



Depresión y suicidio en pacientes con cancer

Medicina, 25/04/2014

La incidencia de suicidios entre los pacientes de cáncer puede ser hasta 10 veces más alta que la tasa de suicidios del resto de la población. Un estudio ha mostrado que el riesgo de suicidio en pacientes de cáncer es más alto durante los primeros meses después del diagnóstico, y que este riesgo disminuye de manera significativa con el paso de las décadas

Los factores generales de riesgo de suicidio generales para las personas con cáncer incluyen los siguientes:

- Antecedentes de problemas mentales, especialmente los relacionados con la conducta impulsiva (como los trastornos limítrofes de la personalidad).
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Depresión.
- Abuso de sustancias psicotrópicas.
- Defunción reciente de un amigo o cónyuge.
- Escasez de apoyo social.

Los factores específicos de riesgo de suicidio para los pacientes de cáncer incluyen los siguientes:

- Diagnóstico de cáncer oral, de faringe o pulmón (relacionado a menudo con el abuso del alcohol y el tabaco).
- Enfermedad en estadio avanzado y con pronóstico precario.
- Confusión o delirio.
- Dolor mal controlado.
- Deterioro físicos como las siguientes: ?Pérdida de la movilidad.
?Pérdida de control de los intestinos y la vejiga.
?Amputación.
?Pérdida de la vista o la audición.
?Parálisis.

?Incapacidad de comer o tragar.

- Cansancio.

- Agotamiento.

La depresión debe ser diagnosticada y tratada por un proveedor del cuidado de la salud. Tratar la depresión puede ayudarlo a sobrellevar su tratamiento para el cáncer y mejorar su estado de salud en general. La recuperación de la depresión lleva tiempo, pero los tratamientos son eficaces.

Actualmente, los tratamientos más comunes para tratar la depresión incluyen:

Terapia cognitiva-conductual (TCC), un tipo de psicoterapia, o terapia de diálogo, que ayuda a las personas a cambiar los estilos de pensamiento y conductas negativas que pueden contribuir con su depresión.

Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), un tipo de medicamento antidepresivo que contiene citalopram (Celexa), sertralina (Zoloft) y fluoxetina (Prozac).

Inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un tipo de medicamento antidepresivo similar al ISRS que contiene venlafaxina (Effexor) y duloxetina (Cymbalta).

Aunque la mayoría de los tratamientos para la depresión que se encuentran actualmente disponibles son seguros y bien tolerados, incluso si está bajo tratamiento de cáncer, pueden haber interacciones farmacológicas y efectos secundarios que requieren adecuada supervisión. Hable con su proveedor del cuidado de la salud sobre los medicamentos que está tomando y otras opciones de tratamiento. Si desea obtener información actualizada sobre medicamentos, visite el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos . No todos responden al tratamiento de la misma manera. Puede llevar varias semanas para que los medicamentos surtan efecto, y quizás deban combinarse con terapia de diálogo continua o se necesite cambiarlos o ajustarlos para minimizar los efectos secundarios y lograr mejores resultados.

Además de la TCC, otras formas de terapia de diálogo han demostrado ser eficaces para ayudar a la gente con cáncer a controlar su depresión, entre ellas4:

Psicoeducación, que le enseña sobre la enfermedad y su tratamiento.

Capacitación para el control del estrés, que le enseña diferentes maneras de lidiar con la ansiedad.

Terapia de resolución de problemas, que le ayuda a identificar los problemas que interfieren con su vida cotidiana y contribuyen con los síntomas de la depresión y a encontrar formas de solucionar esos problemas.

También puede unirse a un grupo de apoyo, que ofrece una importante oportunidad de compartir las emociones difíciles que esta sintiendo. Usted puede aprender a sobrellevar su depresión y su cáncer junto a otros que están atravesando experiencias similares.

Siempre tengan en cuenta que los problemas físicos, tal como cansancio, falta de apetito, y cambios en el sueño también pueden ser efectos secundarios del tratamiento del cáncer, y pueden persistir después de finalizar el tratamiento. Hable con su médico sobre las posibles causas de estos síntomas y si la depresión pudiese ser un factor.

Lo que el paciente puede hacer

- Exprese los sentimientos y temores que usted o sus familiares pudieran tener. Es comprensible sentir tristeza y frustración.
- Escúchense mutuamente con atención.
- Decidan juntos lo que se puede hacer para apoyarse mutuamente.
- Animarse unos a otros, pero no ejercer presión, para hablar.
- Buscar ayuda a través de la asesoría y grupos de apoyo.
- Utilice la oración, meditación u otros tipos de apoyo espiritual.
- Intentar la respiración profunda y los ejercicios de relajación varias veces l día (por ejemplo, cierre sus ojos, respire profundamente, concéntrese en cada parte del cuerpo y relájela, empezando por los dedos de los pies y terminando en la cabeza. Al relajarse, imagínese en un lugar agradable, como en alguna playa con brisa o una pradera soleada).
- Hable con su doctor sobre posibles tratamientos para la ansiedad y depresión.
- Considere acudir a un consejero profesional para que pueda lidiar con los cambios que han habido en su vida.
- Antes de comenzar a tomar antidepresivos, asegúrese de que su médico tenga una lista de todos los medicamentos que usted está tomando.
- Tome todos los medicamentos según como sean recetados.
- Se espera que tome por lo menos de dos a cuatro semanas para que los antidepresivos surtan su efecto. A veces, los medicamentos estimulantes se usan durante este tiempo para aliviar los síntomas.
- Informe a su médico si tiene algún efecto secundario después de comenzar a tomar un antidepresivo.
- Evite consumir alcohol mientras esté tomando un antidepresivo salvo que se le indique que pueda tras haberlo consultado primero con su médico o farmacéutico.
- Antes de tratar de conducir, averigüe si el antidepresivo causa somnolencia.
- No suspenda la dosis del antidepresivo de forma abrupta.

Lo que pueden hacer las personas encargadas del cuidado del paciente

- Invite con amabilidad al paciente a hablar sobre sus miedos e inquietudes.
- No obligue al paciente a hablar si no está listo para hacerlo.
- Escuche detenidamente sin juzgar los sentimientos del paciente o sus propios sentimientos. Es comprensible señalar o estar en desacuerdo con los pensamientos contraproducentes. Evite “dar ánimos” al paciente, o decirle que “le eche ganas” o que “sea positivo” cuando se evidente que está deprimido.
- Decidan juntos lo que se puede hacer para apoyarse mutuamente.
- No trate de razonar con la persona si el miedo, la ansiedad o la depresión es grave. Hable con el médico sobre los

medicamentos u otro tipo de ayuda.

- Si es necesario, ayude a concertar una cita para evaluación y tratamiento, y ofrezca transportar al paciente para acudir a sus citas con el médico.
- Involucre a la persona en actividades que disfrute.
- Si el paciente comienza a tomar antidepresivos, anímele a continuar el tratamiento hasta que los síntomas se alivien (lo que puede tomar de dos a cuatro semanas) y consulten con el médico sobre algún tratamiento diferente si no se observa mejoría.
- Asegúrele a la persona deprimida que, con el tiempo y el tratamiento, empezará a sentirse mejor.
- Tenga en cuenta que los cuidadores de la salud también pueden deprimirse. Todas estas sugerencias pueden aplicar para los cuidadores de igual forma.
- Tome tiempo para atenderse a sí mismo(a). Pase tiempo con los amigos o participe de actividades que disfruta.
- Considere obtener apoyo para usted a través de grupos de apoyo o psicoterapia individual.

Llame al médico si el paciente:

- Tiene pensamientos suicidas, o no puede dejar de pensar en la muerte.
- Tiene un comportamiento que es preocupante para su seguridad.
- No puede comer o dormir, y no tiene interés en las actividades cotidianas por varios días.
- Tiene dificultad para respirar, tiene sudoración o se siente inquieto.

Bibliografía:

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun; 62(6):617–27.
2. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*. 2006 Feb 13; 94(3):372–90.
3. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice: Oncology*. 2008 Aug; 5(8):466–75.
4. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2008 Jul–Aug; 58(4):214–30.