un detalle a tener en es que el la idea o el acto suicida tiene una intencionalidad directa y nunca es considerada como un aspecto subyacente; para el psicoanálisis, la simulación del suicidio no es contemplada como explicativa o descriptiva, este es acto que simboliza el clímax de una crisis que tiene un valor significativo para la persona que siente la pérdida objetal y la agresión de este episodio (De Bedout Hoyos, 2008). Esto puede alejarse de otras definiciones que contemplan el gesto o el parasuicidio como detalles de análisis, pero permite abordar desde el inicio de la relación terapéutica el discurso de la dificultad de entender o establecer el significado de la pérdida. Paralelamente, la intención suicida también tiene un reflejo, que es considerado trascendental para el psicoanálisis; son muchos los autores que dándole valía al individuo encuentran detalles relacionados como el ambiente hostil, la depresión generada, la constitución de la personalidad y el estrés, todos en conjunto configuran una liberación de la represión que la persona ha generado anteriormente (que tiene un componente emocional inconsciente y funcional consciente) para al final expresar su energía pulsional en la destrucción o culpabilización de quien en principio desvincula la relación psíquica del individuo suicida: sea el otro (objeto total de vínculo amoroso) o el imaginario social (aceptación y relación frente al súper yo) (Freud, 1917/1975).

Propiamente dicho, la clínica psicoanalítica en el suicidio no se puede establecer de la misma manera que una consulta clásica, por las particularidades de riesgo, tiempo y las necesidades del paciente, además del estilo que maneje el terapeuta y las limitaciones del sistema

de salud. El primer objetivo es planteado a partir de la conceptualización de Lacan acerca de la resolución del conflicto suicida; es decir con los dos tipos de acto: el 'acting out' y el pasaje al acto, partiendo de la sensación de angustia generada por el paciente y de la situación; se busca una reconstrucción de la intención y la comprensión subjetiva de la acción suicida que antes se concebía como un acto de éxito y que se puede transformar en un episodio fallido (Ruiz Moreno, 2008; Lora, 2007). en definitiva lo primordial por la falta del tiempo es lograr vincular al paciente a una posibilidad de apoyo, teñido en cuenta que la catarsis puede no darse dada la presión de su acto indebido y su defensa frente a el conflicto que lo aqueja; por tal razón reinstituir la subjetividad de la persona frente a las posibilidades de vida a partir de un enfrentamiento con otro distinto que sea evidencia y objeto total de no exclusión y que pretende generar una dinámica nueva en la lógica psíquica; con este proceso se instalaría la relación terapéutica, se desmitifica el silencio como represor de la angustia inconsciente y de desarma el ciclo vicioso de la pulsión de muerte que motiva a la persona a dar prioridad a su perspectiva de verse como objeto fácilmente prescindible (Ruiz Moreno, 2008; Lora, 2007; Justus, 2003).

Existe un riesgo de la relación terapéutica tras superar la barrera de la instauración y es la posibilidad de representar un apoyo necesario para el paciente. Se debe tener en cuenta que la percepción del paciente si bien esta desconfigurada de la realidad por una sensación de abandono y frustración hacia la vinculación del yo, su historia y su dinámica psíquica aun contiene aspectos de conflictos y reacciones propias del análisis psicoanalítico que son de total pertinencia y que pueden reflejar la dimensión inconsciente de manera más clara. Varios autores reflejan en estudios de caso como la vinculación terapeuta-paciente puede generar inconvenientes que si bien no son por mala intención, son estrategias que pueden arruinar la función de resolución del psicoanalista y malformar la ya de por si defectuosa percepción del conflicto que tiene el paciente (Apolo, Sassone y Suarez, 2008, Gabbard, 2003). Es claro que el paciente suicida no es un paciente con las mismas características que un paciente con una duda o una enfermedad de corte más biológico, por lo cual el sentido de 'salvación' y 'responsabilidad' puede incrementar frente al riesgo de una acto fulminante y exitoso como es el suicidio; por esto la interpretación del discurso del paciente debe hacerse con cautela y reserva, tanto para el cuidado del terapeuta como para la seguridad misma del paciente.

Esta aclaración parte de la misma esencia de la teoría psicoanalítica, donde la palabra es la que moviliza el actuar terapéutico; Gabbard (2003) hace énfasis en el aspecto de cómo al



transferencia también influye en la vida del terapeuta en dos focos, el primero es la clara intención de demostrarle al terapeuta que no hay sentido vital, lo cual genera más reto personal; y el segundo punto es como en la apertura del mundo inconsciente de la persona se empiezan a sobreestimar o subvalorar aspectos que pueden ‘ser irrelevantes’ frente a la problemática suicida. el otro riesgo de la terapia individual psicoanálisis es su tiempo de ejecución incluso en psicoterapia breve, ya que los silencios producidos por una problemática suicida pueden generar vaivenes en cuando al progreso del consultante; si no se aclaran los contenidos inconscientes de cada aspecto relacionado con el conflicto psíquico, la re-actuación puede producir en la persona abandono, una fluidez falsa en el dialogo terapéutico y una pobre comprensión de sus ideas y secretos como partes fundamentales de su historia psicológica y de su acción suicida (Justus, 2003).

En paralelo a la terapia individual, llámese consulta con psicoanalista clásico de larga duración o psicoterapia breve, se propone el psicoanálisis multifamiliar como forma de abordaje de la problemática suicida más contextual involucrando aspectos de relación del sujeto. Puig (s.f) muestra todo un recorrido del esquema como se trabaja dentro de una clínica este método, que está basado en una mezcla bien fundamentada de la contextualización sistémica de los grupos con el abordaje psicoanalítico del análisis del discurso y la energía que mueve la dinámica del personaje junto a su contexto. En principio se siguen las directrices normales de una terapia clásica, teniendo en cuenta la autonomía en el encuadre, el objetivo mater de hacer consciente lo inconsciente y generar un balance en el conflicto psíquico; lo novedoso de la terapia es que con el contexto puede ser un agente modulador y compresor de los esquemas de cambio que puede generar un paciente.

Entonces al paciente se le hace partícipe de tres tipos de áreas: la primera netamente individual donde se busca la identificación de la problemática del paciente, un segundo contexto donde se podría asemejar a la psicoterapia grupal, un bastión para que la comprensión de los problemas sea compartida y visualizada en la idea y en la expresión pasional de un grupo con características similares y finalmente el tercer grupo que es el familiar o la misma inclusión ecológica; es decir que se motive al paciente a ser participante de otros momentos donde pueda comprender y desarrollar mecanismos de defensa o de función mucho más claros. En palabras de la autora se muestra que “la experiencia acumulada nos permite tener una visión panorámica de lo que puede haber ocurrido en la vida de un paciente desde los primeros contactos, aunque no

tengamos todavía la información suficiente. Donde hay enfermedad por algo es. Donde hay conflicto algo ocurrió. Donde hay carencia, algo faltó.”(Puig, s.f, p. 6).

Como tal el psicoanálisis dentro del contexto netamente clínico no es una de las alternativas más usadas, en principio por su dualidad de trabajo y el suicidio escapa en muchas ocasiones a la interpretación del psicoanalista por el hecho de no pertenecer a un grupo de salud directo. La discusión puede ir muchísimo más allá si se coloca sobre la mesa la ya consumada controversia entre la terapia psicoanalítica clásica y las psicoterapias psicoanalíticas que están enfocadas en efectividad y puntualidad; a pesar de usar aspectos globales como el análisis de la transferencia, la neutralidad técnica, la interpretación y la asociación libre que funcionarían indefinidamente en cualquier persona que resultan también específicos en los trastornos graves como lo es el suicidio (Kernberg, 2000). Puede que no se encuentre un lineamiento específico desde esta teoría psicológica o desde las psicoterapias basadas en el psicoanálisis para el tratamiento del suicida, sin embargo lo que no cambia en ningún aspecto es que la relación terapéutica en el psicoanálisis define mucho del prospecto de ayuda al paciente suicida, teniendo en cuenta que la idea siempre será que el terapeuta genere una duda, sin afectarse a sí mismo, para que el conflicto psíquico elimine la imposibilidad de contemplar alternativas dentro de los esquemas de la persona.

#### *Prevención del suicidio desde el enfoque cognitivo-conductual*

El acto suicida es una de las causas de muerte en pacientes con enfermedades terminales o de dolor crónico, en búsqueda del control o manejo de su enfermedad. Frente a esta problemática, la evidencia empírica de tratamientos cognitivo-conductual ha mostrado mayor eficacia frente a otros tipos de tratamiento en cuanto a la prevención de la ideación suicida y la tendencia a la repetición de tentativas de suicidio. La terapia cognoscitiva breve tiene como fin unos objetivos claros que permiten observar mejores resultados frente a situaciones que generen conflicto dentro de la persona, dentro de estos objetivos, podemos encontrar, la disminución en el nivel de riesgo para un nuevo intento suicida, mostrando un bajo número de intentos suicidas además de un nivel más bajo en cuanto a medidas de depresión, desesperación e ideación suicida. Algunas estrategias cognitivo-conductuales permiten dirigirse a los pensamientos identificados y creencias de los pacientes, los participantes son ayudados a desarrollar estrategias adaptativas que le permitan manejar estímulos estresores, así como factores de vulnerabilidad específicos que están dirigidos

a la desesperación tales como problemas de resolución de conflictos, impulsividad y aislamiento social.

Aron Beck observó partiendo de la explicación clara y precisa del manejo de la depresión e ideación suicida, sujetos desvalorizados, defectuosos, indeseables, en otras palabras como víctimas de las diferentes situaciones sociales que tenían que vivir a causa de distorsiones negativas contra su sí mismo (Beck, 1961). Enfocándose en las deformaciones sistémicas del procesamiento de la información, siendo la teoría de Beck la base para el manejo y cambio de los paradigmas y puntos de vista psicológicos, dejando de lado el determinismo externo del ser humano ubicándolo en una visión interna y concentrada en las representaciones, pensamientos, sentimientos, creencias, que dan a conocer el procesamiento de la información. Dando las bases para el manejo cognitivo conductual frente a la depresión. Para el manejo adecuado de la depresión se pretende entender como un estímulo clásico, estímulo respuesta, generando que la emoción evocada determine los pensamientos y conductas del sujeto, de tal manera que sí se pueden modificar estas emociones, del mismo modo podremos mejorar su resultado. Las emociones percibidas por el sujeto son el resultado del manejo y concepción de los estímulos recibidos por el entorno social en el cual se encuentra inmerso, dándole a esta información ambiental un significado, generando emociones y conductas respecto a este manejo de la información. El modelo cognitivo para la depresión, muestra la importancia de esta frente al procesamiento de la información, mostrando la interacción entre juicio, afecto y conducta que se van reforzando recíprocamente ente si, humor depresivo y culpa gracias a la interpretación o sentido deformado.

Las operaciones cognitivas son la forma en la cual los modelos participan para elaborar información proveniente de los datos sensoriales, generando creencias, pensamientos e ideas, que influyen dentro de la depresión y las ideas de minusvalía circularmente de acuerdo a una retroalimentación negativa, que se va deformando y causa la sintomatología y quejas, así como manifestaciones somáticas, entendiendo que en este tipo de problemática intervienen los pensamientos automáticos, esquemas y la triada cognitiva.

Los esquemas son creencias o supuestos básicos que en este caso son básicos disfuncionales, mantenidos, no explícitos, abstractos, que regulan la información sobre sí mismo, así como los actos, emociones y creencias latentes. Los esquemas dan origen al proceso cognitivo básico que se ha denominado 'pensar automático'. Con el nombre de automático se quiere

recaltar que este procesamiento no se da en forma deliberada, vale decir, que el individuo no elige necesariamente atender a cierta información y pasar por alto o descalificar otra (Biggs y Rush, 1999). Beck denomina "distorsiones cognitivas" a estas numerosas formas características de elaboración de su experiencia de los pacientes deprimidos (inferencia arbitraria, sobre generalización, etc.) y ha hecho notar que un análisis detenido de su contenido, habitualmente revela errores típicos de lógica, que corrientemente persisten a pesar de evidencias que las contradicen. El razonar negativamente distorsionado se expresa en tres áreas configurando la 'tríada cognitiva': del sí mismo, el mundo y el futuro.

Wright y Beck han comprobado que los pensamientos pesimistas del futuro y la desesperanza son casi más importantes que la baja estima o las percepciones deformadas del ambiente (Wright y Beck, 1983). La terapia cognitiva se caracteriza por ser un tratamiento de duración breve, focalizado en la comprensión de creencias disfuncionales idiosincráticas, vulnerabilidades específicas asentadas en esquemas latentes distorsionados y cómo eventos estresantes particulares chocan contra estas vulnerabilidades activándolas y así produciendo los síntomas y signos depresivos (Segal y Shaw, 1996).

Las terapias cognitivas se componen de 3 partes básicamente, aspectos didácticos, técnicas cognitivas y técnicas conductuales; en los cuales, proporcionar un sentido racional a todo el proceder terapéutico, el médico establece una agenda de trabajo al comienzo de cada sesión, asigna tareas específicas para desarrollar en casa entre las sesiones, revisa los deberes encomendados y le enseña habilidades para la mejor manipulación y control de ciertas situaciones, resaltando el uso de diversas técnicas permitiendo la no familiarización del cliente y la mala ejecución frente a una técnica. Las características personales de cada ser humano permiten que cada terapia tenga un manejo diferente y tenga características que faciliten o dificulten el manejo interno de la terapia, pero aunque esto es algo irrefutable en cuanto a la depresión, existe una serie de reglas o pasos como una pauta en cuanto a la intervención (Figuroa, 2000).

Una alternativa frente a esta terapia que permite un manejo adecuado de la ideación y el acto suicida es el counseling, en el cual un profesional le proporciona al paciente seguridad, comprensión y aceptación, permitiendo una mayor comunicación paciente terapeuta, ayudando o interviniendo en la toma de decisiones, resolución de problemas y conflictos. El counselling puede ser entendido como una terapia de acompañamiento o asesoramiento basado en que todas

las personas son capaces de resolver sus propios problemas, si se les da la oportunidad, mediante la utilización de estas técnicas se permite al paciente clarificar sus pensamientos y sentimientos explorando distintas opciones de solución.

## CONCLUSIONES

Se parte de la referencia actual de considerar al suicidio como una problemática de salud pública que afecta indiscriminadamente a cualquier tipo de persona en el mundo; no obstante, la generalidad de este concepto ha hecho que se disemine de manera dificultosa toda la complejidad que abarca un comportamiento que pueda llevar a la línea de ejecución del suicidio: idea, intento y acto. La trascendencia de este fenómeno obliga al psicólogo clínico y de la salud a ser un ente activo, participativo, preventivo y sobre todo comprensivo sobre cualquier tipo de dificultad que una persona presenta al consultar por suicidio; además no se puede pretender que el paciente que tenga indicios referentes a los conceptos revisados sobre el suicidio asista voluntariamente a una consulta o que dialogue abiertamente frente a su equipo de salud sobre la idea de acabar su vida súbitamente. La importancia pues de esta temática convoca a tener en cuenta que las particularidades de la conducta suicida no son siempre visibles pero constantemente son importantes y aunque no se dé un grito de ayuda siempre es pertinente estar atento frente a los pacientes que consultan, con base en el conocimiento, entrenamiento y la experiencia que puedan proporcionar la posibilidad de intervenir directa e inmediatamente a quien está dando sus primeros pasos hacia el abismo de la muerte.

La problemática tiende a complicarse con la inclusión de la variable de paciente terminal, y con las enfermedades descritas en este artículo como son el Cáncer en todas sus modalidades y el VIH/Sida como la enfermedad más preocupante descrita por la OMS actualmente. La sintomatología de las enfermedades que generan estados crónicos, discapacidad total o degeneración progresiva, sumado al siempre complicado dolor crónico que padecen, son la base de distintas respuestas adaptativas frente a como asumir la enfermedad, la vida y sus relaciones; al mismo tiempo estos aspectos son los que enmascaran esas conductas específicas que podrían empezar a dar sospecha sobre algún comportamiento suicida; es por esto que en equipo interdisciplinar que trabaja con pacientes terminales no debe desconocer que a pesar de que el individuo este en un contexto de control de su enfermedad, existen otras problemáticas que pueden incrementar la dificultad y receptividad de tratamiento, conduciendo más fácilmente a

una consideración del suicidio como 'alternativa de vida' (es decir una opción para dar fin al sufrimiento del paciente que tiene esta condición); creando una percepción errónea de control de la enfermedad y de balance en sus áreas de ajuste.

Dado el avance lento de la formación completa de unidades de cuidado paliativo para pacientes terminales en nuestro país, la mejor iniciativa arranca desde el inicio mismo del tratamiento, desmitificando que el proceder terapéutico tenga como objetivo principal la prolongación de la vida antes que la adaptación real del paciente a una condición que puede acompañarle durante toda su existencia. El ejemplo más claro es ver como los porcentajes entre las dos enfermedades y la problemática de suicidio son semejantes, y directamente proporcionales a incrementar si tenemos en cuenta que en los siguientes años la proyección de las enfermedades tiende al alza; es decir, si se dice actualmente y con la revisión que la incidencia de suicidio en cáncer y sida es mayor al mismo porcentaje general de suicidio, el incremento de prevalencia en estos dos padecimientos generara más probabilidades de aparición de conductas suicidas; el panorama puede ser mucho más crítico si se consideran otros malestares como dificultades cardiovasculares, diabetes, esclerosis, ETS, fibromialgia entre otras, donde el suicidio podría ser fácilmente la primera respuesta de un enfermo terminal.

Lo anterior no rotula o predispone al paciente terminal como paciente suicida; si bien tienen vulnerabilidades y factores de riesgos mucho más específicos y dramáticos que otras personas, una adecuada intervención y un sinnúmero de variables específicas a la vida del individuo muestran que la presentación de un comportamiento suicida depende de una interacción que es inestable y que no condicionan una respuesta causal; dicho en palabras más coloquiales, enfermedad terminal más dificultades en la persona más problemas en el contexto no dan como respuesta específica el suicidio; aunque esta comorbilidad de aspectos individuales y psicosociales si lo hace mas propenso a llegar al menos a la ideación suicida.

El aporte psicológico parte entonces de comprender toda la problemática y no vincularse únicamente a la paliación o eliminación del dolor o de las problemáticas más urgentes del paciente en torno a su rehabilitación o a su misma consecución de la enfermedad y de la vida. Aspectos tan clásicos como el manejo de la ansiedad y de la depresión, el proyecto de vida, la aceptación y adaptación de la enfermedad, la expresión emocional, la inclusión laboral, constitución nueva del entorno social, colaboración en la carga de la dinámica familiar y del cuidador primario, las crisis vitales que la persona empieza a proyectar o que está viviendo en la

evolución de la enfermedad y otros aspectos que involucran la personalidad, el pensamiento, la lógica, los vínculos y las motivaciones constituyen a la persona como ser humano. Independiente de la enfermedad o del dolor percibido, el paciente no deja de manifestar aspectos psicológicos que siempre serán de cuidado y que no pueden descuidarse si la persona mejora o abandona el tratamiento médico inicial. La prevención también se da a partir de la profundización de conocimientos del psicólogo, sobre el manejo del dolor, los cuidados paliativos, los medicamentos, las implicaciones de la enfermedad y todo el contexto de salud involucrado.

No obstante, aunque en la misión del psicólogo se encuentra tratar con todas estas dificultades de la persona, el terapeuta muchas veces no está preparado para enfrentar la problemática de la muerte y con más inquietud, las ideas de terminar con la vida de manera intencionada y súbita. Gabbard (2003) menciona que para el psicoanalista y de por sí para cualquier psicólogo o terapeuta la visión de un paciente está dirigida a problemas menos complejos:

“Pacientes suicidas, por su misma naturaleza, tocan una especial vulnerabilidad que es un peligro ocupacional de los analistas. La mayoría de nosotros prefiere pensar en el trabajo analítico como en algo que no es un asunto de vida o muerte. Visualizamos a nuestro paciente ideal como una persona inteligente, reflexiva, atractiva (un poco como nosotros), que está perseguida por sus conflictos intrapsíquicos pero que está fuertemente motivada a comprender. Este tan anhelado paciente abraza la vida y quiere hacer cambios para poder vivirla en forma más plena.” (Gabbard, 2003, p. 2.).

Bajo esta perspectiva, el psicólogo tiene la necesidad de fortalecer sus debilidades en torno al manejo de personas que han pensado en suicidarse; mas aun con un enfermo terminal quien puede dar argumentos totalmente validos para querer dejar de sufrir y optar por una salida mucho más fácil. Si bien se conoce que en muchas ocasiones uno no tiene la posibilidad de tratar algunos aspectos específicos de la persona, la prevención del suicidio en pacientes terminales parte de eliminar el miedo hacia la muerte que el terapeuta adquiere por el mismo ambiente medico de enfermedad incurable y por esa necesidad de salvar omnipotentemente a cualquiera sin importar el riesgo que se genere.

Sumado a esta característica, las herramientas que ofrecen los enfoques psicológicos propuestos en este documento son vitales y necesarios para acceder a la recuperación en todas las áreas del paciente, sin hacer énfasis en cada una de las perspectivas que tenga el terapeuta u obligar al enfermo a escoger entre cualquier tipo de profesionales que manejen teorías distintas;

parte del excelente tratamiento que se puede ofrecer al paciente terminal y con características suicidas es no limitarlo a un tipo de técnicas y resaltar el sentido del hombre que refleja el terapeuta y que concuerda con las características de quien consulta; al mismo tiempo no se concluye (como es común en la psicología general) que exista un enfoque más apropiado para trabajar el suicidio en cualquier población o en una enfermedad crónica. La perspectiva ofrecida es dar a conocer que un manejo multienfoque no desnaturaliza al terapeuta y si permite una guía más eficaz para la persona, partiendo de la idea fija del suicidio como una única salida hacia el pensamiento de una vida con posibilidades enormes generadas por el mismo paciente. Aspectos como que la persona pueda construir o tenga y se manejen sentidos de vida desde el manejo del suicidio en la logoterapia, la reestructuración que debe generar en la cognición sobre la minusvalía y la soledad frente a su interacción social desde el enfoque cognitivo conductual o la redefinición de la intención del acto suicida y de la interpretación de la pérdida del objeto y de la dimensión de abandono vincular desde la mirada psicoanalítica son oportunidades que ayudan a comprender mejor al paciente y a nunca encasillar su comportamiento o pensamiento suicida dentro de una patología o respuesta o esquema o pulsión que sea netamente definitoria; el psicólogo mas allá de propender por el manejo ético y efectivo de su profesión, debe velar por la calidad de vida y por el ofrecimiento de posibilidades hacia quien está solicitando su ayuda, aunque estas formas de colaborar no sean precisamente exactas o explicas al enfoque que ha trabajado.

Finalmente, los aspectos analizados muestran que el suicidio no es la única problemática de salud pública; el cáncer y el VIH/Sida se siguen proliferando y afectan cada día a más personas. El paciente terminal debe entonces contar con muchas más posibilidades de reencontrarse con una posibilidad de vida que se colabore de disminuir el dolor pero también a reducir sus angustias y afecciones en los campos donde se desempeña; el psicólogo pues siempre deberá estar en seguimiento de estos pacientes, generando un ambiente de comprensión y ayuda capaz de eliminar cualquier duda sobre la insatisfacción de la vida: el abordaje sigue siendo multidisciplinar, pero la psicología tal vez sea la base de acción de una problemática invisible y letal como es el suicidio en personas que perciben han perdido todo por una enfermedad.



REFERENCIAS

- Anderson, M.D. (1994). Dolor en Poblaciones Especiales. En M.D. Anderson. (Ed.) *Manejo del Dolor en Cáncer*. Agency for Health Care Policy and Research; U.S. Department of Health and Human Services.
- Apolo, G., Sassone, M.C. y Suarez, M.E. (2008). *Del Intento de Suicidio al Intento de Análisis*. Documento de Trabajo. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Departamento de Salud Mental. Argentina. Recuperado el 20 de mayo de 2009, en [http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/4\\_jornada.htm](http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/4_jornada.htm)
- Asociación Española contra el Cáncer. (2006). Salud y Medios de Comunicación – Cáncer [Versión Electrónica]. Recuperado el 24 de abril de 2009, en <http://www.todocancer.com/esp>.
- Ayuso, M. (1997). *Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: Martínez Roca.
- Barlow, D., Durand, M. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integra*. México: Internacional Thomson editores
- Bayes, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A.T. (1961). A Systematic Investigation Of Depression. *Compr Psychiatry*, 2, 163-170
- Belevins, D. et al (2005). Persons approving physician-assisted suicide in homosexual men with AIDS. *Psychology and Behavioral Science Collection*, 347, 1-10
- Biggs, M.M. y Rush, A.J. (1999). Cognitive and behavioral therapies alone or combined with antidepressant medication in the treatment of depression. En: D.S. Janowsky (Ed.). *Psychotherapy, Indications and Outcomes*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bobes García, J., González Seijo, J.C. y Sáiz Martínez, P.A. (1997). *Prevención de las conductas Suicidas y Parasuicidas*. Barcelona: Masson.
- Bobes García, J., Sáiz Martínez, P.A, García-Portilla González, M.P., Bascarán Fernández, M. T y Bousoño García, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Psiquiatría Editores

- Boffetta, P. (2001). Cáncer. En J. M. Stellman (Ed.), *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo: Vol. 1* (Ed. En español). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones
- Carballo, M. (1990). Psychosocial Aspects of AIDS: Policy Implications. *AIDS*, 4, 529-533
- Carrobbles, P., Remor, C. y Rodriguez, S. (2003). Personal Cognitive, Behavioral and Demographic Predictors of HIV Testing and Stds in Homeless Women. *Journal Of Behavioral Medicine*, 23 (6), 123-147.
- Castelli Candia, P. y Serrano Gomez, C. (1998). Caracterización del paciente que acude por intento suicida a un hospital general. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 44(3), 268-277.
- Castillo, F., Corporan, V., y Caffaro, N. (1997). *Depresión y Ansiedad: Valoración de los Síntomas Predominantes en un Grupo de Personas VIH Positivo Y Un Grupo De Personas Con Cáncer*. Tesis de grado, Universidad católica de Santodomingo.
- Casullo, M.M., Bonaldi, P.D. & Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A
- Cook J.A., Grey, D., Burke, J., Cohen, M.H., Gurtman, A.C., Richardson, J.L., et al. (2004). Depressive Symptoms and AIDS-Related Mortality among a Multisite Cohort of HIV-Positive Women. *Journal of Public Health*, 94 (7), 1133-1140.
- Cook, J., Cohen, M., Burke, J., Grey, D. et al. (2002). Effects of depressive symptoms and mental health quality of life on use of highly active antiretroviral therapy among HIV-seropositive women. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 30, 401-409
- De Bedout Hoyos, A. (2008). Panorama Actual del Suicidio: Análisis Psicológico y Psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1 ( 2), 53-63.
- Dirección seccional de Antioquia. (2003). *Informe VIH Y SIDA*. Medellin
- Dubugras, S., y Guevara, B. (2007). Homicidio seguido de suicidio. *Universitas Psychologica*, 6(2), 231-244.
- Durkheim, E. (2000). *El Suicidio* (6ª ed.). México: Ediciones Coyoacán.
- Ersek, M. (2005) Assisted Suicide: Unraveling A Complex Issues. *Nursing*, 35, 48-52

- Figueroa G. (2000). Psicoterapia y Farmacoterapia en el Tratamiento de la Depresión Mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 20, 120-125
- Freud, S. (1975). Duelo y melancolía. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.), *Obras completas*. (Vol. 14). (5ª reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).
- Gabbard, G. O. (2003). Descarríos del tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas. *Psicoanálisis- APdeBA*, 25 (1), 1-23.
- García de Jalón, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *ANALES Sis San Navarra*, 25 (3), 87-96.
- García, C. et. Al. (2007). *Frankl Por Definición, Consultor Temático de Logoterapia y Análisis Existencial*. Buenos Aires: San Pablo
- Glor, J., y Smith, C. (2005). HIV and Adherence Pharmaceutical Executive. *Eugene*, 25, 106-108
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., Bohórquez, A., Díaz Granados, N., Ospina García, M.B. y Fernández, C. (2002). *Factores asociados al intento de suicidio en la población Colombiana*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31 (4), 271-286. Recuperado el día 24 de marzo de 2009 de <http://www.scielo.org.co/>
- Ho, W.Z., Evans, D.L., y Douglas S.D. (2002). Substance P and Human Immunodeficiency Virus Infection: Psychoneuroimmunology. *CNS Spectr*, 7 (12), 867-874.
- Instituto Nacional de Cancerología – Colombia. (2004). El Cáncer en Cifras. Recuperado el 27 de abril de 2009, en [http://www.incancerologia.gov.co/publicaciones.aspx?cat\\_id=154](http://www.incancerologia.gov.co/publicaciones.aspx?cat_id=154)
- Instituto Nacional del Cáncer (En Español). (2009). El Cáncer. Recuperado el 29 de abril de 2009, en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>
- Justus, D. (2003). *El Suicidio Nuestro de Cada Día*. Artículo publicado en el Segundo Encuentro Mundial de Estados Generales del Psicoanálisis. Rio de Janeiro.
- Kernberg, O. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64 (2), 336 – 352.

- Krikorian, A. (2008). Valoración del Sufrimiento en Pacientes con Cáncer Avanzado. *Psicooncología*, 5 (2-3), 257-264.
- Lângle, A. (2000). *Viktor Frankl. Una biografía*. Barcelona: Herder
- Lavery, V.J. et al (2002). Origins of the Desire for Euthanasia and Assisted Suicide in People with HIV-1 or AIDS: A Qualitative Study. *The Lancet*, 358, 363-367
- Liga Colombiana Contra el Cáncer – Colombia. (2008). Material-Tipos de Cancer. Recuperado el 29 de abril, en [http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=61&Itemid=69](http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=69)
- Lora, M. E. (2007). Un tiempo preliminar frente al acto suicida. *Freudiana*, 49: 77-81
- Martínez Pascual, B. (1998). Reseña De Revista: Suicidio en Pacientes Con Cáncer. *Psiquiatría Pública*, 10 (4), 246 – 248.
- Martínez, E. (2001). *Logoterapia, Una Alternativa Ante La Frustración Existencial Y Las Adicciones*. Bogotá: colectivo aquí y ahora.
- Maturana, H. (1997). *La Objetividad, Un Argumento Para Obligar*. Santiago: Dolmer.
- Miller, M., Mogun, H., Azrael, D., Hempstead, K. y Solomon, D. (2008). Cancer and the Risk of Suicide in Older Americans. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (29), 4720 - 4724
- ONUSIDA/OMS (2006). *Situación de la epidemia de sida: Diciembre de 2006*.
- Organización Mundial de la Salud, (2008). VIH/SIDA y salud mental, informe de la secretaria. 124 reunión EB 124/6
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del Suicidio: Un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud. Recuperado el 15 de abril de 2009, en [www.who.int/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2009). OMS – Cáncer. Recuperado el 29 de abril de 2009, en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

- Páez, D., Echabarria, A., Valencia, J., Romo, I., San Juan, C. y Vergara, A. (1991). AIDS Social Representations; Contents and Processes. *Journal of Community Y Applied Social Psychology Correlates. Women Health*, 25, 1-22
- Palacios Espinosa, X., Rueda Latiff, A. y Valderrama Herrera, P. (2006). Relación de la Intención e Ideación Suicida con alguna Variables Sociodemográficas, de la Enfermedad y aspectos Psicoafectivos en personas con VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 25-38.
- Pérez Barrero, S.A. (2006). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. *Revista Futuros*, 14 (4), Recuperado el 3 de abril de 2009 de <http://www.revistafuturos.info>
- Pimentel, M., y Bisso, A., (2000). Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes VIH/SIDA Asintomáticos y Sintomáticos. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. 13, 8-12
- Puig, I.J. (s.f). *Psicoanálisis Multifamiliar en la Prevención Del Suicidio: Un recurso para un servicio de Consultorios Externos*. [Versión electrónica]. Recuperado el 19 de mayo de 2009, en [www.worldpsychiatricassociation.org/sections/mass-media/muliti-fam-suicidio.pdf](http://www.worldpsychiatricassociation.org/sections/mass-media/muliti-fam-suicidio.pdf)
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento Suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax
- Roca, M.A. (2000). *Psicología clínica. Una visión general*. La Habana: Félix Valera.
- Ruiz Moreno, J. (2008). *Amor y Suicidio, Desde Freud hasta Lacan*. [Versión electrónica]. Recuperado el 20 de mayo de 2009, en [http://www.esritos.webcindario.com/esritos\\_psicoanaliticos/ponencias/Esteban%20Ruiz%20-%20Amor\\_\\_%20Suicidio\\_desde\\_Freud\\_hasta\\_Lacan.pdf](http://www.esritos.webcindario.com/esritos_psicoanaliticos/ponencias/Esteban%20Ruiz%20-%20Amor__%20Suicidio_desde_Freud_hasta_Lacan.pdf)
- Sala, O. (2000). Psiquiatría y Cáncer. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna*, 27(4), 220-226
- Samaja, J. (1994). *La Reproducción Social Y La Relación Entre Salud Y Condiciones De Vida*. OPS Argentina.

- Segal, Z.V. y Shaw, B.F. (1996). Cognitive therapy. En: L.J. Dickstein, M.B. Riba y J.M. Oldham (eds.). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 15, 69-90
- Sociedad Americana del Cáncer. (2006). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en los Hispanos/Latinos 2006-2008. [Versión Electrónica]. Recuperado el 28 de abril de 2009, en <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2007), Primer Estudio Sociológico sobre la Percepción del Cáncer: Principales resultados [Versión Electrónica]. Recuperado el 25 de Abril de 2009, en <http://www.seom.org/seomcms/index.php>
- Turla, et al. (2006). Health Professionals Attitude toward Euthanasia: Across Sectional Study from Turkey. *Omega*, 54, 135-145
- Van de Perre. (2000). HIV Voluntary Counseling And Testing In Community Health Services. . *The Lancet*, 356, 86-87
- Vega, M., Blasco. H., Baca. E. y Díaz C. (2002). *El suicidio: Salud Mental Atención Primaria* Madrid: Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá de Henares y Fundación Jiménez Díaz.
- Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E. y Díaz-Sastre, C. (2002). El Suicidio. *Salud Global*, 2 (4), 2-15. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de <http://www.grupoaulamedica.com/>
- Velandia, M.A. (1999). *Las ONG y Sus Acciones En Colombia*. Documento de trabajo. Bogotá. Mecanografía.
- Velásquez, L.F. (2008). Logoterapia y Bioética en la Intervención Clínica en el Suicidio. *Revista CES Psicología*, 1 (2), 49-57. Recuperado el 7 de Febrero de 2009 de <http://revistapsicologia.ces.edu.co/logoterapia.pdf>
- Walker, J., Waters, R.A., Murray, G., Swanson, H., Hibberd, C.J., Rush, R.W. et al. (2008). Better Off Dead: Suicidal Thoughts in Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (29), 4725 – 4730.
- Wright, J.H. y Beck, A.T. (1983) *Cognitive Therapy of Depression: Theory and Practice*. *Hosp Community Psychiatry*, 34, 1119-1127.