

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OBTENER
LICENCIATURA EN FARMACIA**

**“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ANTIDEPRESIVOS
INHIBIDORES DE RECAPATACIÓN DE SEROTONINA
VERSUS LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS EN
RELACIÓN A LA INCIDENCIA DE INTENTOS Y SUICIDIOS
EN PERSONAS DE 12 A 18 AÑOS EN AMÉRICA LATINA,
ENTRE LOS AÑOS 2010-2018”**

ADRIÁN GUZMÁN CECILIANO

TUTORA: DRA. YAJAIRA QUESADA ROJAS

SEDE ARANJUEZ, SAN JOSÉ, COSTA RICA,

JULIO, 2019

Contenido

Dedicatoria.....	5
Agradecimientos	7
Resumen	8
Abstract.....	9
CAPÍTULO I:INTRODUCCIÓN	10
Planteamiento del Problema	10
Antecedentes.....	11
Antecedentes Históricos.....	11
Antecedentes Internacionales	15
Objetivos.....	18
Objetivo general.....	18
Objetivos Específicos	19
Justificación.....	19
Proyecciones	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
Entorno socioeconómico en América Latina	23
Salud mental en América Latina	27
Depresión en Adolescentes y Jóvenes	47
Farmacología de la depresión.....	53
Ideación suicida.....	55
Grupo etario.....	57
Edad 12-18 años.....	59
Procedencia América Latina.....	62
Grupo Terapéutico (Antidepresivos)	64
Inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS).....	65
Antidepresores tricíclicos.....	68
Fisiología y Bioquímica de la Depresión.....	68
Serotonina.....	69
Niveles de inhibición de serotonina.....	72
Receptores 5HT	73
Mecanismo de acción receptores 5HT.....	74
Reacción de los receptores 5HT	74
Fisiopatología de la depresión	75

Etiología de la depresión.....	75
Genética	76
Otras Causas.....	76
Tratamiento de la depresión.....	76
Grupos terapéuticos	77
Comparabilidad de los grupos terapéuticos	77
Riesgo de incidencia de intentos y suicidios	78
Naturaleza del riesgo de intentos y suicidios	81
Situación Socioeconómica	81
Relaciones interpersonales/ intrafamiliares	82
Impacto	82
Causa/Efecto	83
Rangos etarios.....	83
Deficiencias en salud mental	83
Prevención	84
Planes de Salud Mental país/América Latina.....	86
Análisis de situación.....	86
Líneas estratégicas de acción.....	89
Estrategias y planes de acción	91
Atención primaria en salud	93
Abordaje de la enfermedad	95
Seguimiento Farmacológico.....	95
Abordaje clínico del farmacéutico	95
Competencias del farmacéutico	97
Relación Farmacéutico-Paciente.....	97
Relación Farmacéutico-Médico	98
Seguimiento y control	98
Ética y valores	100
Enfoque de la Investigación	102
Diseño Metodológico	102
Categoría de análisis	105
Sujetos y fuentes de información	107
Entrevista	107
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	110

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	111
Variable 1: Magnitud del incremento de la ideación suicida en personas de 12 a 18 años en América Latina por la prescripción de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.	111
Variable 2: El riesgo de la incidencia de intentos y suicidios al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos	117
Variable 3: Las deficiencias de salud mental con la incidencia de intentos de suicidio en personas de 12-18 años en América Latina en un período comprendido entre 2010-2018.	125
Discusión entrevista 1 con el Jefe de Secretaría Técnica de Salud Mental	125
Discusión entrevista 2 con la Jefa de Contraloría de Derechos del Ministerio de Educación Pública	128
Discusión entrevista 3 con el Jefe de Psiquiatría Hospital Nacional de Niños.....	129
Discusión entrevista 4 con el Doctor Psiquiatra de la empresa Global Med	130
Discusión Entrevista 5 con el Doctor Psiquiatra especialista en Salud Mental en en el consultorio ubicado en el Centro Colón.....	131
Variable 4: Datos estadísticos de incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020.	133
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	140
Referencias Bibliográficas	145

Dedicatoria

Inicialmente a Dios, por regalarme el don de la salud, para poder presentarles este trabajo, porque quién más que yo para decirles que la ciencia no lo explica todo y, además, por ser mi guía durante mi carrera universitaria.

A mis papás por siempre demostrarme su cariño, su amor y su lealtad; somos una familia, pero más que familia somos un equipo y así como en los periódicos se le pone nota a cada uno de los jugadores que juegan un partido, pues yo, en el partido más importante de mi vida, les pongo de nota 10, por realizarme las asistencias necesarias para poder salir campeón.

A María Eugenia Ceciliano Arce (mi madre), por darme la vida y convertirse en pilar fundamental para culminar esta carrera, por siempre estar ahí detrás de cada lágrima y cada sonrisa, por alentarme en los momentos que más lo necesitaba.

A Freddy Guzmán Jiménez (mi padre). por ser ese guía espiritual que cualquier hijo ocupa, por siempre tener las palabras correctas y la sabiduría necesaria ante los mejores momentos y los más difíciles de mi vida; pero especialmente me voy a robar la frase que me dice al salir de casa: “Que nada, ni nadie le robe su paz”, la cual siempre fue fundamental para mantener mi ecuanimidad y equilibrio emocional en cualquier situación.

A mis abuelos (Abuelito Moncho y Abuelito Carlos) que hoy desde el cielo me acompañan como ángeles que me cuidan y me inspiran en mi vida cotidiana.

A mis abuelas (Abuelita Mireya y Abuelita Lila) que hoy una me acompaña desde el cielo como un ángel que me cuida y me inspira y la otra, quien es la única que tengo en vida, por ser un ejemplo de valentía y fuerza para salir adelante en cualquier situación adversa.

A mis tías (Tita y Tía Jenny), por ser guías importantes en mi formación como ser humano y como profesional, porque ambas me enseñaron a que uno siempre debe salir de la adversidad y convertirse en un ejemplo de vida para las demás personas.

A mi Tío Iván, por ser un apoyo fundamental en mi vida universitaria, realmente uno de los mejores consejeros estudiantiles que puede existir y además siempre tener palabras de motivación y apoyo para continuar con mi carrera profesional.

A mis primos (Alberto y Fabiola Barrantes Ceciliano), porque crecimos juntos en nuestra formación como profesionales desde muy pequeños y nos apoyamos mutuamente para que cada uno lograra sus objetivos trazados para su futuro.

A mis tíos (Toto, Eduardo y Rodolfo y sus respectivas familias), por verme y hacerme sentir un profesional cuando me preguntaban por mis recomendaciones ante un dolor o alguna duda sobre los medicamentos que consumen.

A mis compañeros y compañeras de universidad, de los cuales muchos de ellos se convirtieron en mis hermanos que perseguíamos el mismo objetivo -convertirnos en profesionales de farmacia-; especialmente porque la vida me enseñó a dar el espacio para conocer personas con pensamientos distintos y a las cuales nunca imaginé que se hicieran tan importantes en mi vida; además porque nunca voy a olvidar las estudiadas en mi casa hasta la madrugada, donde siempre nos ayudábamos o complementábamos para salir adelante en cada una de las pruebas, asimismo los paseos, dichos y fiestas que hemos pasado porque creamos una relación más estrecha entre nosotros y vivimos cosas que jamás serán reveladas ante el mundo. Por otra parte, agradecer a las familias de Sergio Soto Valverde, Yohan Fallas Brenes, Óscar Mario Madrigal Calderón y Felipe Mejías Hernández por hacernos sentir como en casa cuando los visitamos y porque tampoco faltó un espacio en la mesa y en su hogar para mí.

Por último, a todos y todas las personas mencionadas anteriormente, porque cuando estuve en un hospital siempre estuvieron ahí con sus palabras de apoyo y aliento, además aún cada día que pasa siguen preguntando por mi salud haciendo más llevadero este proceso, pero, como dije al principio, quién más que yo para decirles que la ciencia no siempre tiene respuestas para todo y seguiré abrazado de la mano de Dios porque en mi familia está más que comprobado que los milagros existen.

Agradecimientos

A Dios, por permitirme el don de la vida y la salud para presentar este trabajo de investigación.

A las instituciones públicas (Ministerio de Salud, Hospital Nacional de Niños) y privadas (Consultorios Global Med y en el Centro Colón), por brindarme su apoyo y tiempo para cada una de las entrevistas con los profesionales en salud realizadas durante esta investigación.

Al personal administrativo y de servicio de la UIA, por estar siempre anuentes a escuchar y corregir cada una de las problemáticas.

A la tutora Dra. Yajaira Quesada Rojas, por el apoyo incondicional y guía en este proyecto, con sus palabras creativas y motivadoras para seguir adelante.

A los profesores de la Escuela de Farmacia de la UIA, por forjarme como profesional, promoviendo la ética y los valores.

A mis compañeros y hoy colegas, por crear momentos inolvidables y apoyarnos en todo momento de la carrera para poder concluirla.

A las familias Ceciliano Arce, Barrantes Ceciliano y Guzmán Jiménez, por mostrarme su afecto y su confianza durante esta etapa universitaria.

A la familia Guzmán Ceciliano, por estar siempre para mí en todo momento y apoyarme hasta el final.

Resumen

Un paciente con depresión inicia un tratamiento farmacológico adecuado; como todo medicamento posee efectos secundarios, y la principal precaución es el riesgo suicida.

Los resultados finales muestran que la magnitud del incremento de la ideación suicida en personas de 12-18 años en América Latina prescritos con antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos, alcanza el 90% de los suicidios por un trastorno mental y además, que el uso de un psicofármaco no garantiza la exclusión de una conducta de violencia autoinfligida. Asimismo el riesgo de la incidencia, comparativamente refleja que la elección de los antidepresivos antes citados hace variar la respuesta de la conducta suicida del paciente.

Por otro lado las deficiencias de salud mental, por la incidencia de intentos de suicidio en personas de 12-18 años en América Latina en un período comprendido entre 2010-2018, mantienen un estado medianamente positivo, debido a los procesos de transición de las entidades rectoras y demás instituciones involucradas en la comunicación y desarrollo de las estrategia, políticas y planes de acción, para el abordaje mitigador de la atención, prevención y promoción a nivel nacional y los datos estadísticos de incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020, proyectan que, los primeros crean cierta tendencia de ideación suicida durante las primeras semanas, mientras los segundos, por su cantidad de efectos secundarios y su riesgo de ideación suicida, no se continuarán usando como parte del tratamiento en infanto-adolescentes.

Palabras claves: Depresión Ideación Suicida, Suicida, Infancia, Adolescencia, Salud Mental, Salud, Antidepresivos, Inhibidores de Recaptación de serotonina, Tricíclicos.

Abstract

A patient with depression initiates an adequate pharmacological treatment, as all medications have side effects, and the main precaution is suicide risk.

The final results show that the magnitude of the increase in suicidal ideation in people aged 12-18 years in Latin America prescribed with serotonin or tricyclic reuptake inhibitor antidepressants, reaches 90% of suicides due to a mental disorder and also that the use of a psychotropic drug does not guarantee the exclusion of a self-inflicted violence behavior. Likewise, the risk of the incidence comparatively reflects that the choice of the aforementioned antidepressants varies the response of the suicidal behavior of the patient.

On the other hand, mental health deficiencies due to the incidence of suicide attempts in people aged 12-18 years in Latin America in a period between 2010-2018, maintain a moderately positive state, due to the transition processes of the governing entities and other institutions involved in the communication and development of the strategy, policies and action plans, for the mitigation approach of care, prevention and promotion at the national level and the statistical data of incidences of suicide ideation and attempts when using a therapeutic group of antidepressants inhibitors of serotonin reuptake or tricyclics during the years 2019-2020, project that the former create a certain tendency of suicidal ideation during the first weeks, while the latter, due to their quantity of side effects and their risk of suicidal ideation, will not continue using as part of the treatment in children-adolescents.

Keywords: Depression Suicidal Ideation, Suicide, Childhood, Adolescence, Mental Health, Health, Antidepressants, Serotonin Reuptake Inhibitors.

CAPÍTULO I:INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

La enfermedad mental en la infancia y adolescencia posee una relevancia especial y una trascendencia que supera a la mayoría de las enfermedades porque se ha incrementado durante la última década. Potencialmente un trastorno mental a temprana edad puede afectar la individualidad y la dimensión social de la persona llevando incluso al suicidio. En niños, el suicidio corresponde a la quinta causa de muerte entre los 5 y 14 años, y a la tercera entre los 15 y 24 años. Si se considera un rango más estrecho (10 a 14 años), el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad. (OPS, 2003).

Según los datos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 2015, la tasa de suicidios media en el continente americano es de 9.8 por cada 100 mil habitantes. Esto significa unas 65 mil muertes anuales. En dicho continente, el país con la mayor tasa de suicidios es Guyana, con 29 por cada 100 mil habitantes, siendo una de las tasas más elevadas del mundo. Tras Guyana, se encuentran Bolivia y Uruguay, con tasas de 18.7 y 17 respectivamente. En la región, solo estos tres países sobrepasan la media europea de suicidios, que es de 15,4 por cada 100 mil habitantes. (OPS, 2003).

De acuerdo con un informe de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la cúspide de los factores de riesgo de suicidio se encuentran las barreras para obtener atención de salud, lo cual incluye políticas diseñadas para atender esta problemática, que entre otros factores de tipo socioeconómicos se encuentran: pobreza, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias ilícitas como también coexisten enfermedades psiquiátricas, del ánimo, trastornos ansiosos, trastornos conductuales, intentos previo a suicidio, depresión, sin dejar de lado la ingesta de medicamentos que puede propiciar la ideación suicida. (Meléndez, 2018).

De forma similar, los pacientes que cuentan con tratamiento para la enfermedad de depresión, ya sea con inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos, producen un aumento de suicidios en las primeras ocho semanas de tratamiento (en otros trabajos, dicho incremento se detecta en los seis primeros meses desde el inicio de dicha medicación), lo cual ocurre tanto en pacientes en edad infantil, como en adolescentes y adultos hasta los 24 años de edad, no existiendo ese hipotético aumento del riesgo en adultos mayores de 25 años, en

los cuales la influencia es neutra hasta los 65 años, a partir de los cuales, por el contrario, se produce una especial protección. (Martín, 2017).

Es así como este grupo etario a investigar conserva una acentuada preeminencia propiamente por el padecimiento mental, enfermedad que bajo toda lupa prevalece sobre otras, no solamente por su aumento durante la última década sino por la afectación personal y dimensión social que lo puede llevar no solo a pensar, planificar e intentar sino a suicidarse, es por esta razón que se plantea la siguiente **pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia de intentos y suicidios en personas de 12 a 18 años en América Latina entre los años 2010-2018 al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina y tricíclicos?**.

Antecedentes

Es indudable que tanto en el plano conceptual como en el pragmático la Salud Mental no se puede desligar de la salud general. En consecuencia, todo enfoque de aspectos de salud mental tiene que referirse, forzosamente, al contexto general de la salud. En este sentido se intentará establecer los hechos nacionales e internacionales más relevantes en torno a este tema.

Antecedentes Históricos

Entre los años de 1970 a 1985 el crecimiento de la población en América Latina y el aumento de la urbanización tuvieron particular importancia en las tendencias de salud, entre ellas la salud mental, la cual algunos países como Bolivia, Argentina, Perú, Brasil, Colombia Cuba y Chile, entre otros países, señalaron la pauta a la necesidad de una política orgánica de Salud Mental. Se trató de una revisión actualizada que puso de manifiesto los factores que limitaron el progreso que pudiera haberse esperado en los países de América Latina en este campo. Pocos países tenían planes nacionales que encaraban un desarrollo temático de la prevención y atención de la Salud Mental. En estos países las líneas de acción fueron la descentralización de recursos, la interrelación de las tareas preventivas, así como la incorporación de la Salud Mental en programas de atención primaria. (OPS/OMS, 2010).

Por su parte la legislación fue obsoleta y la compleja estructura de los Ministerios de Salud en los países de América Latina, así como la carencia de personal adecuado impidieron que la división de la Salud Mental, cuando la hubo, operaran con efectividad. El panorama en

cuanto al número de camas y de centros de salud no cambio mucho durante esos años, tanto así que nunca se ha alcanzado el 5% del total de camas hospitalarias que correspondieron a la atención de la Salud Mental y los consultorios externos ascendieron a 1000. (OPS, 2012).

En el campo de enfermedades mentales ascendieron aproximadamente a 7000 especialistas y el 80% de ellos concentrados en las zonas urbanas de los países latinoamericanos, de manera que las cifras por habitante fueron engañosas. Si bien la tendencia en esos años caminaban hacia la modernización de los programas de la Salud Mental, la escasez de personal profesional y docente, sobre todo de trabajadores no profesionales hicieron más difícil la tarea. (OPS/OMS, 2014).

Para el año de 1990, la Declaración de Caracas marcó un hito histórico en las Américas y destacó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva, basada en la comunidad y en el ejercicio de los derechos humanos. (OPS, 1990).

En 1997 y 2001 el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados Miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades. (OPS, 2002).

Asimismo, la OPS en el 2003 demostró la utilidad de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión, hecho confirmado no solo en estudios clínicos, sino en la práctica clínica diaria. El tratamiento para la depresión se traduce en la reducción de los intentos y la muerte por suicidio, condición muchas veces inherentes a la depresión, es así como los inhibidores de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos son esa clase de medicamentos eficaces para tratar la depresión. No obstante, en oportunidades los inhibidores de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos también pueden ser utilizados para tratar otras afecciones, como trastornos de ansiedad y dolor a largo plazo (crónico), especialmente la neuralgia.

Por su parte la Food and Drug Administration (FDA) prohibió el uso de los antidepresivos en psiquiatría infanto-juvenil dado el incremento de la ideación suicida, hecho que se fundamenta en estudios metodológicamente insuficientes, en su mayoría no publicados, sin evidenciarse en ninguno de ellos diferencia con las sustancias inofensivas que

carecen de valor terapéutico directo, pero se administra a los enfermos por su efecto sugestivo benéfico. Así las cosas, no es posible atribuir responsabilidad directa a los antidepresivos, puesto que de por sí la depresión cursa con ideación suicida; por el contrario, la reducción en las tasas de suicidio respalda la efectividad de este tipo de medicamentos. (OPS, 2003).

Las conferencias regionales de salud celebradas en Brasilia en el 2005, evaluaron el camino recorrido. Para el 2007 los Países de la Región aprobaron la agenda de salud para las Américas 2008-2017. En el año 2010 nuevamente las conferencias regionales de salud celebradas en Panamá, efectuaron una nueva evaluación de todo lo realizado hasta ese momento. (OPS, 2010).

En años recientes, se han aprobado los siguientes documentos programáticos de relevancia (OPS, 2014):

- Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés); Guía de intervención del mhGAP (mhGAP-IG).
- Estrategia y Plan de acción sobre salud mental; Estrategia y Plan de acción sobre epilepsia.
- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol; Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol.
- Estrategia sobre uso de sustancias y salud pública; Plan de acción sobre uso de sustancias psicoactivas y salud pública.
- Declaración política sobre las enfermedades no transmisibles; Marco mundial de vigilancia integral.
- Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- Plan estratégico 2014-2019.
- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.
- Reunión regional de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, auspiciada por la OPS y el Gobierno de Brasil, de la que emanó el Consenso de Brasilia, 2013.

Entretanto en Costa Rica, en 1961, se estableció por primera vez en un hospital general, un servicio de Psiquiatría en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, que si bien dependía del Servicio de Medicina, contaba con una Jefatura propia desde 1972. Con la Ley de traspaso de los hospitales a la Seguridad Social en 1973, la atención de las personas con trastornos mentales quedó oficialmente a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S). En la década de los ochenta se impulsó la prevención y la detección de problemas de Salud Mental en el nivel primario de atención, mediante la capacitación a médicos(as) generales, técnicos(as) de atención primaria, personas líderes comunales y personal de apoyo de los servicios básicos de salud (Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud), especialmente en la provincia de Limón, región Chorotega y Pacífico Central. (PNSM, 2012-2021).

Además, se impulsaron, desde distintos ámbitos gubernamentales y no gubernamentales, acciones que directa o indirectamente, incidieron en la Salud Mental, especialmente en el área materno-infantil. Entre estas acciones se pueden mencionar las impulsadas por el Ministerio de Salud en la década de 1970, tales como, la investigación y la promoción de la Salud Mental a través de los programas nacionales de preparación psicofísica para el parto y el programa de Evaluación y Estimulación del Desarrollo Integral del Niño(a) menor de seis años (1976-1977). Bajo el paradigma de reclusión y esfuerzos dirigidos a la enfermedad se creó el Asilo Manuel Antonio Chapuí en 1890, esto derivó en un modelo de atención biologista centrado en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP). (Política Nacional de Salud Mental 2012-2021).

Para el año de 1986, con la ley 7035 (que reforma la Ley N° 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud), se creó la competencia del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Señala el artículo 21 de esta Ley, que corresponde al IAFA el estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y de la farmacodependencia, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a esos mismos fines. (PNSM, 2012-2021).

La Declaración de Caracas es firmada por Costa Rica en 1990 e instó a los país a orientar sus esfuerzos hacia la reestructuración de la atención Psiquiátrica, proponiendo el cambio del modelo centrado en el hospital psiquiátrico por un modelo comunitario, nuevo paradigma de la atención en Salud Mental. Con este fin se coordinó un grupo de trabajo y se elaboró un Plan denominado Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la

Salud Mental en Costa Rica, publicándose además el Decreto Ejecutivo No20665-S, aún vigente, para impulsar su implementación. (OPS/OMS, 2014) (PNSM, 2012-2021).

Desde 1991, el Hospital Nacional Psiquiátrico inició un importante proceso de desinstitucionalización de personas con discapacidad asociada a enfermedad mental, en estado de abandono o “condición asilar”, y que no requerían hospitalización, situación que violentaba sus derechos humanos. Producto de este proceso se logró la disminución de camas de larga estancia (de 761 en el año 2000 a 245 en el 2010), significando un importante avance de los cumplimientos de los compromisos de la Declaración de Caracas. Lo anterior se realizó a través de la implementación de planes individuales de rehabilitación dentro de un plan hospitalario integral de rehabilitación, apoyado y en coordinación con el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y las familias que permitieron la reinserción. (PNSM, 2012-2021).

La necesidad de un abordaje integral de la Salud Mental y acorde con el Plan de Gobierno 2010-2014, es que en dicho Plan se contempló un lineamiento sobre la Salud Mental: “Fomentar y proteger la Salud Mental y fortalecer los programas de tratamiento de las adicciones, proponiendo el diseño de modelos de Salud Mental de base comunitaria, el fortalecimiento de alianzas entre la CCSS, el IAFA y organismos no gubernamentales involucrados”. Para cumplir dicho mandato, la Ministra de Salud asignó en setiembre del 2011, un Vice ministerio encargado del tema de Salud Mental para trabajar en una Política Nacional de Salud Mental en Costa Rica y en el tema de adicciones. (PNSM, 2012-2021).

Antecedentes Internacionales

Según Jaspers en el 2010, en su artículo “Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos” donde plantea como objetivo analizar la situación actual de salud en América Latina y el Caribe e identificar los retos y los nuevos desafíos para la región mediante una metodología investigativa, que obtuvo como resultado que la depresión será la segunda enfermedad en cuanto a grado de comorbilidad se refiere y propiamente se irá incrementando de forma paulatina en los adolescentes llevándolos a contar con tendencias suicidas; por lo tanto, concluyó que la salud mental es un nuevo desafío para la región, pero que basado en los planes de acción de la OPS y la OMS se puede prevenir un suceso tan fatídico como el suicidio.

Para el 2011 Vázquez en el artículo “Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria en salud”, el cual tiene como objetivo auxiliar al profesional en la evaluación de la función mental y en la evaluación y tratamiento básico de los principales trastornos mentales en Atención Primaria en Salud, con una metodología descriptiva, donde los resultados fueron los flujogramas de atención a pacientes y el abordaje psicofarmacológico adecuado que se le debe dar a un paciente, concluyendo que cada paciente merece el respeto y el tiempo necesario para entender sus problemas de salud mental.

Igualmente Ulloa, Peña & Nogales en 2011 en su artículo “Tratamiento multimodal en niños y adolescentes con depresión” mediante estudios de doble ciego y meta-análisis plantearon como objetivo identificar la eficacia y seguridad de los antidepresivos en niños, donde los resultados fueron que los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina han mostrado eficacia superior a la del placebo en estudios controlados doble ciego. En particular, la fluoxetina ha sido aprobada por la FDA para su uso en niños y adolescentes y el escitalopram para su uso en adolescentes. Otros antidepresivos, como la venlafaxina o mirtazapina, no han mostrado eficacia superior al placebo en estudios controlados. El tratamiento farmacológico debe considerar la comorbilidad, concluyendo que es importante el seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida.

Propiamente en el 2012 Kohn & Friedman en su artículo “Prevención de la conducta suicida” posee como objetivo prevenir el suicidio mediante los planes de acción de salud mental de la OMS y la OPS utilizando un método investigativo que la tasa no ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,20 por 100.000 habitantes para ambos sexos, asimismo las tasas de suicidio ajustadas según la edad en los hombres y en las mujeres fueron de 8,39 y 2,12 por 100.000 en el período 2005-2009 y como conclusión expresan que resulta difícil conseguir las proyecciones de datos estadísticos a futuros cercano, pero que el suicidio será una de las principales causas de muerte en la región latinoamericana.

Según Késtel & Korc en 2014 en su artículo “Violencia juvenil autoinfligida en América Latina y el Caribe de habla inglesa” plantearon como objetivo reconocer la prevalencia y las estimaciones regionales de tendencias suicidas entre adolescentes de 13 a 15 años de edad en los países de América Latina y del Caribe de habla inglesa, utilizando como

fueron la fuente primaria los datos estadísticos de la Encuesta de Salud Escolar, obteniendo como resultados que el 40% de los jóvenes presentan conductas suicidas durante su período de adolescencia y concluyeron que el suicidio en jóvenes de 10 a 19 años es la cuarta causa de muerte; además, consideraron algunos factores protectores para la prevención del suicidio.

En el 2015 Martínez, Arancibia & Silva en su artículo “Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico” plantearon como objetivo analizar los efectos de diversos grupos de psicofármacos y de otras técnicas sobre la conducta suicida mediante un método investigativo, obteniendo resultados como los principales efectos adversos de los psicofármacos y su riesgo de ideación suicida, para concluir que futuras investigaciones deberían presentar un abordaje del suicidio como un fenómeno por sí mismo y no como una conducta ligada precisamente a un trastorno mental en particular.

Para el 2016 Klein & Cols. en el artículo “Evidencia en la defensa de los ATD” proponen como objetivo analizar los diferentes puntos de vista acerca de los antidepresivos y defender que el riesgo suicida es completamente multifactorial por medio de revisiones bibliográficas, donde los resultados arrojan que hay autores que han señalado que si bien los ISRS reducen los síntomas depresivos, su potencia en reducir el suicidio es incierta. Sin embargo, la posibilidad de que los ISRS reduzcan el suicidio está basada en la “bien establecida” relación entre depresión y suicidio, concluyendo que las tasas suicidas entre pacientes depresivos superaría 21 veces lo reportado en la población general.

Alfaro & Díaz en 2017 en el artículo “Calidad de vida relacionado a la salud en personas en América Latina” plantean como objetivo describir la calidad de vida de las personas relacionada con la salud mediante una investigación descriptiva que generó resultados como que los casos no tratados de trastornos mentales cobran un alto precio sobre todo a futuro ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. Por el momento, de 1990 a la actualidad, la depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial, pero las estimaciones y las predicciones para el 2030 toman la enfermedad de la depresión como la principal causa de morbilidad a nivel mundial, concluyendo que la salud mental debe ser tema de prioridad en toda la región latinoamericana.

Rodríguez, Seguí & López para el 2017 en su artículo “Causas externas: Suicidio en América Latina” poseen como objetivo proyectar datos estadísticos de los suicidios a un futuro cercano sobre la situación de América Latina, mediante una revisión bibliográfica que

obtuvo como resultados que el suicidio seguirá siendo la cuarta causa de muerte en la región hasta el 2030 y que para el 2020 un 20% de los jóvenes cometerán suicidios, por lo que concluyen que la salud mental se convierte en un tema actual de interés público y privado, donde cada uno de los profesionales de salud debe ser una red de apoyo para cada uno de los pacientes.

Según Quintana & Velasco en el 2018 en el artículo publicado “Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales” tienen como objetivo proporcionar una actualización de las reacciones adversas de los fármacos antidepresivos mediante una revisión bibliográfica, donde los resultados que se obtuvieron son el reconocimiento de los efectos adversos más frecuentes en pacientes que utilizan antidepresivos y el riesgo suicida que pueden generar, concluyendo que se debe prestar atención a los pacientes bajo tratamientos prolongados de antidepresivos, sobre la posibilidad de comportamientos agresivos hacia otras personas, con irritación, hostilidad, excitación y ataques de pánico.

Antecedentes Nacionales

Para efectos del tema de investigación propuesto se encontraron documentos, libros, artículos científicos o trabajos finales de graduación recientes relacionadas con los temas de salud mental e intentos y suicidios en cualquier grupo etario, entre otros pero al no existir una relación directa con el objeto de estudio, es decir la comparación de los grupos terapéuticos de antidepresivos y específicamente entre las edades de 12 a 18 años no se consideraron como antecedentes nacionales. Hallazgos localizados en las siguientes bibliotecas nacionales: Biblioteca Luis Demetrio Tinoco (Universidad de Costa Rica), Biblioteca Ciencias de la Salud (Universidad de Costa Rica), Biblioteca Universidad Iberoamericana (UNIBE), Biblioteca Universidad Internacional de las Américas (UIA) y Biblioteca Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED).

Objetivos

Objetivo general

Analizar la incidencia de intentos y suicidios en personas de 12-18 años en América Latina entre los años 2010-2018 al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.

Objetivos Específicos

Determinar la magnitud del incremento de la ideación suicida en personas de 12-18 años en América Latina por la prescripción de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.

Comparar el riesgo de la incidencia de intentos y suicidios al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.

Relacionar las deficiencias de salud mental con la incidencia de intentos de suicidio en personas de 12-18 años en América Latina en un período comprendido entre 2010-2018.

Proyectar los datos estadísticos de incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020.

Justificación

Las documentaciones de organizaciones mundiales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), (2012) consideran que:

Los desórdenes mentales como un problema de salud pública, teniendo como escenario casi todo el mundo.

Es así como el trastorno depresivo, también conocido, como depresión clínica, viene a ser un desorden mental caracterizado por largos periodos de tristeza, afectando directamente la conducta del paciente, así como, su manera de pensar. (pp.10-11).

Cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico o género, muestra de ello son los estudios epidemiológicos de Acosta, mismos que indican que este desorden se presenta en alrededor de un 3 al 8% de los adolescentes, mientras que en los adultos se presenta en aproximadamente un 4.5% de la población. Esta enfermedad produce aislamiento social y puede, en casos muy severos, culminar en el suicidio. (Acosta, 2011).

La Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que deben promover el Estado, la comunidad, la familia y la persona.

Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Invertir en Salud Mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, delincuencia, matonismo y deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma. Las condiciones de vida de las personas, tales como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, impactan directamente sobre su Salud Mental, acrecienta la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental, lo que a su vez tiene consecuencias sobre el desarrollo y la economía de los países. (Sánchez, 2007).

Los trastornos mentales representan una proporción significativa de la carga de enfermedad, que se mide en años de vida potencial perdidos por discapacidad y años de vida perdidos por mortalidad prematura, como es el caso de los suicidios. Los trastornos mentales deben ser abordados desde la perspectiva de sus determinantes tomando en consideración no solo los aspectos patogénicos, sino también los salutogénicos, de los diversos grupos poblacionales de acuerdo con su ciclo de vida. (OMS-2010).

Tales elementos marcan la importancia de investigar acerca de un tema que debido al ritmo de vida moderna, han convertido los trastornos mentales en una patología habitual en los países de América Latina y del mundo entero. Sin embargo no se trata de un estado de ánimo pasajero de tristeza, ni de una señal de debilidad personal o emoción, que pueda alejarse voluntariamente; tampoco es un defecto del carácter que pueda superarse simplemente con el esfuerzo que puedan realizar las personas de 12 a 18 años u otras edades en América Latina y especialmente en Costa Rica. (Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T. & Pincus, H.A. National Trends in the Outpatient Treatment of Depression. JAMA 2002; pp. 287: 203-9)

Al mismo tiempo las sustancias psicotrópicas que se venían utilizando desde hace más de cincuenta años, no habían sido estudiadas con detalle, por lo que resultaban insuficiente efectivas, a la vez que producían problemas de seguridad en cuanto a conductas desadaptativas o alteraciones orgánicas que mostraron a la sociedad latinoamericana estadísticas que reflejaban la incidencia de intentos y suicidios en los infanto-adolescentes. Lo positivo o relevante de esta investigación es redireccionar el norte o derrotero de la farmacéutica o el farmacéutico, mediante el debido seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes que utilizan un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos. (Baena Díez, J.M., López Mompó, C, Fuentes Camps, E.M., Bragulat

Martín, A., Cucurull Folguera, E. & García Hidalgo. Evolución del tratamiento farmacológico de las depresiones, 2010-2015).

Tal actividad ayudará en gran medida al cumplimiento del tratamiento, a garantizar la efectividad y seguridad de la medicación, asimismo brindará al profesional en Farmacia el empoderamiento requerido como profesional para así ser reconocido en su ámbito de acción por la sociedad a nivel país. (Baena Díez, J.M., López Mompó, C., Fuentes Camps, E.M., Bragulat Martín, A., Cucurull Folguera, E. & García Hidalgo. La irresistible ascensión de los inhibidores de la recaptación de serotonina. Medicina familiar y comunitaria, 2011).

Es claro que en los últimos cincuenta años se han desarrollado fármacos realmente útiles. No obstante la relevancia de esta investigación radica en que estos pacientes tienen toda una problemática del seguimiento de la enfermedad por parte del médico y de la farmacoterapia por parte del farmacéutico, que radica en que no se disponen de pruebas de laboratorio ni de marcadores biológicos capaces de medir en qué punto se encuentra la enfermedad, sospechar una crisis o saber si la medicación está ayudando definitivamente al paciente. Por tal motivo, no es solamente reflexionar sobre dichas estadísticas; la relevancia que tiene a nivel social este estudio, es analizar la incidencia de intentos y suicidios en personas de 12-18 años y enfrentar dicha problemática desde la responsabilidad del profesional en Farmacia. (Travé Rodríguez, A.L., Reneses Sacristán, A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Información terapéutica del SNS 2002; pp. 1-8).

Hacer referencia al conjunto de obligaciones, compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan de los impactos que la actividad farmacológica produce en el ámbito de un Distrito, Cantón Provincia o País como Costa Rica y/o demás países en América Latina; es hacer esfuerzos por mitigar y si es posible radicar la falta de seguimiento especialmente en infante. adolescentes. (Baena Díez, J.M., López Mompó, C., Fuentes Camps, E.M, Bragulat Martín, A., Cucurull Folguera, E. & García Hidalgo. La irresistible ascensión de los inhibidores de la recaptación de serotonina. Medicina familiar y comunitaria, 2011).

Los trastornos mentales disponen de tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, que pueden utilizarse independientemente o combinados y que consiguen ser efectivos, a pesar de que es conocida la tendencia a la cronicidad de este problema de salud. Por tal motivo para el desarrollo de la presente investigación se ha realizado un análisis de la incidencia de intentos y suicidios en personas de 12-18 años en América Latina entre los

años 2010-2018 al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos, de manera tal, elevar la Salud Mental. Aspecto que no depende únicamente del sector salud, sino de todos los sectores que intervengan en los determinantes de la salud, tanto sociales, culturales, económicos, ambientales, educativos, de seguridad, municipales y organizaciones no gubernamentales. (PNSM, 2012-2021)

Proyecciones

La investigación pretende determinar el incremento de la ideación suicida en personas de 12-18 años en América Latina, por la prescripción de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos, asimismo comparar el riesgo de intentos y suicidios al utilizar dicho grupo terapéutico de antidepresivos y por último, la relación de las deficiencias de salud mental con la incidencia de intentos de suicidio de la población americalatinista antes citada. Con ello se pretende demostrar la incidencia de tentativas y muertes del grupo de personas latinoamericanas en el periodo de tiempo mencionado anteriormente, considerando claro está, la utilización del grupo terapéutico de antidepresivos arriba indicados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Entorno socioeconómico en América Latina

Las características y perspectivas de los jóvenes de América Latina permiten el despliegue de su aporte potencial a la producción y reproducción de una sociedad orientada hacia un desarrollo balanceado en sus aspectos económicos, sociales y políticos; esto es, un desarrollo que promueva el crecimiento económico con integración social sobre bases de equidad y democracia. No obstante, las barreras y problemas que impiden su concreción son claras, a escala mundial se registran niveles inéditos de desempleo juvenil. Cabe preguntarse cómo se explica este hecho, cuando todo señala que la posibilidad de que las sociedades respondan con éxito a los desafíos impuestos por la continua expansión de las fronteras de competitividad estriba justamente en su habilidad para movilizar las potencialidades de la juventud. (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, 2005).

La generación de más y mejores puestos de trabajo para los jóvenes es un desafío importante en América Latina, donde su ingreso a la vida laboral está marcado por altas tasas de desocupación, informalidad y desaliento. La tasa de desempleo urbano entre los jóvenes latinoamericanos llegó a 13,3% (2014), una proporción que triplica la de los adultos y es más del doble que la tasa general de desempleo promedio en la región, de 6,1%. Por otra parte, 6 de cada 10 jóvenes que sí consiguen ocupación se ven obligados a aceptar empleos en la economía informal, lo que en general implica malas condiciones de trabajo, sin protección ni derechos, y con bajos salarios y baja productividad. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017).

Se estima que unos 20 millones de jóvenes en la región no estudian ni trabajan, debido en gran parte a la frustración y el desaliento por la falta de oportunidades en el mercado laboral. A escala mundial, se estima que hay cerca de 75 millones de jóvenes desempleados de entre 15 y 24 años en 2012, un incremento de aproximadamente 4 millones desde 2007. Los problemas relacionados con el empleo juvenil demandan la adopción de políticas específicas destinadas a mejorar sus oportunidades en el mercado de trabajo. (CEPAL, 2014)

En rigor, la paradoja planteada pierde parte de su consistencia al considerarse la heterogeneidad de la juventud y su nivel de articulación en tanto actor corporativo, por una parte, y las transformaciones de la oferta de mano de obra, por otra. La heterogeneidad entre los activos disponibles (especialmente de capital humano y capital social) de jóvenes ubicados en distintas posiciones en los sistemas nacionales de estratificación, parece estar acentuándose. Mientras un sector logra adquirir los recursos humanos y sociales necesarios para adaptarse rápidamente a las nuevas exigencias de productividad, otros ven imposibilitado su acceso a tales oportunidades. (FLACSO, 2004).

Este impedimento obedece a dos factores: primero, la velocidad con que se acumulan las demandas de este tipo de competencias parece ir más rápido que la capacidad de las sociedades para generarlas; segundo, el debilitamiento de algunas instituciones primordiales (como la familia y la comunidad), que es mayor entre los jóvenes de los hogares de ingresos bajos, se traduce en una menor aptitud de las familias para invertir en la educación de sus hijos y cumplir su rol socializador complementario de la escuela. Un aspecto esencial de este rol, se refiere a la creación de condiciones que estimulen y promuevan la postergación de las gratificaciones. (CEPAL, 2016).

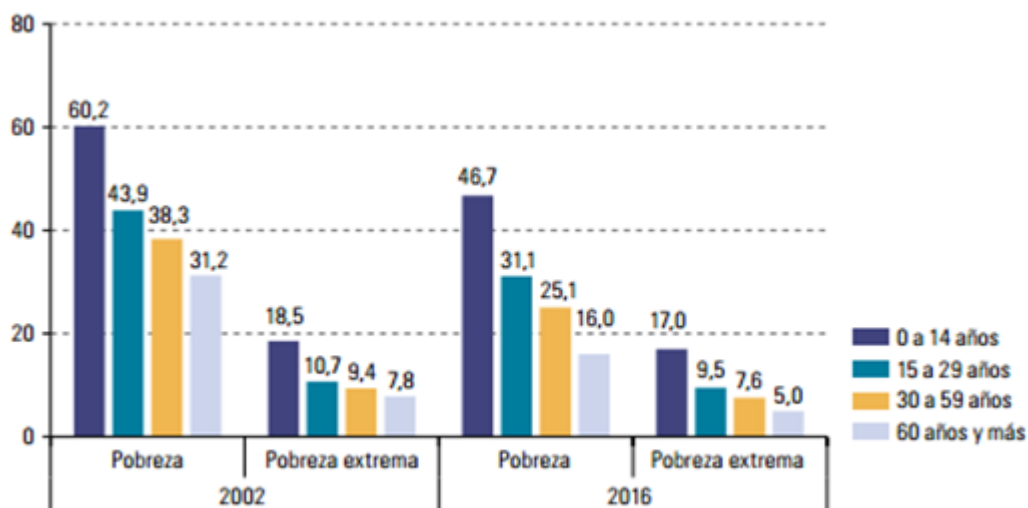
Otro elemento que corresponde considerar es el mayor grado de articulación institucional y política de las generaciones adultas en comparación con el de las generaciones jóvenes. En una situación de creciente incertidumbre laboral, los segmentos de la población que actúan corporativamente tienden a cerrar filas en torno a la defensa de sus conquistas y, sobre todo, de las posiciones que alcanzaron en el mercado. Tales acciones generan rigideces que obstaculizan tanto la plena utilización de los recursos humanos de los jóvenes como una más alta inversión del Estado en la formación de sus capacidades, originando efectos adversos para la equidad intergeneracional. (Juventud y desigualdades en América Latina y Caribe, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO 2016).

Aunque en los países de la región los problemas de equidad intergeneracional no han sido investigados en profundidad, algunas señales se advierten al comparar la proporción de pobres en los distintos grupos etarios y la distribución del gasto público social (especialmente en lo que atañe a la participación de la seguridad social y de la educación). Además, la mayor incorporación de las mujeres al mercado de trabajo está modificando un sistema familiar basado en un único "proveedor", por otro en que ambos cónyuges perciben ingresos; la mayor participación laboral de las mujeres casadas contribuye, evidentemente, a elevar los

niveles de competencia que deben enfrentar los jóvenes en el mercado de trabajo. (FLACSO, 2012).

El aporte de los jóvenes al funcionamiento de la sociedad no se limita a su contribución económica. Resulta esencial su participación en las instituciones como una forma de inyectarles la flexibilidad necesaria para la adaptación. Debido a la amplitud geográfica de América Latina resulta difícil generalizar el entorno socioeconómico que se desarrolla actualmente; sin embargo en ese ambiente, los índices de pobreza en cada uno de los países que pertenecen a esta latitud han ido disminuyendo, pero los datos siguen siendo alarmantes porque son casi el cincuenta por ciento de población infantoadolescente que crecen en una zona marginal donde tomar una decisión correcta a edades tan tempranas de cambios hormonales y psicológicos resulta sumamente complicado. (CEPAL, 2011).

Figura 1. Tasas de pobreza y pobreza extrema entre los años 2002 y 2016



Nota: CEPAL, 2017.

En la actualidad, son múltiples medios informativos tanto a nivel nacional como internacional, especialmente los enfoques situacionales latinoamericanos sobre este tema, que reiteradamente exponen que los jóvenes sufren un riesgo de exclusión social sin precedentes, derivado de una confluencia de determinaciones que (desde el mercado, el Estado y la sociedad) tienden a concentrar la pobreza entre los jóvenes y a distanciarlos del "curso central" del sistema social. Lo anterior hace considerar, muy críticamente, que entre las fuerzas que favorecen a ensanchar la pobreza juvenil se encuentran, la progresiva incapacidad del mercado de trabajo para absorber personas con escasas calificaciones y garantizar la

cobertura de prestaciones sociales tradicionalmente ligadas al desempeño de empleos estables; situación que afecta principalmente a los jóvenes populares urbanos, así como las dificultades de diversa índole que enfrenta el Estado para reformar la educación y los sistemas de capacitación a un ritmo ajustado a la velocidad de cambio de los requerimientos de nuevas aptitudes y destrezas. (FLACSO, 2005).

Como también las transformaciones de la familia, que contribuyen a la pobreza de las nuevas generaciones, especialmente en el caso de los jóvenes populares urbanos, puesto que entre los estratos de menores ingresos son más frecuentes los problemas surgidos de familias incompletas e inestables, que repercuten intensa y negativamente en la socialización de los hijos; además, la falta de recursos impide compensar los efectos negativos derivados de tales problemas y se traduce en una escasa capacidad de estas familias para invertir en la educación de sus hijos y sostener su motivación en el tiempo, estimulándolos e infundiéndoles confianza en que los esfuerzos desplegados en la adquisición de conocimientos serán recompensados con el logro de sus metas. (CEPAL, 2011).

Además, las determinaciones anteriores alimentan el "efecto empleo" sobre la pobreza, ya que tanto las insuficiencias formativas como las rigideces del mercado de trabajo tienden a marginar a los jóvenes de las posiciones laborales mejor remuneradas, y por último, también actúa un "efecto demográfico", asociado a la emancipación temprana de jóvenes con niveles educativos relativamente bajos, que redundan en tasas de fecundidad más altas que las de sus pares con niveles educativos superiores; este "efecto demográfico" contribuye a concentrar la pobreza en las primeras etapas del ciclo de vida familiar. (FLACSO, 2012).

El dato del 2017, calificado como el peor en una década, representó, a su vez, una subida de más de tres puntos porcentuales en relación con el 2016, según manifestó la Oficina de la OIT para América Latina y el Caribe. Ya en ese entonces, estimó que se podría definir a la situación como dramática pues, adicionalmente, la población juvenil enfrenta una tasa de empleo informal estimado en 56 por ciento para la región. Para mejorar la situación laboral de los jóvenes, afirmó, es necesario abordar deficiencias en áreas como: educación y entrenamiento, políticas activas de mercado de trabajo, promoción del talento y capacidad empresarial, derechos laborales y desarrollo productivo y tecnología. La desocupación juvenil, que en la región se mantuvo en el 14 por ciento entre 2012 y 2014, se ha agravado

durante los últimos años sin que haya perspectivas de mejora a corto plazo, estiman analistas. (CEPAL, 2017).

En un contexto de mayor ajuste financiero durante 2018, donde 33 países revisaron sus pronósticos de crecimiento y 20 de ellos la establecieron a la baja, las posibilidades en el mercado laboral parecen contraerse. Asimismo, las estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), apuntan a tasas de expansión para 2018 de 1,2 y 1,3 por ciento respectivamente, ambas, por debajo del 2,2 por ciento que se proyectaba en octubre del año 2017. (CEPAL, 2017).

Las situaciones de pobreza de los jóvenes parecen responder, por una parte, a la insuficiencia de las acciones del Estado y de las familias, que no logran crear condiciones favorables para que los jóvenes acumulen las calificaciones y destrezas necesarias para participar en estructuras productivas que incorporan aceleradamente innovaciones tecnológicas. Por otra, y dentro de un proceso en que no resulta fácil identificar causas y efectos, el abandono temprano del sistema educativo suele asociarse con el adelanto en la emancipación de los jóvenes y también con una mayor fecundidad que la de sus pares más educados, todo lo cual agrega un "efecto demográfico" a la incidencia de la pobreza en este segmento de la población. (FLACSO, 2004).

Es claro también, que la situación social de la población latinoamericana vive un momento complicado, aspecto que igualmente suma negativamente, pues la presencia de la violencia se adueña de muchas zonas específicas de la latitud; sin embargo al concentrarse en la población infantojuvenil se reconoce que las redes sociales, la presión de pertenecer a un grupo, la ausencia de sus padres de familia, la violencia intrafamiliar y el acoso psicológico-violento que viven en sus centros escolares y la búsqueda de una identidad hacen que esta población sea muy vulnerable en temas de salud mental y presenten enfermedades psiquiátricas a una corta edad. (CEPAL 2011).

Salud mental en América Latina

A pesar de los numerosos riesgos que implica tratar de hacer un enfoque de conjunto de los pueblos de América Latina desde el punto de vista de la salud y, particularmente, de la salud mental, es claro que existe un buen número de circunstancias y condiciones que son comunes a todos esos pueblos y que justifican, en gran medida, el tratamiento de conjunto. Ahora bien, determinar cuáles son las características que tienden a homogeneizar a estos

países y cuáles conforman su identidad y singularizan su mismidad es tarea que escapa al ámbito de la disciplina farmacéutica. La desventaja más evidente de tal tipo de generalización estriba en el hecho de que cada país se encuentra en distinto grado de desarrollo y que, aun dentro de un mismo país, puede haber regiones muy disímiles en cuanto al grado de bienestar y a la patología prevalente. (OPS, 2009).

Tal vez, la ventaja mayor resida en que, a partir de la observación general, se llegue a establecer las bases para poner en práctica acciones que tiendan a aliviar la situación en los países. Los problemas de salud mental existentes en América Latina revisten una importancia singular. El público, administradores y políticos en general perciben muy débilmente esos problemas y a menudo esa percepción está distorsionada por actitudes, creencias y tradiciones que dificultan un enfoque objetivo. A pesar de que el concepto de salud mental está incorporado teóricamente en todos los planes de salud y de que se encuentra siempre presente en las declaraciones de política de salud, lo cierto es que, en la práctica, no se le concede la prioridad que sería aconsejable. Se ha dado el caso de que en algunos países se crea una división, departamento o sección de salud mental que desaparece al cabo de cierto tiempo. Se trata de casos excepcionales, pero el hecho de que así ocurra no deja de tener cierto valor demostrativo. (OPS/OMS, 2008, p. 2).

No obstante, la Organización Mundial de la Salud en el 2013 define salud mental como:

El estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OPS/OMS, 2008, pp. 5-6).

Así las cosas, es fundamental entender la enfermedad mental como una parte de la vida y una circunstancia más de la persona, y no como un elemento que anula el resto de las capacidades personales. La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (OMS, 2013).

Es importante saber que las enfermedades mentales se pueden tratar para lograr la recuperación o permitir que la persona que la padece pueda tener una mejor calidad de vida. Así las cosas es claro que, el trastorno mental responde muy pocas veces a modelos simples del tipo causa-efecto. Las causas de las enfermedades mentales son probablemente múltiples, y en algunos casos son desconocidas. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud, también indicó que, una de cada cuatro personas presenta un trastorno mental a lo largo de su vida. Aunque pueda haber personas con más predisposición genética que otras a tenerlo, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, por lo que todos están expuestos a ello, sin dejar de lado que algunas personas son más vulnerables a padecer enfermedades mentales por su personalidad, factores psicológicos y biológicos, incluso condiciones de vida que pueden afectar de manera directa la salud mental como la exclusión social, la discriminación y las condiciones socioeconómicas de los individuos que se relatan en el apartado anterior de este capítulo. (OMS, 2018).

Según Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn & Sergio Aguilar (Gaxiola, 2009, p. 325):

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, aunque muchas veces sea subestimada frente a la salud física. Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida.

Como se ha indicado anteriormente en este mismo apartado, la salud mental se reconoce como un componente fundamental de la salud en general. No obstante, por su parte (Rodríguez, 2011, p. 86) señala que:

La salud mental aún no es una prioridad en la agenda de salud de gran parte de las naciones del continente. Por esta razón, un concepto básico que debemos difundir entre las autoridades del sector salud, la sociedad y los decisores políticos es que «no hay salud sin salud mental». La relación entre los componentes

físico y mental de la salud es múltiple y variada; los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas incrementan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad complica la búsqueda de ayuda y el tratamiento.

Con fundamento en el criterio de Rodríguez, permite reafirmar el criterio de René González Uzcategui, *Salud mental en América Latina: problemas y perspectivas*, 2012, de que en algunos países de América Latina, los Gobiernos se han propuesto, durante años, corregir el déficit de servicios públicos y gratuitos para niños y adolescentes con problemas de conducta mediante la capacitación de maestros especializados y el establecimiento de centros de educación diferencial, clínicas de conducta, de psiquiatría infantil y servicios de consultoría para las escuelas, pero en realidad, el estado de desarrollo de esas iniciativas es incipiente. Tradicionalmente, en América Latina medianamente se ha dado a las enfermedades mentales y a los desajustes de personalidad la importancia que realmente revisten. Han recibido escasa consideración en los planes, investigaciones, estudios médicos y sociales. (González, 2012).

Es claro cómo se estudia la incidencia que tienen sobre la salud mental los rápidos procesos de cambio, la dependencia cultural y las catástrofes naturales. Se enfocan y describen los recursos formales y no formales que existen en el campo de la salud mental y se señala la falta de aprovechamiento exhaustivo de todos ellos. Se trazan las perspectivas para el futuro teniendo en cuenta el actual estado crítico de la salud mental en América Latina y la posibilidad de un creciente deterioro debido a problemas originados en la urbanización e industrialización. (Rodríguez, E., 2001).

Se propone, finalmente, la formulación de una estrategia orientada a dar una mayor cobertura en sus servicios y basada en la reorganización, extensión y aprovechamiento máximo de los recursos, a través de medidas como la delegación de funciones y la utilización del médico general, las enfermeras y de los líderes naturales de la comunidad; se propone asimismo la descentralización de servicios, y una formulación totalmente renovada de programas de estudios en salud mental. Se señala especialmente que quienes tienen a su cargo la toma de decisiones deben comprender las consecuencias, beneficiosas o perjudiciales, que pueden tener el giro de sus acciones sobre la salud mental de la población.

Así las cosas, la Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Invertir en Salud Mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, delincuencia, matonismo y deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma. (Gaxiola, 2009).

Las condiciones de vida de las personas, tales como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, impactan directamente sobre su Salud Mental, acrecienta la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental, lo que a su vez tiene consecuencias sobre el desarrollo y la economía de los países. Los trastornos mentales representan una proporción significativa de la carga de enfermedad, que se mide en años de vida potencial perdidos por discapacidad y años de vida perdidos por mortalidad prematura, como es el caso de los suicidios. Los trastornos mentales deben ser abordados desde la perspectiva de sus determinantes, tomando en consideración no solo los aspectos patogénicos, sino también los salutogénicos de los diversos grupos poblacionales de acuerdo con su ciclo de vida. (Rodríguez, 2001).

Así las cosas, y según García (2012) la Salud Mental es “una dimensión esencial de la calidad de vida, que es influida por una amplia gama de factores y experimentada en forma individual y colectiva” (en Almonte & Montt, 2012, p. 161). El mismo autor señala que se considera un problema de Salud Mental, cuando se rompe el equilibrio del individuo con su ecosistema e incide en el bienestar psicosocial de la persona. Al respecto, Aceituno, Miranda, & Jiménez (2012) plantean que la prevalencia de los problemas de Salud Mental es un problema para la sociedad en su conjunto y es algo más que ausencia de enfermedad.

Ahora bien, en cuanto a la Salud Mental del niño y del adolescente, García (2012) plantea que tiene características propias, por tratarse de personas en desarrollo, que requieren del cuidado de otros y reciben la influencia de múltiples factores. Estas influencias pueden resultar en un desarrollo normativo, en problemas de Salud mental o en trastornos psiquiátricos. En Chile se evidencia una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos presentados por niños/as y adolescentes que según cifras estimativas, alcanza entre el 10 y 20%, en la población menor de 18 años (Recart et al., 2002; MINSAL, 2010; De la Barra, 2010; Vicente et al., 2012).

En Chile por (Vicente et al., 2012), con una muestra de 1558 niños/as y adolescentes, entre los 4 y 18 años, se revela que la prevalencia global general de cuadros clínicos alcanza el 22,5%. Los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en niños/as y adolescentes en el país son el trastorno adaptativo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos ansiosos y los trastornos afectivos (Vicente et al., 2012). Los autores concluyen que los antecedentes de psicopatología en la familia y la percepción de disfunción familiar estuvieron asociados significativamente a la presencia de los trastornos estudiados.

Cabe señalar, que pese a que más de un tercio de la población infanto-juvenil en Chile presenta algún trastorno psiquiátrico se estima que solo un porcentaje menor de estos (34%), son atendidos por especialistas (Vicente et al., 2012), lo que plantea que existe un número significativo de niños/as y adolescentes que no están recibiendo la atención especializada que necesitan. Al respecto, (Aceituno et al., 2012) plantean que este acceso restringido a la atención especializada requerida, es reflejo de la relación inversa entre estrato socioeconómico y la prevalencia de muchos trastornos psiquiátricos.

(Vicente et al., 2012) también observan una tendencia en el grupo de más altos ingresos, a presentar menos patologías en comparación con el grupo de ingresos más bajos. En ese sentido, desde el Enfoque de Riesgo, uno de los modelos de trabajo de Salud Mental, desarrollado por Gerald Caplan en 1964, el estrato socioeconómico bajo podría ser considerado un factor de riesgo; es decir, una condición que aumenta la probabilidad de que aparezca una enfermedad que comprometa la salud, la calidad de vida o la vida del niño/a o adolescente. Sin embargo, cabe señalar que los factores de riesgo “no permiten predecir quién estará o no perturbado y mucho menos el tipo de gravedad de la patología que puedan contribuir a generar”. (Areito, Müller & Mateluna, 2003, p. 102).

Las actuales políticas en Salud Mental están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo del niño/a y adolescente, y su logro, comienza con la identificación de factores de riesgo de trastornos mentales, así como, de factores protectores (Areito et al., 2003; Haquin, Larraguibel & Cabezas, 2004). No obstante el trastorno de la conducta suicida Infanto-Juvenil se encuentran a la flor del día. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) define el suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que es un acto de violencia, la cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo,

provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud. (OMS, 2010, pp. 74-75).

La muerte puede considerarse como uno de los fenómenos individuales que mayor impacto genera en la familia y el contexto inmediato (Casullo, 2005; citado en Vianchá et al., 2013). Y cuando se trata de un suicidio, este trae consigo nuevos significados respecto a la muerte, ya que además de considerar la pérdida física, las personas cercanas a quien se suicida, deben asumir la voluntariedad del acto (Vianchá et al., 2013). Al respecto, Otzen et al. (2014) plantean que “el impacto psicológico y social del suicidio sobre la familia y la sociedad no es mensurable”. (p. 310).

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas, pero la actitud de las sociedades ha sido diferente dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, de las estructuras socio-políticas y culturales (Rodríguez, 1998; en Ros, 1998). En la actualidad, “En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado; es decir, condenado por razones religiosas o culturales, y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley. Se trata pues de un acto subrepticio y rodeado de tabúes” (OMS, 2002, p. 5) lo que puede incidir, en la tendencia de muchas familias a ocultar que un ser querido ha muerto por suicidio. (OPS, 2014).

Cabe señalar, que la nomenclatura de las ideaciones y comportamientos suicidas, ha sido objeto de considerable atención y debate internacional (Gvion & Apter, 2012; Zelaya et al., 2012; Inzunza, Navia, Catalán, Brehme & Ventura, 2012), siendo posible identificar distintos términos para nombrar estas. Algunos autores se refieren a “tendencias suicidas”, “parasuicidio”, “suicidalidad”, “comportamiento suicida mortal y no mortal”, “espectro suicida” o “conducta suicida”, esta última, utilizada en esta investigación, y que incluye a la ideación suicida.

La conducta suicida contempla “un conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida” (Miranda et al., 2009, p. 497) y distintos autores señalan que dicho proceso se presenta en un continuum amplio de autodestructividad, de menor a mayor intensidad (Viñas et al., 2000; Schaffer & Pfeffer, 2001; Salvo & Melipillán, 2008; Bella et al., 2010; Almonte, 2012; OMS, 2013), que abarca:

Ideación suicida: Pensamiento y verbalizaciones recurrentes de provocarse autoagresiones o la muerte. Amenaza o gesto suicida: Verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte.

Planificación: Acto mediante el cual el individuo proyecta o planea su muerte.

Intento consumado: Acciones mediante las cuales el individuo puede ocasionarse la muerte.

Esta concepción de continuidad se apoya en la evidencia existente respecto a personas que presentan un mayor grado de severidad de la conducta suicida; es decir, quienes tienen un alto número de conductas suicidas anteriores, ya sea, ideación o tentativa de suicidio (Villardón, 1993). Por su parte, Miranda et al. (2009) plantean que tales manifestaciones pueden ser secuenciales o no, pero cada una de ellas conlleva un gran riesgo hacia la consumación del suicidio. En tanto, Vianchá et al. (2013) plantean que el suicidio es, por lo general, el resultado final de una serie de eventos previos, como son la ideación y el intento suicida.

Almonte (2012) indica que esta mirada de continuum, amplía la visión más tradicional del suicidio como una manifestación de psicopatología, destacando el proceso interactivo del desarrollo en el que son relevantes los contextos en que se encuentra el niño/a. Al respecto, existe acuerdo entre los autores que el suicidio no se debe a una causa única, sino más bien, es el resultado de un sinnúmero de factores -personales, familiares y/o sociales- que se combinan entre sí para generar una conducta suicida. (Retamal et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011; Vianchá et al., 2013).

(Cano, Gutiérrez & Nizama, 2009) plantean que este continuum va desde ideas no específicas tales como “la vida no vale la pena” a ideas específicas que se acompañan de una intención de morir o de un plan suicida; es decir, comprendería desde la idea fugaz, a la idea suicida transitoria, así como la idea prolongada o planificada; sin embargo, esta continuidad no se da necesariamente. (Pérez et al., 2013) plantean que independiente de las características de estas ideas, es necesario resaltar la importancia de la ideación suicida, ya que la teoría acerca del tema, expresa que el suicidio consumado tiene sus inicios en la presencia de pensamientos relacionados con quitarse la vida.

En la actualidad, el suicidio a nivel mundial se ha identificado como un problema de Salud Pública, dado que “está relacionado no solo con la prevalencia creciente, también con

la baja capacidad de predicción para evitar la muerte de las personas que tienen mayor riesgo” (Retamal et al., 2010, p. 19). Asimismo, es considerado una de las principales causas prevenibles de muerte para ambos sexos (Kaess et al., 2011; Inzunza et al., 2012; OPS, 2014) especialmente entre los 15 y 24 años.

El suicidio en la actualidad se ha transformado en una de las principales causas de muerte prematura evidenciándose un aumento de las tasas de suicidio a nivel mundial (OMS, 2013; Otzen et al., 2014), especialmente en adolescentes y jóvenes. Asimismo, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es tres a cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres (OECD, 2011, citado en MINSAL, 2013; Hernández, González & López, 2013, Otzen et al., 2014). A nivel general, se plantea que las tasas de suicidio consumado, son más elevadas en hombres que en mujeres, tal como lo planteó Durkheim en 1897, dado la letalidad de los métodos utilizados por los varones, a diferencia de las mujeres, quienes presentan con frecuencia la ingesta de medicamentos o cortes, casi siempre con resultados no letales. (Schaffer & Greenberg, 2003; Saucedo, Lara & Fócil, 2006; Almonte, 2012; Hernández et al., 2013), tendencia que también se observa en población pediátrica (Bella et al., 2014).

La literatura indica que por cada suicidio consumado, hay de 10 a 20 intentos suicidas (OMS, 2013) y por cada intento, ocho presentaron ideación suicida. (Miranda et al., 2009). Al respecto, las mujeres piensan en suicidarse y lo intentan dos veces más que los varones, sobre todo, por medio de una sobredosis de medicamentos. (Hernández et al., 2013). Las edades comprendidas entre 15 y 19 años, es donde se concentra el número mayor de intentos de suicidio. (Zelaya et al., 2012).

El patrón de morbilidad de adolescentes y jóvenes en Chile, se caracteriza por la presencia de enfermedades asociadas a conductas de riesgo y al daño ocasionado por agresiones o lesiones autoinflingidas (MINSAL 2013), observándose un cambio en las causas de deceso en la edad infantil, irrumpiendo los traumatismos y envenenamientos como principales causas de muerte en estas edades. (Leiva et al., 2008).

Tal como se ha señalado, la mortalidad de los adolescentes en Chile por causas externas ha tenido un preocupante aumento en los últimos años. Las tasas de suicidio para los adolescentes entre los 10 a 19 años, aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y el 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran una mayor tasa de suicidio, casi 3 veces más que en las adolescentes mujeres, asimismo, se evidencia una mayor

prevalencia de intentos suicidas en mujeres (Leiva et al., 2008), tendencia similar a la observada a nivel internacional.

(Otzen et al., 2014) indican que por grupos de edad, la tasa de suicidio en promedio desde 1998 a 2009, para el grupo menores de 15 años es de 0,54% y el grupo entre 15-24 años, alcanza a un 11,66%. La literatura y los antecedentes empíricos, dan cuenta que la conducta suicida en niños/as y adolescentes se caracteriza por la heterogeneidad (Tishler et al., 2007; Almonte, 2012), en ese sentido, no es posible precisar un perfil del niño/a o adolescente que presenta estas conductas, ni condiciones únicas que generan estas. No obstante, se distinguen algunos procesos que caracterizan la manifestación de la conducta suicida infanto-juvenil.

Relevantes resultan los planteamientos de Ulloa (1996 citado en Cruz & Roa, 2005) quien señala que el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia, donde el adolescente no llega a presentar una conducta suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso que consta de tres fases:

Fase Inicial: Se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana.

Fase de Escalada: Se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad.

Fase Precipitante Final: Durante los días previos al intento de suicidio, la comunicación con los padres se bloquea, ocurre un distanciamiento de los amigos, elementos con los cuales aumenta el sentimiento de soledad. Hay un quiebre en las relaciones, después de lo cual probablemente ocurra la conducta suicida. (Ulloa, 1996; citado en Cruz & Roa, 2005, p. 24).

Estos planteamientos hablan de diversas experiencias de vida y múltiples factores que pueden estar involucrados en la manifestación de la conducta suicida, y cómo estas se van conformando a través del tiempo, respaldando la idea de continuum. Por su parte, Cyrulnick (2014) diferencia la conducta suicida entre niños/as y adolescentes, señalando que en estos últimos se puede advertir una gradación en la aproximación a la muerte: primero tensión o angustia extrema, luego aparece la idea de muerte, que en muchos casos, implica que piensan regularmente en esto y planifican su ejecución. En cambio, según el autor, en los niños/as no se encuentra esta progresión, ellos/as “Juegan, se ríen, responden amablemente y luego saltan

por la ventana” (Cyrulnink, 2014, p. 17), dando cuenta de lo impredecible que puede resultar para los adultos la conducta suicida del niño/a.

Al respecto, (Bella et al., 2010) plantean que en los preadolescentes que presentan conducta suicida, las decisiones tienden a ser más impulsivas, tienen una gran influencia las características familiares y gozan de menos importancia, la presencia de psicopatología y el consumo de sustancias adictivas, en comparación con los adolescentes mayores. Sin embargo, (Sauceda et al., 2006) destacan la seriedad del intento suicida independiente que la impulsividad haya estado presente.

En cuanto a la intención de quitarse la vida, (Almonte, 2012) plantea que es un aspecto central de la conducta suicida en niños/as y adolescentes. Si bien, es posible encontrar cuestionamientos respecto a la intencionalidad de matarse que pueden presentar, principalmente los niños/as, ya que el concepto de muerte y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. (Bella et al., 2010).

Al respecto, en el caso de los preadolescentes, los estudios realizados acerca de los intentos suicidas revelan que la intencionalidad de la conducta suicida en este grupo etario (menores de 14 años) tiende a ser subvalorado. (Campo et al., 2003; Leiva et al., 2008).

Algunos autores, plantean que es probable que muchos síntomas clínicos, como es la irritabilidad, en estas etapas de la vida (niñez intermedia y adolescencia) sean considerados erróneamente por los adultos, minimizando la gravedad de la situación y el riesgo suicida (Bella et al., 2010; Cyrulnik, 2014). Durante mucho tiempo las conductas suicidas infantojuveniles fueron desestimadas y asociadas a malos comportamientos o expresiones reactivas frente a situaciones familiares conflictivas. Esta interpretación llevó a postergar la comprensión de los diferentes factores que intervienen en la salud mental de este grupo etario, entre ellos la influencia que tienen los trastornos mentales. (Bella et al., 2010, p. 28).

En cuanto a las características de las ideas suicidas de niños/as y adolescentes, el contenido y la forma de estas han sido poco estudiadas y con frecuencia no llegan a esclarecerse, así como, existe escaso conocimiento sobre la importancia relativa de las distorsiones cognitivas, el descontrol del comportamiento y la facilidad de acceso al método para transformar los pensamientos suicidas en una tentativa de suicidio (Schaffer & Greenberg, 2003). Los adolescentes “que intentan el suicidio pueden diferir de los que tienen ideas suicidas en que los primeros tienen desesperanza, aislamiento e ideación suicida más

intensos y persistentes, y negativa a discutir sus pensamientos suicidas”. (Schaffer & Pfeffer, 2001, p. 148).

Existen distintas denominaciones para la etapa de desarrollo que comprende entre los 10 y 14 años; prepubertad, adolescencia inicial o preadolescencia, está última utilizada en esta investigación. La preadolescencia comienza alrededor de los 10 años -dado que existen diferentes ritmos de desarrollo- con la llegada de procesos hormonales que dan lugar al desarrollo de caracteres sexuales secundarios y el despertar psicosexual (Berger, 2007; Musalem, en Almonte & Montt, 2012; Florenzano & Valdés, 2012; Papalia, Wendkos & Duskin, 2012), cambios que son experimentados por el niño/a como una “irrupción de elementos nuevos, irracionales y extraños, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible” (Florenzano & Valdés, 2012, p. 52). Al respecto, Areito, Müller & Mateluna, plantean que “Los desajustes o desequilibrios pueden considerarse normales, como indicadores de la diversidad en el desarrollo, si es que no afectan el movimiento progresivo hacia la adultez, integración y organización”. (Areito, Müller & Mateluna, 2003 p. 101).

Musalem (2012) describe la preadolescencia como una “etapa de aperturas”, dado por la serie de cambios que se producen en distintos niveles (físico, emocional, social) los cuales pueden ser fuentes importantes de preocupación para ellos/as, y que según Hernández et al. (2013), al producirse bruscamente, pueden provocar inadaptación, confusión y desesperanza en el preadolescente. Este periodo según Musalem (2012), es una fase crítica en la que se desorganiza la personalidad previa, para incorporar funciones, dinámicas y procesos complejos que dan pie a transformaciones que vienen a organizarse a partir de la pubertad (14-16 años), etapa en que se alcanzan logros en cuanto a la integración de la personalidad y la identidad personal (en Almonte & Montt, 2012, p. 50).

En tanto, Abesrastury & Knobel plantean que el proceso de desprenderse de su mundo infantil, es uno de los aspectos que lleva a la inestabilidad más o menos características de los primeros años de la etapa adolescente (en Areito et al., 2003). Este proceso de cambio parece obedecer a factores genéticos; sin embargo, los factores socioculturales, pueden actuar como modeladores de estos cambios, tanto en dirección de adaptación como en dirección de psicopatología. (Berger, 2007; Musalem, 2012; Papalia et al., 2012).

En general, distintos autores coinciden en que se observa en esta etapa una búsqueda de autoafirmación, así como, el desafío de lograr un lugar en el medio social en el que se desenvuelve. En ese sentido, desarrollar una imagen valorizada y positiva son componentes

esenciales para el equilibrio emocional del preadolescente. (Papalia et al., 2012). En ese sentido, Musalem (2012) plantea que las tareas del preadolescente son:

- Lograr adaptarse a los cambios físicos, hormonales y psicológicos.
- Integrar y utilizar apropiadamente las nuevas capacidades.
- Encontrar un lugar en el grupo de pares.
- Integrar en su personalidad características y actitudes que corresponden a expectativas relativas al género. (en Almonte & Montt, pp. 53-54).

Desde un punto de vista cognitivo, se aprecian una serie de nuevas capacidades psicológicas e intelectuales, dejando el niño/a el pensamiento lógico concreto de la etapa escolar, para dar paso al pensamiento formal –en términos de Piaget– que le facilita el acceso a un mundo de significados variados y complejos, le permite pensar en lo imposible y le brinda la posibilidad de asumir una postura crítica frente a la realidad (Papalia et al., 2012).

Es precisamente este incipiente desarrollo del pensamiento abstracto, el que plantea dudas en cuanto a la intencionalidad de matarse y la comprensión del concepto de muerte, que pueden presentar los niños/as en esta edad. Cabe señalar, que según Ros (1998) el concepto de muerte es sumamente abstracto y complejo, y demanda una serie de requisitos cognoscitivos previos, tales como distinción entre lo animado y lo inanimado, completo dominio de la conciencia del objeto, diferenciación del sí mismo y el concepto del tiempo. Por su parte, Cyrulnink, (2014) indica que el desarrollo del concepto de muerte también dependerá del contexto familiar y cultural, en el que esté inserto el niño/a. Al respecto, distintos autores plantean que:

La comprensión de la irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años (Bella et al., 2010; Cyrulnink, 2014). A partir de los 9 años, “la noción de muerte pasa a tomar un carácter universal, irreversible e inevitable. En esta etapa comienzan los sentimientos de fragilidad y reflexiones en torno a las causas y consecuencias de la muerte”. (Almonte & Conejeros, 2012, p. 207). A esa edad, el niño/a puede pensar que la muerte afecta a otros neutros, y más tarde, que también puede afectar a personas próximas. (Ros, 1998).

A los 12-13 años el adolescente presenta, con la adquisición del pensamiento abstracto, un pleno concepto de muerte, que implica el final de la vida y se caracteriza por ser irreversible y biológico (Ros, 1998). Solo con la llegada de la adolescencia, el desarrollo del

pensamiento permite la comprensión de la muerte de manera similar a la del adulto. (Almonte & Conejeros, 2012). La manifestación de la conducta suicida a menor edad, se comprende por una alteración del balance biopsicosocial en la adolescencia; es decir, por los cambios profundos que se experimentan con motivo del inicio de la pubertad, la cual tiende a presentarse a más temprana edad (Pérez et al., 2007; Cabra et al., 2010; Zelaya et al., 2012). El grupo de edad más afectado en general dentro de la población infantil, oscila entre los 10 a 13 años. (Cabra et al., 2010).

La epidemiología de los suicidios en preadolescentes, es imprecisa (Campo et al., 2003; Tishler et al., 2007; Duarte, 2007; Carmona et al., 2010; Cyrulnink, 2014). La escasa información se puede entender, por distintos factores, entre otros, porque las cifras de suicidios en estas edades solo hablan de los suicidios evidentes sin considerar los que pasan inadvertidos (Cyrulnink, 2014). Otros autores plantean que el suicidio en general y particularmente el infantil, está subregistrado, así como, hay escasos estudios que aborden el fenómeno en menores de 15 años (Campo et al., 2003; Paramo & Chávez-Hernández, 2007). Al respecto, Kaess et al. (2011) plantean que la prevalencia de suicidio e intento suicida sigue siendo relativamente baja en la preadolescencia en comparación con el suicidio que es una de las principales causas de muerte en el grupo adolescente.

Si bien, la tasa de suicidio en menores de 14 años en Chile, es la más baja de los distintos grupos etarios, se observa en este grupo, la mayor variación porcentual anual (VPA), que alcanza el 6,56%, hecho que implica un incremento anual considerable en la Tasa mortalidad por suicidio (TMS), “pudiendo por consiguiente transformarse en el grupo con mayores TMS” (Otzen et al., 2014, p. 311). Respecto a las causas de muerte de los preadolescentes, según estos autores, las más frecuentes fueron el ahorcamiento (89,4%), el uso de armas de fuego (4,9%) y el envenenamiento (4,9%).

(Cyrulnink, 2014) plantea que los niños/as cada vez consideran con mayor frecuencia la posibilidad de suicidarse. Señala que antes de los 13 años, un 16% de los niños/as piensan que la muerte podría ser una solución a sus problemas familiares, escolares o con los amigos. Por su parte, (Almonte, 2012) plantea que los intentos de suicidio en esta edad, puede ser resultado de una imitación de conductas suicidas efectuadas por mayores.

Respecto a la conducta suicida en preadolescentes, cada vez son mayores los antecedentes que indican que la tentativa suicida ocupa un lugar relevante dentro de los motivos de consulta de la esfera psiquiátrica en las Unidades de Urgencia Pediátrica (Von

Dessauer et al., 2011; Pandolfo et al., 2011). Al respecto, Von Dessauer et al. (2011) señalan que el intento de suicidio vía ingesta de fármacos, es una importante causa de morbimortalidad en el mundo y en Chile. Diversos estudios revelan que este método es el más utilizado en población pediátrica (Bella et al., 2010; Pandolfo et al., 2011; Von Dessauer et al., 2011). Al respecto, un estudio realizado en Chile por (Bravo et al. 2012) indica que los adolescentes de 11 a 18 años es el grupo más vulnerables de ingerir dosis tóxicas de paracetamol, especialmente, el sexo femenino.

Los antecedentes empíricos en relación con la conducta suicida infanto-juvenil, en su mayoría se orientan a estudiar la Salud Mental y la conducta suicida en adolescentes de entre 15 y 18 años; sin embargo, se observa un interés creciente, por investigar este fenómeno en población pediátrica. Se encontró un número reducido de investigaciones que abordan la ideación suicida en menores de 14 años, centrándose la mayoría de los estudios revisados, en la tentativa suicida y los factores asociados. Los estudios realizados en Chile que aborden la temática con este grupo etario, son escasos. A partir de la revisión realizada, los estudios de la conducta suicida en población pediátrica muestran dos líneas principales de investigación: la primera, estudios en su mayoría de carácter retrospectivo, que caracterizan el intento de suicidio de niños/as y adolescentes ingresados a Servicios de Urgencia Pediátricos, y la segunda, de carácter transversal descriptivo que se orientan a identificar la prevalencia de la ideación suicida en población escolarizada, menores de 15 años. (Von Dessauer et al., 2011; Pandolfo et al., 2011).

En la primera línea de investigación, destacan tres investigaciones, las únicas revisadas que están enfocadas en población pediátrica en los últimos años realizados en Chile. El primero, de Inzunza et al. (2012) con niños y adolescentes de 10 y 19 años, quienes ingresaron en un 100% por intoxicaciones medicamentosas asociada a conductas suicidas, en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En este, el 12,8% fueron menores de 13 años y en un 66% de los casos, el desencadenante asociado al intento suicida fue el conflicto con los padres.

Von Dessauer et al. (2011) plantean que el 5,8% de los ingresos a la UCIP, fue por intoxicación por fármacos, y de estos, el 60,6% fue por intento suicida. Identificaron además, que el 69,4% de los casos fue el primer intento, el 8,4% tenían menos de 12 años y el 92,6% presentaba un cuadro psiquiátrico a la base. Dentro de los factores de riesgo se identificaron la disfunción familiar (suicidios e intentos de ello, alcoholismo y/o drogadicción parental,

ausencia o muerte de alguno de los padres y el abuso sexual) y problemas en el colegio, principalmente el matonaje escolar. Por su parte Leiva et al. (2008) en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua identificaron 43 casos que presentaron envenenamiento por sustancias medicamentosas con propósito suicida.

En las investigaciones anteriores, en la mayoría de los casos, las tentativas suicidas fueron realizadas por mujeres (87,2% - 88,9% - 88%) y el principal método utilizado fue la intoxicación medicamentosa. En dos de estas investigaciones, más del 50% de los casos presentó como método suicida la polifarmacia (57% - 53%) e identifican la presencia de rasgos depresivos y la violencia intrafamiliar, como factores de riesgo significativos (Von Dessauer et al., 2011; Leiva et al., 2008).

En la misma línea investigativa, en Argentina, Colombia, Uruguay, Paraguay, Cuba y México se publican casos ingresados por intento suicida a unidades hospitalarias pediátricas, donde se evidencia que el principal método suicida utilizado, es la ingesta de fármacos (Campo et al., 2003; Sánchez et al., 2007; Bella et al., 2010; Pandolfo et al., 2011) y en la mayoría de los casos, la tentativa suicida fue cometida por mujeres (Pérez et al., 2007; Sánchez et al. 2007; Carmona, 2010; Bella et al., 2010), resultados similares a los encontrados en Chile. Además, identificaron que entre el 70% y el 100% de los casos, presentaba antecedentes de psicopatología previa, principalmente, depresión y trastorno disocial. La disfunción familiar aparece como el principal factor de riesgo que se identifica en estos estudios.

En Colombia se identifican cuatro investigaciones: Caycedo et al. (2010) realizaron un estudio descriptivo con 14 adolescentes de 10 a 17 años, que presentaron intento suicida. El 7,1% corresponden a niños/as de 13 años. Concluyen que la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas, ya que el 100% de los casos, presentaron disfuncionalidad en los hogares y ausencia de la figura paterna. El mismo año, Carmona et al. (2010) efectuaron un estudio retrospectivo, con adolescentes de 10 y 18 años que consultaron por intento suicida entre el año 2000 y el 2008.

El método más utilizado por hombres y mujeres fueron los organofosforados. El 43,6% presentó antecedentes de suicidio previo. Identificaron como factor protector los niveles altos de cohesión familiar y como factor de riesgo precipitante, los problemas familiares. Se destaca la importancia del antecedente de depresión tanto personal como en familiares de primer grado. Por su parte, Pérez et al. (2007) realizaron un estudio de intento

suicida, con 96 niños/as y adolescentes de 11 a 18 años, ingresados a una Clínica Infantil. Se evidenció que el grupo menores de 14 años, corresponde al 26%, con más casos que en los otros rangos de edad. El 81,4% fueron mujeres, el 83% tenía al menos un evento detonante para el suicidio: conflictos familiares 56%, conducta agresiva 43,8%, baja autoestima 32,5% y maltrato 44%. La intoxicación con medicamentos fue el método utilizado en el 96,9% de los casos.

En tanto, Campo et al. (2003) llevaron a cabo una investigación con 18 niños/as entre 8 y 13 años. Se evidencia que si bien los métodos suicidas son diversos, la ingestión de sustancias es el más frecuente. La totalidad de niños/as presentó trastorno psiquiátrico y alrededor del 60%, corresponde a sintomatología depresiva. La mitad de los niños/as tenía antecedentes de intento de suicidio previo.

En Cuba mediante tres estudios, realizados por Hernández et al. (2013) con niños/as y adolescentes entre 11 y 17 años, ingresados en Hospital Infantil, revela que la tentativa de suicidio en el grupo etario de 11 a 13 años, alcanzó un 26,9%. Otro estudio, transversal, descriptivo correlacional realizado por Sabina et al. (2010) que incluyó a los 1181 ingresos en el Servicio de Psiquiatría infantil y juvenil de Cienfuegos, indica que entre los principales diagnósticos se destaca el intento suicida, que ocupa el primer lugar y representa casi la mitad de los ingresos. Entre los 6 y 10 años se observa un 10% de los intentos suicidas, y entre los 11 a 14 años, la tentativa suicida ocupó el primer lugar. Al respecto, los autores destacan la presencia de factores psicosociales provenientes del ámbito familiar y escolar como desencadenantes del intento.

Dentro de los factores de riesgo, destacan el intento suicida en la niñez. Y finalmente, la investigación de Sánchez et al. (2007) quienes realizaron un estudio con adolescentes entre 10 y 19 años, donde el grupo de 9 a 12 años correspondió al 19,1% del total de adolescentes con intento suicida. El 100% de los adolescentes utilizó un método no letal, ingesta de medicamentos. Los antecedentes de patología personal y familiar tienen un papel relevante como factor de riesgo. Dentro de los factores desencadenantes se encontraron los conflictos familiares (66,6%) y los conflictos escolares (14,2%).

Zelaya et al. (2012), dan cuenta que de 102 ingresos a un Hospital por intento suicida, el 33,3% correspondían a niños/as de entre 10-14 años. Destacan la importancia del antecedente de maltrato infantil y abuso sexual, como factor de riesgo de la conducta suicida, especialmente en las mujeres, en quienes se observa una mayor frecuencia de tentativas

suicidas. Asimismo mediante un estudio realizado en Argentina por Bella et al. (2010), quienes hallaron que 41 niños/as presentaron intento suicida, entre los 8 y 17 años. El 56,1% eran mujeres y el 100% tenía antecedentes de psicopatología: 46% trastorno de conducta y 32% intentos previos.

En Uruguay, Pandolfo et al. (2011) en un estudio transversal descriptivo con niños/as y adolescentes consultaron por conducta suicida en un Hospital Pediátrico. Predominó el adolescente de 12 y 14 años, de sexo femenino, que realizó el intento suicida utilizando como método, la ingesta de medicamentos (78%). No obstante, se comprobó que en el grupo de menores de 10 años, predominan los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico. El 50% de los adolescentes presentó patología psiquiátrica y el 68% presentó como factor desencadenante, los conflictos familiares.

En México, Saucedo et al. (2006) realizan una investigación con adolescentes entre 12 y 17 años, que ingresaron a un Hospital psiquiátrico infantil, por intento de suicidio. El método más utilizado por las mujeres fue la sobredosis de medicamentos y en los varones, cortaduras o colgarse. El 100% de los adolescentes manifestaron patología psiquiátrica y el 75% presentaban depresión. Es así como se identifica que uno de los principales métodos suicidas utilizado por los preadolescentes, es la ingesta de medicamentos, elemento que estos obtuvieron en el hogar (Saucedo et al., 2006; Bella et al., 2010b; Pandolfo et al., 2011; Inzunza et al., 2012; Zelaya et al., 2012), lo que alerta sobre la necesidad de su manejo supervisado por los adultos, ya que “La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención del suicidio”. (OMS, 2013, p. 2).

Al respecto, (Palacios et al., 2007) mediante un análisis bibliométrico, plantean que el tema del suicidio en niños no ha sido lo suficientemente explorado, identificándolo como una problemática de la sociedad actual que necesita una mayor investigación para generar medidas preventivas efectivas y definir cuáles son las mejores estrategias para promover acciones a favor de la Salud Mental en este grupo etario. La ideación suicida, hace referencia a las cogniciones que incluyen pensamientos fugaces sobre el no querer una vida, fantasías autodestructivas y/o planes explícitos y meditados para matarse. (Golney et al., 1989; citado en Vianchá, 2013).

(Schaffer & Greenberg, 2003) consideran que no es posible llevar a cabo un suicidio, sin haber pensado en ello, por esta razón distintos autores concuerdan que si bien dentro del continuum la ideación suicida es el eslabón inicial, también es un predictor de la tentativa de

suicidio, y por tanto, es importante de considerar (Schaffer & Greenberg, 2003; Salvo & Melipillán, 2008; Reinherz et al., 2006, citado en Miranda et al., 2009; Dias de Mattos et al., 2010; Sánchez, Villareal, Musitu & Martínez, 2010; Pérez et al., 2013). Al respecto, Miranda et al. (2009) señalan que la presencia de ideas suicidas en preadolescentes es una problemática que si no se atiende y previene, permanece y predispone a la ejecución de intentos y/o suicidios en años posteriores.

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal (Viñas et al., 2000; Miranda et al., 2009). Cabe recordar, que la normal preocupación en niños/as por la muerte es temporal y tiende a estar relacionada, con eventos tales como la muerte de un familiar o de una mascota (Tislher et al., 2007). Según Valadez et al. (2011) los pensamientos suicidas se vuelven de una peligrosidad especialmente anormal cuando la realización de estas ideas parece ser la única salida para sus dificultades.

Según (Tislher et al., 2007) el riesgo de suicidio es bajo, si el niño/a mantiene una imagen realista de la muerte; es decir, manifiesta una ansiedad relativamente leve en cuanto a la muerte y no hay ningún indicio de plan concreto de suicidio. Agregan los autores, que los niños/as que presentan ideación suicida tienden a pensar y soñar más sobre la muerte, manifiestan mayor temor a la muerte y se preocupan más de la muerte, que los niños/as que no presentan una tendencia suicida. Al respecto, (Cyrułnink, 2014) señala que la aparición de la idea de muerte como solución posible a un problema humano depende del sexo, del nivel del desarrollo de la persona y de las estructuras socioculturales en las que los niños/as crecen.

No todos los niños/as aprecian que el suicidio puede resultar en una muerte irreversible (Schaffer & Pfeffer, 2001; Carballo et al., 2010; Bella et al., 2010). No obstante, según (Almonte 2012) para presentar conductas suicidas, no es prerequisite tener un concepto maduro de muerte, basta con desear estar en ese estado. Al respecto, Cyrułnink (2014) señala que la idea de muerte “es un proceso lento que se construye gradualmente y es la resultante de las transacciones incesantes entre lo que es el niño/a y lo que hay a su alrededor”. (p. 28).

En España (Viñas et al., 2000) encontraron que los escolares de 8 a 12 años, solo el 40,5% de los escolares que presentaron ideación suicida entendían que la muerte es un evento que afecta inevitablemente a todos los seres vivos, que es un proceso irreversible y que además, conlleva necesariamente el cese de toda actividad corporal,;es decir, menos de la mitad de los escolares con ideación suicida presentaban una comprensión cabal de la muerte

no halló influencia de la variable inteligencia en los resultados. Estos hallazgos coinciden con las ideas de Schaffer & Pfeffer (2001) quienes plantean que la apreciación de un niño/a sobre la finalidad de la muerte no debería necesariamente influir en la seriedad de la ideación suicida, porque pudiese ser que el niño/a se involucre en un comportamiento suicida, sin entender las consecuencias a largo plazo de dicha conducta.

Entre las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente en niños/as y adolescentes de ambos sexos, y no se presenta exclusivamente en comorbilidad con algún trastorno psicopatológico, a diferencia de lo que ocurre con los intentos suicidas (Schaffer & Pfeffer, 2001; Schaffer & Greenberg, 2003; Miranda et al., 2009; Bella et al., 2010; Hernández et al., 2013). Según (Schaffer & Greenberg, 2003) la ideación suicida de presentarse con psicopatología, se asocia con mayor frecuencia con: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y trastorno disocial en la adolescencia y con un trastorno del comportamiento perturbador en el caso de los niños/as de menor edad.

Respecto a los antecedentes empíricos, se encontró un número reducido de investigaciones que abordan la ideación suicida en menores de 14 años, las cuales en general, son de carácter transversal descriptivo, con poblaciones no clínicas y que se orientan a identificar la prevalencia de la ideación suicida en población escolarizada. No se encontró ningún estudio de ideación suicida centrado en población pediátrica en Chile, solo se halló una investigación realizada por Haquin, Larraguibel y Cabezas, (2004) con adolescentes de 11 a 18 años en la ciudad de Calama, pero cuyos resultados no están diferenciados por edad (mayores y menores de 14 años). Como se ha señalado con anterioridad, en general, las investigaciones de ideación suicida están orientadas a adolescentes mayores de 14 años.

Bourdet-Loubère & Raynaud (2013) realizaron en Francia una investigación con 157 niños/as (población no consultante) entre 6 y 13 años, quienes encontraron que un 20% de la muestra presentó pensamientos suicidas. De estos, el 12,7% tenían igual o menos de 11 años, encontrando diferencias significativas por edad. No se evidenciaron diferencias significativas por sexo. Los niños/as con conductas suicidas eran también los que presentaron síntomas de depresión significativamente más graves y menores niveles de calidad de vida, en comparación con los niños/as sin conductas suicidas.

En Brasil, (Dias de Mattos et al., 2010) tomaron una muestra de 1039 adolescentes, de 11 a 15 años, donde la prevalencia de ideación suicida alcanzó el 14,1%. Se identificaron como factores asociados a la ideación suicida el sexo femenino, el consumo de alcohol y

drogas, así como, la manifestación de síntomas de un trastorno disocial y trastorno depresivo. Destaca en esta línea de investigación, un estudio realizado en México por Miranda et al. (2009), en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con una muestra de 631 estudiantes de entre 10 y 13 años, donde el 29,2% de la muestra presentó ideación suicida. Los niños/as que presentaron pensamientos suicidas manifestaron mayores estados depresivos, autoestima baja y niveles altos de ansiedad, en comparación con los niños/as sin ideación suicida.

Por su parte, (Cano et al., 2009), en Perú, con una población de 530 escolares de 12 a 19 años, donde el 64,3% de la muestra, corresponde al grupo de 12 a 14 años. Del total de la muestra el 33,6% presentó ideación suicida. En relación con los grupos etarios, la prevalencia de ideación suicida entre los 15 a 19 años fue de 48% y en el grupo de 12-14 años, alcanzó el 30,5%. Relevante es que del 74,3% de los que pensaron en quitarse la vida, realizaron una tentativa suicida.

(Toro et al., 2009) con un representativo de 779 escolares entre 11 y 19 años, en Colombia, revelan que los niños/as entre 11 y 14 años representan un 54,2% del total de la muestra, no se evidenciaron diferencias significativas por sexo, en cambio, si por edad, en las cuales la preadolescencia presentó la mayor proporción de escolares con riesgo de suicidio. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio. El análisis realizado por (Tishler et al., 2007) señala que la ideación suicida en niños/as, muestran alguna variabilidad en frecuencia, diferencias por edad y grupo de referencia. Asimismo, estos autores plantean que aumenta la frecuencia de ideación suicida cuando el grupo de niños/as presenta antecedentes de maltrato o abuso sexual.

Depresión en Adolescentes y Jóvenes

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual se dan grandes cambios personales, donde tanto hombres como mujeres definen una identidad distinta a la de sus padres, especialmente tomando decisiones por primera vez en sus vidas, asimismo existen cambios de desarrollo físicos y psicológicos, donde la presión social juega un papel muy importante, debido su confrontación del adolescente de encontrarse a sí mismo. Sin embargo, muchos llegan a la otra etapa de su vida que es la juventud con falencias claras de identidad y tienen una tendencia mayor a trastornos mentales como: ansiedad y depresión. Es claro que la depresión constituye un grave problema de salud pública que requiere mayor y mejor atención. Por ello en la presente investigación se revisa la perspectiva epidemiológica de la

depresión en adolescentes y a su vez valoran la falta de estrategias para su detección temprana y atención oportuna. (Martín, O. F., Riesgo de suicidio por antidepresivos. Revista Digital de Medicina Psicomática y Psicoterapia, pp.1-18, 2017).

Medianamente es considerable, que la sintomatología depresiva es prevalente en jóvenes en los países latinoamericanos. Más aún, los jóvenes en condiciones socio-urbanas más conflictivos muestran tasas más elevadas de depresión y las tasas de intento de suicidio son altas. Pese a las barreras y escasos recursos en las instituciones de salud y educación, será necesario continuar desarrollando alternativas que permitan una mejor atención de la problemática de salud mental en la población joven, aun cuando sus necesidades no puedan ser expresadas directamente o que los motivos de consulta sean “otros”, frecuentemente enmascarados por conductas problemáticas, como la violencia y las adicciones, entre otras. (Almonte, 2012).

Así las cosas, un criterio que aclara el punto tratado lo brinda (Cruz, 2018) al señalar:

La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos como la ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio. La depresión se presenta como un estado de infelicidad y abatimiento, el cual puede llegar a ser transitorio o permanente. Según la OMS, (Organización Mundial de la Salud) existen más de 450 millones de personas afectadas por algún trastorno o discapacidad mental y la mayoría de estas se encuentran en los países en desarrollo (pp. 2-3).

Es evidente que una enfermedad como la depresión se presenta cada vez a más temprana edad y por lo general acompañada de otros trastornos que afectan la salud mental; sin dejar de lado los factores de riesgo más comunes que principalmente son de índole socioeconómicos, los cuales fueron relatados en el primer apartado de este capítulo. Asimismo como señala la autora el estado de depresión puede ser transitorio o permanente, sin embargo el riesgo de suicidio es muy alto en las personas adolescentes debido a su falta de identidad, porque en esas edades se experimenta un cambio radical donde cada persona genera sentimientos diferentes, pero en este caso los más afectados son aquellos que en algunas oportunidades perciben falta de afecto, escucha e incluso no reconocen los límites,

todo lo anterior lo introduce en un escenario de tragedia silenciosa que le causa miedo y dolor. (Almonte, 2012).

Los trastornos del estado de ánimo. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad. De este modo, dichos trastornos se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras. Si bien las investigaciones científicas ofrecen nuevos elementos para comprender mejor la etiología de los trastornos depresivos, aún quedan preguntas fundamentales por resolver. (Revista de la Facultad de México, 2017).

La depresión infanto-juvenil es un tema preocupante en América Latina, lo que se asocia a la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos presentados por niños/as y adolescentes, especialmente en sectores socioeconómicos bajos, que según cifras estimativas, alcanza entre el 10 y 20% en la población menor de 18 años (Recart, Castro, Álvarez & Bedregal, 2002; De la Barra, 2010; Vicente, Valdivia, Melipillán, Valdivia & Kohn, 2012). Esto cobra aún más relevancia, si se considera lo planteado por estos autores, que indican que solo un porcentaje menor (34%) de estos niños/as y adolescentes son atendidos por especialistas.

El suicidio está estrechamente relacionado con la Salud Mental, ya que más del 90% de los casos de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos (Gvion & Apter, 2012; Silva, Vicente, Saldivia & Khon, 2013; Bertolote & Fleischmann, 2002; citado en OPS, 2014), siendo los trastornos depresivos los que se vinculan con mayor frecuencia, según la literatura, a la manifestación de la conducta suicida infanto-juvenil (Viñas, Ballabriga & Domènech, 2000; Tishler, Staats & Rhodes, 2007; Miranda, Cubillas, Román & Abril, 2009; Toro, Paniagua, González & Montoya, 2009; Dias de Mattos, Azevedo, Jansen, Peretti & Tavares, 2010; Almonte, 2012; Vianchá, Bahamón & Alarcón 2013; Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013).

La prevalencia de los trastornos depresivos en niños/as y adolescentes en América Latina, que muestra un aumento progresivo a través de los años, alcanzando en la actualidad el 6,1%. La conducta suicida en la niñez y adolescencia, se entiende como un continuo de

manifestaciones que incluye el suicidio consumado, la ideación, el gesto y la tentativa suicida, siendo la ideación suicida -de interés para esta investigación-, el primer eslabón o nivel de menor gravedad (Viñas et al., 2000; Salvo & Melipillán, 2008; Bella, Fernández & Willington, 2010; Almonte, 2012).

El proceso de la conducta suicida se inicia con las ideas autodestructivas y destacan, que la detección temprana de estas y de sus factores asociados, son fundamentales para la prevención del suicidio consumado (OMS, 2013; OPS, 2014). En la actualidad, el suicidio constituye un importante problema de Salud Pública a nivel mundial y nacional, donde se observa un incremento de las conductas suicidas en niños/as y adolescentes, llegando a constituirse en una de las principales causas de muerte entre los 15 y 24 años, asimismo, se evidencia una disminución en la edad de presentación de estas. (Pfeffer, 2002; Salvo & Melipillán, 2008; Bella et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011; Almonte, 2012).

Por ejemplo en Chile la población adolescente de 10 a 19 años, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas al 2012, asciende a 2.716.838 personas, lo que corresponde al 15,6% de la población total; de estos, el 48% corresponde a preadolescentes, entre los 10 y 14 años (en MINSAL, 2013). El suicidio en la adolescencia representa aproximadamente el 10% de las muertes por suicidio en la población general y la tasa de suicidio en el grupo de 15 a 19 años demuestra un aumento importante y sostenido en las tasas de suicidio. (MINSAL, 2013).

Cabe destacar, que si bien los suicidios logrados son escasos, distintos autores sugieren que la epidemiología de los suicidios en preadolescentes es imprecisa. (Campo et al., 2003; Tishler et al., 2007; Duarte, 2007; Carmona et al., 2010; Cyrulnink, 2014). Al respecto, en este grupo etario, las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden estar subestimadas (Phillips, 2004; citado en OPS, 2014; Cyrulnink, 2014) ya que las cifras solo contemplan los suicidios evidentes y no se toman en consideración muchos otros que se presentan en cada país de América Latina.

(Bourdet-Loubère y Raynaud, 2013), en Francia evaluaron la ideación suicida en niños/as de 6-13 años, midieron la depresión con el CDI y el resultado obtenido fue que los niños/as con tendencias suicidas tenían significativamente mayor puntuación total en el cuestionario. Por lo tanto, la gravedad de los síntomas depresivos se confirma como un indicador importante del riesgo de suicidio y subrayan, la importancia del contexto emocional y social de los niños/as en estos casos. Por su parte, Miranda et al. (2009) en un estudio con

escolares de 10-13 años en México, encontraron mayores estados depresivos (68%) en aquellos niños/as que presentaban ideación suicida, en comparación con el grupo sin ideación. De estos, un 27,3% presentaba depresión severa.

Asimismo, se evidencia que si bien la ideación suicida es uno de los síntomas de la depresión, muchos niños/as que cumplen con los criterios diagnósticos de una depresión, no manifiestan ideación suicida. En una muestra clínica de 407 niños/as de entre 7 y 14 años, que presentaban un trastorno depresivo mayor en Hungría, un 33% de estos no presentaba conducta suicida; y el 67% restante sí manifestaba dicha conducta: pensamientos recurrentes de muerte (20%), ideación suicida (18%) y un plan suicida (18%) (Tamás et al., 2007).

Del mismo modo, no todos los niños/as con ideación suicida sufren de una depresión. (Viñas et al., 2000; Viñas et al. 2002; Miranda et al. 2009) Al respecto, Miranda et al. (2009) señalan que existe un alto porcentaje de ideación suicida en preadolescentes escolarizados, así como, el grupo con ideación suicida presentó mayores estados depresivos (68%) en comparación con el grupo sin ideación, mostrando una diferencia estadísticamente significativa. En este estudio, los escolares que presentaron depresión tienen un riesgo 8,8 veces mayor de tener ideación suicida cuando se les compara con el grupo de niños/as sin ideación suicida. Del mismo modo, Viñas et al. (2000) encontraron que los niños/as entre 8 y 12 años con ideación e intencionalidad suicida presentaron mayor sintomatología depresiva; no obstante, a pesar de la relación estadísticamente significativa, identificaron escolares que presentaron ideación suicida con ausencia de sintomatología depresiva. Estos autores resaltan que la depresión es un importante factor de riesgo, no es imprescindible su presencia para que se desarrolle la ideación suicida.

(Cañon, 2011) destaca a la depresión como un factor de riesgo significativo asociado a la conducta suicida en niños/as y adolescentes. Según la autora, “La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración, situaciones que hacen que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas”. (Cañon, 2011, p. 65).

En tanto, (Villardón, 1993) plantea que el factor que mejor predice el pensamiento suicida es la depresión y esta suele llevar asociadas tres características cognitivas esenciales: una visión negativa del mundo, del futuro, asociada a desesperanza y de sí mismo, relacionada con una baja autoestima. (Toro et al., 2009) coinciden en la relevancia de la

depresión como factor asociado al suicidio, y señalan que otros factores relacionados son los sentimientos de soledad y desesperación. Según (Vianchá et al., 2013) la depresión explica mejor la presencia de ideación suicida en mujeres a diferencia de los hombres, pues en ellos la dimensión social del autoconcepto, es el factor determinante (Fernández & Merino, 2001; citado en (Vianchá et al., 2013).

En investigaciones que abordan el intento suicida en preadolescentes, también se evidencian altos niveles de depresión (Leiva et al., 2008; Sánchez et al. 2010; Bella et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011). Al respecto, estudios realizados en Chile muestran que los rasgos depresivos representan un factor presente en la mitad de los casos y se relacionan significativamente con esta conducta suicida. Leiva et al. (2008) hallan un 53,5% y (Von Dessauer et al, 2011) un 50,9%, de niños/as y adolescentes que manifestaban síntomas expresivos y presentaron una tentativa de suicidio. En la literatura se observa un uso indistinto del término autoconcepto y autoestima, si bien, en el primero prepondera lo cognitivo y en el segundo, lo valorativo. Al respecto, Villardón (1993) plantea que el autoconcepto tiene tanto un aspecto descriptivo como evaluativo y valorativo.

Existe evidencia que el bajo autoconcepto aparece como predisponente de ideación suicida en preadolescentes (Miranda et al., 2009; Vianchá et al., 2013). Al respecto, Miranda et al. (2009) en la investigación con escolares de 10 a 13 años, encontraron que el grupo con ideación suicida presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación. Al respecto, la autoestima se correlaciona más alto que la ansiedad con la ideación suicida preadolescente. Ambos sexos con ideación suicida se ubican en niveles bajos y medios de autoestima, mientras que los que no tienen ideación se ubican en autoestima alta. Los escolares en este estudio que presentan nivel bajo de autoestima tiene un riesgo 3.7 veces mayor, de presentar ideación suicida.

Al respecto, (Schaffer & Pfeffer, 2001) plantean que “las visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre auto-estima, un sentido de responsabilidad por eventos negativos, y la inmutabilidad de estas atribuciones distorsionadas pueden contribuir a la (desesperanza) que se ha relacionado repetidamente con la suicidalidad” (p. 158). (Sánchez et al., 2010) expresan que la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida, sin embargo, los resultados de su estudio no concordaron con estos antecedentes y plantean que la relación entre autoestima e ideación suicida es controvertida.

La tendencia de los intentos suicida a repetirse a lo largo de la vida, y consideran la tentativa suicida previa como un factor de riesgo significativo para la conducta suicida (Campo et al., 2003; Carmona et al., 2010; Sabina et al., 2010; Inzunza et al., 2012; OMS, 2013). Según (Bella et al., (2010 b el antecedente de tentativa de suicidio, es el factor de riesgo más importante para predecir la repetición de un nuevo intento de suicidio. Al respecto, haber cometido un intento de suicidio previo incrementa mucho más el riesgo de que un varón eventualmente se suicide, pero el efecto predictivo es menos sustancial en mujeres. (Cabra et al., 2010).

Las investigaciones acerca de la tentativa de suicidio infanto-juvenil, dan cuenta de la presencia de antecedentes previos de intento suicida, alcanzando un 30% (Von Dessauer et al., 2011) o 32 % (Bella et al., 2010), porcentaje altos, considerando el grupo etario en estudio y que este factor aumenta el riesgo de lograr el objetivo. Al respecto, (Bella et al., 2010 b) plantean que “la presencia de intentos de suicidio previos y trastornos mentales como la depresión y el trastorno de conducta disocial se potenciarían, lo cual incrementa el riesgo de repetir nuevas conductas suicidas y consumarlas”. (p. 128). Estos autores destacan la baja proporción de tratamientos previos en Psiquiatría o Psicología, aun cuando muchos de los niños/as o adolescentes presentaban intentos previos de suicidio.

Farmacología de la depresión

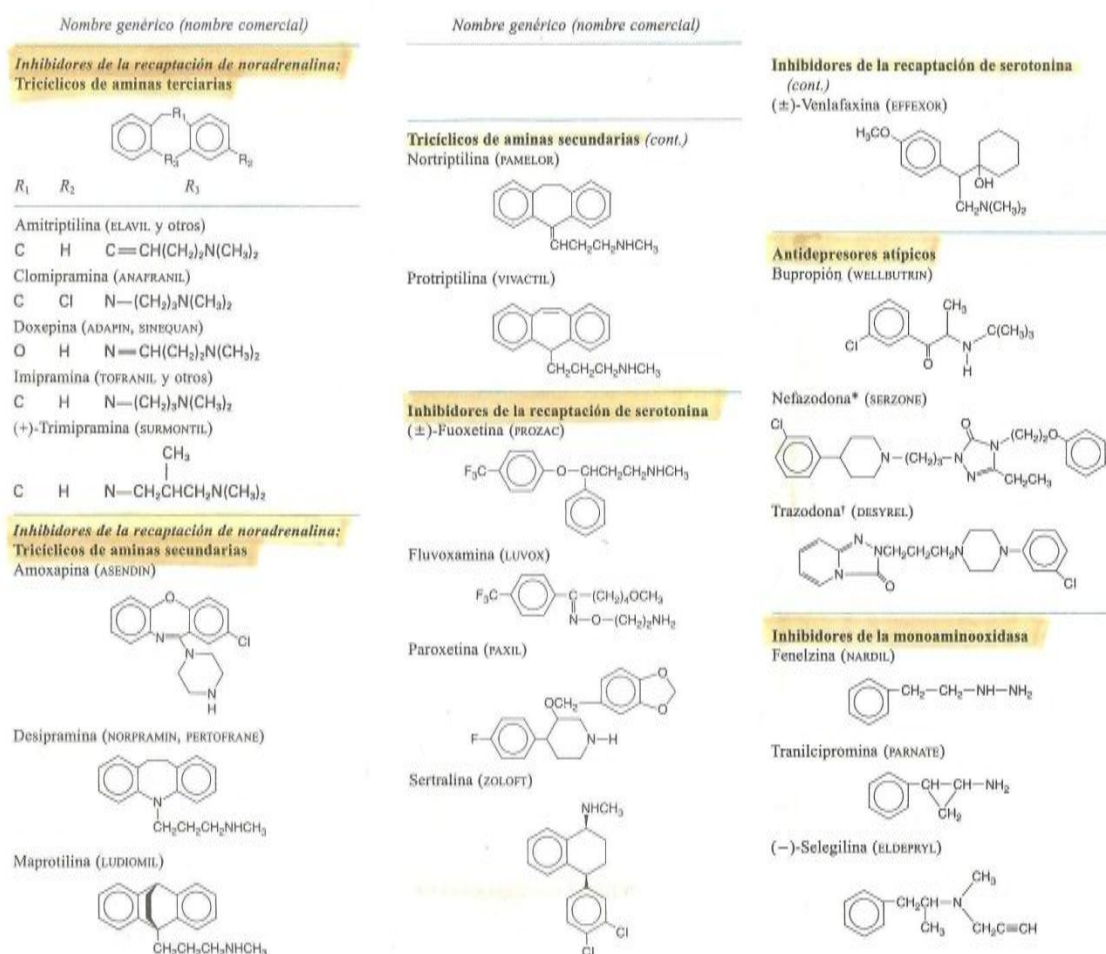
La enfermedad de la depresión en niños y/o adolescentes, es algo más que considerarse triste durante algunos días. Más bien, es una especie de aceleramiento en ciertos sentimientos como la tristeza, la desesperanza, la ira y/o la frustración, así como problemas progresivos de concentración y motivación o energía, mismos que persisten por un tiempo prolongado. Estos sentimientos hacen que el niño y/o adolescente le sea difícil tener una vida estándar, con actividades habituales, dificultando para el niño y/o adolescentes el disfrutar su vida con total normalidad o incluso superar el día. A razón de lo antes dicho es relevante considerar lo indicado por (Baldessarini., 1996.p 67) “El tratamiento de la depresión se basa en un grupo variado de agentes terapéuticos antidepressores, en parte porque la depresión es un síndrome complejo de gravedad también muy variable.”

Los tratamientos efectivos para la depresión en adolescentes incluyen psicoterapia o terapia de conversación o una combinación de psicoterapia y medicamentos, propiamente en este último, existen cuatro grupos terapéuticos amplios y cada uno con los subgrupos

determinados, los cuales son antidepresivos: tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, atípicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa; sin embargo al ser una enfermedad sumamente compleja el tratamiento adecuado para cada paciente es diferente y con resultados distintos, evitando las reacciones adversas. (Baldessarini., 1996, p. 68).

Paralelamente (Malgor, 2010) es enfático en la existencia de drogas antidepresivas de eficacia terapéutica demostrada, tales como los agentes antidepresivos tricíclicos, los más antiguos pero aún no superados en eficacia específica, los tetracíclicos de reciente aparición, los inhibidores de la recaptación de serotonina o 5-HT, cuya principal ventaja es la disminución de la incidencia de varios efectos adversos, lo cual acentúa que aún se está en proceso de encontrar el mejor fármaco para el tratamiento de la enfermedad debido a la complejidad que anteriormente explicaba Baldessarini.

Figura 2. Nombre y estructura química de los grupos terapéuticos de antidepresivos



Nota: Goodman & Gilman, 2001.

No obstante y desde un enfoque puramente farmacéutico, es de suma importancia para el niño y/o adolescente que ha sido medicado para la depresión, tener en cuenta que, transcurrirá algún tiempo para que los antidepresivos le ayuden, pues puede tomar de cuatro a seis semanas hasta que un antidepresivo haga efecto, así como que tenga que probar más de un tipo de antidepresivo para encontrar uno que funcione. Inclusive, hasta puede tomar algún tiempo encontrar la dosis correcta de un antidepresivo. (Malgor, 2010).

En algunos casos, los antidepresivos pueden llegar a causar conductas o pensamientos suicidas. Riesgo que se acentúa en las primeras semanas del tratamiento y/o cuando se cambia la dosis. Por ello es relevante decirles a los padres y/o tutores cuando el niño y/o adolescente comienza a sentirse peor o tiene pensamientos sobre hacerse daño. Por último, importante no dejar de tomar los antidepresivos, todo lo contrario, se debe trabajar conjuntamente con profesionales tales como el farmacéutico y médico, para disminuir en forma lenta y segura la dosis antes de finalizar. (Malgor, 2010).

Ideación suicida

En cuanto a la ideación suicida, existe evidencia de que estos pensamientos se presentan en población pediátrica; es decir, en menores de 14 años (Viñas et al., 2000; Viñas, Canals, Gras, Ros & Domènech, 2002; Schaffer & Greenberg, 2003; Salvo & Melipillán, 2008; Reinherz et al., 2006; citado en Miranda et al., 2009; Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013); no obstante, serían menos frecuentes y con menor significación clínica, comparada con los adolescentes mayores (Carballo et al., 2010). En distintos estudios se encontraron altos porcentajes de ideación suicida en preadolescentes, población normalmente considerada de bajo riesgo (Miranda et al., 2009), pensamientos que pueden servir como un precursor de los futuros intentos de suicidio en la adolescencia (Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013). Al respecto, Ulloa (1996 citado en Cruz & Roa, 2005) plantea que el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia.

La conducta suicida es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica (Palacios, Barrera, Ordóñez & Peña, 2007; Cabra, Infante & Sossa, 2010; Zelaya, Piris & Migliorisi, 2012). Las investigaciones a modo general, se centran en población consultante con tentativa suicida y el estudio de la conducta suicida en escolares adolescente mayores de 14 años.

En la literatura existe consenso que los factores asociados a la ideación suicida infanto-juvenil son múltiples, donde se interrelacionan factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre ellos, los desórdenes psiquiátricos preexistentes -especialmente el trastorno depresivo y el trastorno disocial, el abuso sexual, la baja autoestima, la disfunción familiar y el bullying-, se identifican como los más relevantes. Al respecto, distintos autores señalan la importancia de los factores familiares en la conducta suicida en este grupo etario (Campo et al., 2003; Melhem et al., 2007; Liu, Sun & Yang, 2008; Bella et al., 2010; Cañon, 2011; Von Dessauer et al., 2011; Zelaya, Piris & Migliorisi, 2012), destacando los antecedentes de intento suicida en los padres, la baja cohesión familiar y las distintas expresiones de maltrato infantil.

Identificar y precisar cómo la ideación suicida, entendida como fenómeno multicausal y dinámico, se manifiesta en la población preadolescente, considerando que se proyecta un aumento en las tasas de mortalidad por suicidio en este grupo etario y lo escasamente estudiado el tema en población pediátrica en América Latina, es la principal fuente de motivación para la presente investigación.

Asimismo, que el suicidio sea una de las principales causas de muerte prevenible (Kaess et al., 2011; Inzunza et al., OPS, 2014), plantea la necesidad de focalizar la atención en estrategias preventivas que reduzcan las conductas autodestructivas que pueden llegar a ser mortales. Al respecto, Pfeffer señala que los profesionales que trabajan con niños/as “están en una situación privilegiada para prevenir y detectar precozmente la conducta suicida en niños. Las ideas de suicidio deben valorarse rutinariamente en niños y adolescentes”. (Pfeffer, 2007; citado en Carballo et al., 2010, p. 395).

La actuación de los adolescentes es diametralmente diferente a cuando eran niños. Toda una etapa de transición cuyos límites no están definidos, tanto así que el niño llega a la adolescencia y desconoce cuánto tiempo dura, ni qué debe o puede hacer aún. Asimismo la sociedad y la familia tampoco definen esta indeterminación, ya que no se espera lo mismo de los niños y/o de los adolescentes, mismos que mantiene una actitud distante y menos afectuosa hacia su familia, que quiere cambiar las normas. Elude las responsabilidades impuestas, mantiene una actitud negativa hacia las personas, y muchas veces hacia sí mismo. Le interesan más los amigos que la familia. Toman sus propias decisiones siguiendo sus criterios. (Sociedad Española, 2009).

Siempre en el anterior orden de ideas, resulta clara la falta de motivación, lo que suele verse reflejado en sus resultados académicos. Asimismo vive sujeto a grandes cambios emocionales, a veces de forma brusca. Esta transición hacia la madurez es más larga y costosa en cada generación por el tipo de sociedad. Viven un periodo único en la vida que los definirá para siempre, un momento irrepetible. Una fase necesaria para llegar a la edad adulta donde se encontrarán como persona y conocerán sus límites y posibilidades. Sin embargo, no todo consiste en la ilusión de afrontar descubrimientos asombrosos, ya que les genera mucha frustración el no poder definir claramente su identidad, o creer que estaba definida y descubrir que no es así. (Sociedad Española, 2009).

Anteriormente, se ha relatado un poco que los adolescentes carecen de afecto, escucha, entre otros y que en oportunidades afectan su salud mental, a tal punto que el suicidio en muchos casos es una escapatoria al problema que vive en sí mismos. Sin embargo, durante ese proceso en un tiempo y espacio determinado cabe la posibilidad que algunos muestren al mundo diferentes expresiones como preocupaciones destructivas, planificaciones de actos fatales y el deseo de muerte. Es así como la ideación suicida consiste en el pensamiento de acabar con la propia existencia, incluso se puede presentar desde las siguientes aristas: la idea suicida sin el planeamiento de la acción, idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, idea suicida con un método específico pero no planificado, por último el más fatídico de todos el plan suicida porque este contempla los deseos de autoeliminación en un lugar determinado y sin previo aviso a ningún familiar o amigo para no ser descubierto y alcanzar su propósito anhelado que es el deseo a morir. (Pérez, 2011)

Grupo etario

Resulta cada vez más necesario que los profesionales de la salud tengan mayores conocimientos de salud del adolescente, responder a la necesidad de una definición operacional (apoyada en la edad como criterio principal), entre otras cosas, que se tiene necesidades específicas dentro de dicha población objetivo. Como punto de partida, sería interesante que estos profesionales conozcan y comprendan el proceso de desarrollo psicosocial que se produce durante la adolescencia, ello pues conduce a la pregunta sobre los límites etarios más apropiados de esta etapa de la vida. (Rodríguez, 2001).

Esto les resultará indispensable en la atención de este grupo etario, pues pese a la diversidad de enfoques, la discusión para establecer la edad de entrada existen razonable consenso en dar prioridad a criterios basados en un enfoque biológico y psicológico, pues el

desarrollo de la función sexual y reproductiva representa una profunda transformación en la dinámica física, biológica y psicológica que pone nitidez entre el adolescente y el niño, tanto para abordar a los adolescentes adecuadamente y realizar con ellos intervenciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación respecto de su salud integral, como para orientar a sus padres en cuanto a cómo apoyarlos para el logro de sus objetivos. (Rodríguez, 2001).

El conocimiento y consideración del grado de desarrollo psicosocial del joven no solo serán importantes para supervisar que su crecimiento y desarrollo se estén dando de manera normal, sino que tendrán una incidencia determinante en los diversos aspectos de su atención, sino que serán los principales signos de estos tiempos, son la institucionalización del cambio y la centralización del conocimiento como motor del progreso. De este dependerán, entre otras cosas, el tipo de lenguaje que se tendrá que utilizar, la sintomatología que podrá relatar, los niveles de confidencialidad a garantizar al joven, factores que colocan a adolescentes y jóvenes en una posición privilegiada para aportar al progreso, pero mientras el despliegue de los actuales estilos de desarrollo exige un aprovechamiento óptimo de los activos que se concentran en ellos, paralelamente, se da la paradoja de que aumenta la exclusión social que los afecta. (CEPAL, 2000).

No obstante, la conciencia de problema y grado de motivación al cambio que podrá esperarse, el nivel de competencia que se le reconocerá para la toma de decisiones respecto de su salud, en qué medida podrá responsabilizarse de las indicaciones y cuánto se deberá involucrar a los padres en el manejo. Por dicha razón, en América Latina se reconoce a la adolescencia como un grupo que desarrolla sus hábitos diferentes para enfrentar problemas peculiares, donde el hecho más destacado es el incremento de la síntesis o producción de hormonas sexuales. Ambos factores colocan a adolescentes y jóvenes en una posición privilegiada para aportar al progreso, pero mientras el despliegue de los actuales estilos de desarrollo exige un aprovechamiento óptimo de los activos que se concentran en ellos, se da la paradoja de que aumenta la exclusión social que los afecta. (CEPAL, 2005).

La adolescencia es un período de la vida que se ha prolongado por el adelanto de la pubertad y el retraso de la madurez psicosocial. Constituye un proceso altamente variable en cuanto a su edad de inicio y término, a la progresión a través de sus etapas y a la sincronía del desarrollo en las distintas áreas, evidenciando también diferencias debidas a otros factores como el sexo, la etnia y el ambiente del individuo. Aún así, el desarrollo psicosocial en este

período presenta características comunes y un patrón progresivo. Una de las tareas del desarrollo de esta etapa de la vida es la búsqueda y consolidación de la identidad en sus diversos aspectos. Otra es el logro de la autonomía psicológica y la independencia financiera, que se alcanzará más temprano o más tarde, dependiendo de la realidad del joven. Este período se caracteriza también por el desarrollo de competencia emocional y social. (Florenzano R., 1996. pp. 31-41).

Los procesos previos se verán facilitados por la aparición del pensamiento abstracto. Durante las diversas fases de la adolescencia el joven irá experimentando una serie de cambios a nivel psicológico, cognitivo, social, sexual y moral que repercuten entre sí y a la vez están influidos por el desarrollo físico (incluyendo el cerebral) , los cuales le permitirán ir logrando progresivamente las tareas antes descritas. La familia se verá sometida a tensiones durante esta etapa, siendo importante que favorezca que el joven consolide una identidad propia y se haga independiente. Si todo ha evolucionado favorablemente, a fines de la adolescencia el individuo estará en buena situación para enfrentar las tareas de la adultez joven. Si no es así, puede presentar problemas en las etapas posteriores del desarrollo. Situación que no pasa desapercibida y cada vez son más los recursos tecnológicos que se le facilitan a los jóvenes para salir adelante, sin embargo el uso racional de esos recursos no es el adecuado y la presión social crece cada día más con el auge de las redes sociales donde la afectación psicológica se vuelve deliberada y continua. (American Academy of Pediatrics; 2008, pp.515-75).

Edad 12-18 años

La adolescencia se puede dividir en tres grandes etapas: adolescencia temprana que por lo general se presenta entre los 12 y 13 años de edad, donde el crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría. Sus pensamientos son lógicos y con una tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar). Egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento. (American Academy of Pediatrics, 2003).

En gran medida influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino.

El auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad. Mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados. Relación de afecto y dependencia con ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos. Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Niñas tienden a tener menos amigas más íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños. (Healthy Children, 2018).

Adolescencia media que va oscilar entre los 14 y 16 años edad, donde la llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal. Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres. Tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres. (American Academy of Pediatrics, 2003).

Depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general. Centrado en sí mismo. Preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar. Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué tendencia a olvidar todo. Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. (American Academy of Pediatrics, 2003).

Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando. Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas. (Healthy Children, 2018).

Por último, la adolescencia tardía entre los 17 y 21 años de edad, donde Mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y

durante esta etapa llega a su altura y peso de adulto. Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social. Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria. (American Academy of Pediatrics, 2003)

Es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones. Niñas con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión. Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia. Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo. (Healthy Children, 2018).

Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente. Igualmente durante esos años aparte del crecimiento fisiológico normal, existen factores claves como el desarrollo intelectual, emocional y social que juegan un papel fundamental en la vida de cada uno de ellos formando su propia identidad y preparándose para entrar en la siguiente etapa que es la edad adulta. (American Academy of Pediatrics, 2003).

En cuanto al desarrollo intelectual al inicio de la adolescencia solo contemplan la separación de lo bueno-malo, genial-terrible y atienden muy poco a las consecuencias a largo plazo de cada una de las decisiones tomadas, sin embargo al final de su etapa comprenden que deben proyectar su futuro y lo único que les falta es la experiencia de vida. Por otra parte en el ámbito emocional destacan la afirmación y reafirmación de su independencia, situación que hace que relativamente se distancie de sus padres y se acerquen más a sus amigos, pero sin olvidar que en ciertos momentos se sienten confundidos, indecisos, inseguros y anhelan la

atención de sus familiares lo que les genera una contradicción de sus propias decisiones. Por último el desarrollo social, el cual es muy importante y el sentimiento de pertenencia a un grupo determinado se convierte en una necesidad. (Psicología Juvenil, 2008).

Procedencia América Latina

Los adolescentes y jóvenes de la investigación comparten una procedencia que es América Latina, espacio que clara y contundente posee problemas marcados. En primera instancia, resaltar la problemática situación en la que crecen y maduran los adolescentes en América Latina, sobre todo los que pertenecen a hogares de escasos recursos, visible en las persistentes dificultades en lo que atañe al acceso equitativo a una educación de calidad, en los agudos problemas ligados al trabajo infantil y adolescente, en las evidentes complicaciones que surgen en el plano de su salud (especialmente la reproductiva, así como la ideación suicida y suicidios), y en los preocupantes nexos que existen entre adolescentes y violencia. En ese contexto, importa destacar los manifiestos esfuerzos que los gobiernos de la región han estado desplegando para enfrentar decididamente tal situación y, al mismo tiempo, las asignaturas todavía pendientes. (Susana Carena, María Magdalena Pisano, Adriana Tensio Conca. Revista, 2009. pp. 1-29).

En segundo lugar, y dadas las ostensibles oportunidades que proporciona la actual etapa de la transición demográfica en América Latina, se tiende a la formulación de un conjunto de propuestas y recomendaciones en términos de prioridades para la acción, tomando como horizonte temporal las casi dos décadas del siglo XXI, especialmente en lo atinente a los desafíos en el plano de la educación, planes de acción y capacitación para niños y adolescentes, así como a los responsables del sector salud, en primer y segundo nivel sobre salud mental, la inserción laboral y social, la salud reproductiva, y sobre todo, la violencia. Se trata, por tanto, de un conjunto integrado de políticas públicas sectoriales, que es preciso abordar articulada y dinámicamente en procura de lograr más y mejores resultados en la población destinataria. (Rodríguez E, 2001).

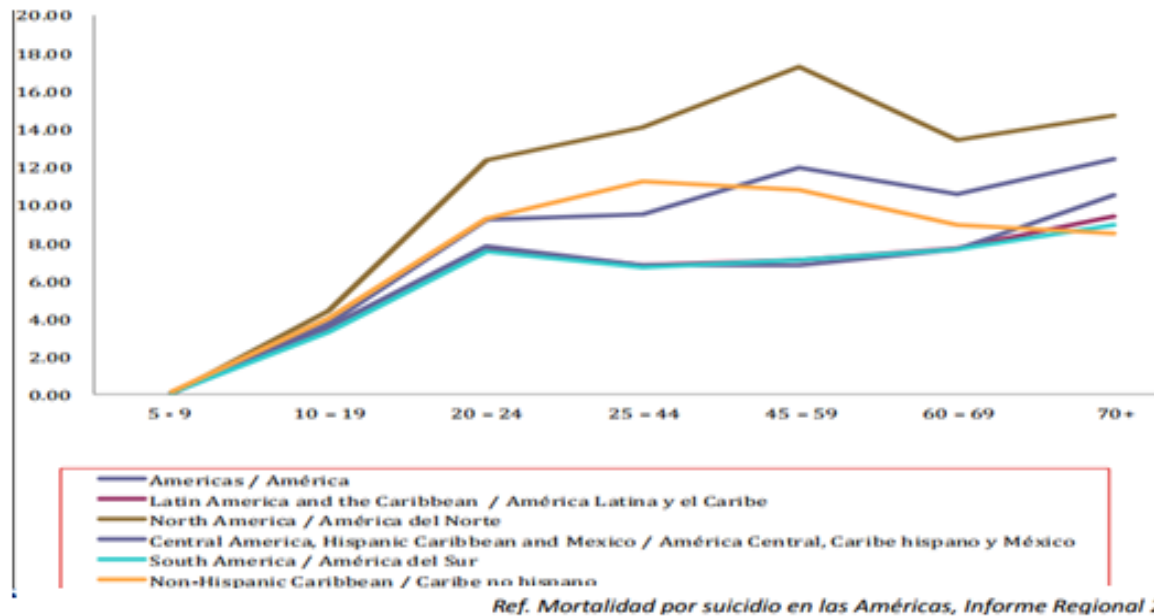
En tercer lugar, y a la luz de los desafíos y prioridades que tiene este grupo, formular otro conjunto articulado de proposiciones, esta vez específicamente centradas en el terreno estratégico y de la gestión y con vistas a mejorar sustancialmente la eficacia, eficiencia y pertinencia de las acciones que se emprendan. En este sentido, en el marco de los procesos de reforma del Estado en marcha actualmente sería importante considerar a los adolescentes y jóvenes de la región como actores estratégicos del desarrollo, fomentando su más amplia y

efectiva participación en la construcción de sociedades más equitativas y democráticas, al mismo tiempo que se plantean diversas medidas tendientes a procurar una más resuelta concertación de esfuerzos interinstitucionales, con una clara distribución de roles y funciones y sobre la base de la modernización y el fortalecimiento de las instituciones, para que puedan cumplir cabalmente sus misiones. (Pérez, José 2002).

En definitiva, dicha procedencia americalatinista requiere incorporar decididamente a las políticas públicas el desarrollo de una real perspectiva generacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y salud mental de niños, adolescentes y jóvenes que además pueda ser aplicable a otros grupos etarios y en cuyo marco cada sector cuente con las mejores y más amplias oportunidades para incorporarse plenamente al ejercicio de sus derechos ciudadanos. Esto supone cambiar el enfoque predominante en el último medio siglo, caracterizado por políticas sectoriales desplegadas con pretensiones de universalidad que, en los hechos, no lograron atender adecuadamente a amplios sectores de la población latinoamericana afectados por agudos cuadros de pobreza, indigencia y de salud. (Rodríguez, E., 2001).

Combinando estrategias de logros mínimos universales, focalización y descentralización, y corrigiendo las limitaciones y los problemas constatados en la experiencia de la última década, con esta perspectiva “generacional” se podría alcanzar resultados más amplios y efectivos en la población y una colaboración con los procesos de reforma del Estado y de modernización de la gestión pública actualmente en marcha. El supuesto básico que guía a todos los países pertenecientes a esta latitud se reflejan datos de ideación suicida tanto como para intentos y autoeliminaciones consumadas en zonas marginales donde la pobreza extrema es el principal factor para tomar este tipo de decisiones, sin dejar de lado que otro factor relevante es la presión social que existe sobre muchos de adolescentes y jóvenes de América Latina. (Rodríguez, E. 2001).

Figura 3. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad, en las subregiones en las Américas, ambos sexos 2005-2009



Nota: Organización Panamericana de la Salud, 2010.

Grupo Terapéutico (Antidepresivos)

En el apartado de farmacología de la depresión se mencionaron los distintos tratamientos que existen hasta la actualidad para combatir dicha enfermedad, sin embargo en esta investigación el énfasis requerido son los antidepresivos, los cuales son medicamentos para tratar la depresión, mismos que actúan ayudando a equilibrar determinadas sustancias químicas en el cerebro. Son medicamentos que pueden hacer que los síntomas mejoren o se eliminen por completo. Aunado a ello, destacar la existencia de varias clases de antidepresivos y la inexistencia de evidencia de que uno dé mejores resultados que otro, de lo que si se tiene certeza, es que los efectos secundarios son diferentes y no cambian la personalidad del paciente, sino que ayudan a aliviar sus síntomas. Por último, uno de los elementos más importantes es que el o la paciente, no debe sentirse avergonzado por tomar antidepresivos, la depresión es un problema de salud, no es un defecto ni una debilidad del carácter. (Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists, 2007).

Dentro de esta gran familia terapéutica que son los antidepresivos, mismos que se divide en cuatro tipos: (Asociación Psiquiátrica Mexicana; 2007; pp. 5-9).

- ISRSs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina)
- IRSNs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina)
- Tricíclicos
- IMAOs (Inhibidores de la Monoaminoxidasa)

Para los efectos de la presente investigación se desarrollaran los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos, los primeros debido a que son aquellos que presentan menores efectos adversos para el paciente y los segundos porque son los más antiguos en el mercado farmacológico; sin embargo la investigación permite comparar la capacidad de cada uno de estos grandes grupos terapéuticos para reducir o aumentar el riesgo de ideación suicida en el paciente.

Inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS)

Los antidepresivos ISRS han desplazado a los antidepresivos tricíclicos como tratamiento del trastorno depresivo mayor y del trastorno de angustia. En este tiempo constituyen el tratamiento farmacológico de primera elección tanto del trastorno obsesivo-compulsivo como del trastorno por estrés postraumático. Los ISRS también han resultado útiles en el tratamiento tradicional de la fobia social con betas bloqueadores, IMAOs y clonazepam ha sido reemplazado por los antidepresivos ISRS. Los trastornos de la alimentación también se benefician; en la bulimia, por ejemplo, disminuyen la frecuencia de comilonas. También se han utilizado exitosamente como tratamiento continuo o intermitente de la tensión premenstrual y como coadyuvante del tratamiento psicoterapéutico del trastorno límite de personalidad. (Tamosiunas, 2016).

En la actualidad cada uno de los antidepresivos pertenecientes a este grupo tiene un perfil ligeramente diferente con actividad clínica y efectos secundarios distintos e interacciones farmacológicas particulares. Además tiene en común su seguridad, incluso en sobredosis, y puede administrarse desde el principio a dosis terapéuticas. Sus indicaciones son diversas y usualmente es aprobado el uso de los ISRS para tratar de los siguientes trastornos: (Chavez–León E, 2007)

- Depresión mayor y distimia: Todos los antidepresivos ISRS, excepto la fluvoxamina.
- Trastorno de angustia: Fluoxetina, paroxetina y sertralina.

- Trastorno de ansiedad generalizada: Escitalopram y paroxetina.
- Trastorno obsesivo–compulsivo: Todos los ISRS, excepto el citalopram y el escitalopram.
- Fobia social: Paroxetina y sertralina.
- Trastorno por estrés postraumático: Paroxetina y sertralina.
- Bulimia: fluoxetina.
- Trastorno disfórico premenstrual: Fluoxetina, paroxetina y sertralina.

Este grupo terapéutico de antidepresivos son ampliamente utilizados en la práctica clínica y han desplazado a otros durante las últimas décadas debido a su disminución de efectos adversos en los pacientes que requieren del tratamiento, sin embargo en los últimos años el debate sobre el aumento de número de suicidios vinculados al uso de ISRS arroja resultados dispares en las conclusiones obtenidas. Para obtener ese tipo de conclusiones se debería incluir todos los factores biológicos, psicológicos y sociales que impactan para concretar un acto suicida, debido a que se considera un hecho multifactorial y de ninguna manera es atribuible a una causa aislada o específica. (Tamosiunas, 2016).

Por tal motivo, recomienda al iniciar tratamiento en general y en los jóvenes en particular comenzar con mitad de dosis, programar citas subsecuentes semanales por lo menos por 6 semanas consecutivas, recomendar y facilitar el contacto telefónico por parte de paciente y familiares, es determinante el seguimiento luego de entregar el fármaco al paciente, al punto que dicho seguimiento debe ser estrictamente controlado. Importante no prescribir otros fármacos en grandes cantidades por ejemplo de benzodicepinas, desestimular el uso de alcohol y otras sustancias psico-estimulantes, evaluar en cada ocasión comportamiento o ideación suicida o automutilatoria, documentar tratamiento y considerar psicoterapia y hospitalización en caso de aparición de ideación suicida, ya que se estaría incrementado el riesgo de ideación suicida que puede llegar a tener el paciente. (Revista Uruguaya de Medicina Interna 2011. pp 86-96)

El mecanismo de acción de los ISRS, considerado tres sistemas: el sistema serotoninérgico, las hormonas sexuales y también al factor de crecimiento neuronal derivado del cerebro .La hipótesis serotoninérgica de la depresión propone que en este padecimiento la actividad de la serotonina es menor a la normal debido a causas genéticas. La inhibición de la recaptura del neurotransmisor serotonina (5-HT o hidroxitriptamina) en el nivel de los receptores serotoninérgicos presinápticos 1A, 2C y 3C (5HT1A, 5HT2C y 5HT3C) aumenta

la neurotransmisión de este sistema, lo que da por resultado el efecto antidepresivo. El periodo de tiempo que transcurre entre la administración de los antidepresivos y la mejoría clínica, de alrededor de 2 a 3 semanas, se debe al parecer a que la activación inicial de los autorreceptores 5-HT_{1A} de las neuronas serotoninérgicas presinápticas, cuya función es inhibitoria, atenúa la liberación de serotonina por las neuronas. (Biol Psychiatry 1998;44:77–87).

Deben transcurrir varias semanas para que estos autorreceptores se desensibilicen, y permitan entonces el incremento en la neurotransmisión responsable de la mejoría clínica. Los receptores 5-HT₂ acoplados a la proteína G inducen una cascada de efectos bioquímicos que producen efectos celulares diversos. Estos receptores aumentan su sensibilidad (upregulation) cuando se exponen a antagonistas serotoninérgicos y disminuyen su sensibilidad (downregulation) con la exposición a los agonistas. El tratamiento crónico con algunos antidepresivos ISRS ocasiona su regulación hacia abajo, lo que coincide con la aparición de la respuesta antidepresiva. (Ann Emerg Med, 1999;33:457–459).

Las observaciones realizadas en la depresión atípica han permitido proponer la influencia de las hormonas sexuales en las manifestaciones de la depresión y en la actividad de los receptores serotoninérgicos. Por ejemplo, las características atípicas de los cuadros depresivos desaparecen con la menopausia, lo que sugiere que las hormonas sexuales influyen en los síntomas depresivos. Por otro lado, la hiperfagia y la hipersomnia son reguladas por el receptor 5-HT_{2C}. Esta relación también está presente en la fisiopatología de la tensión premenstrual. Por ejemplo, la irritabilidad, el ánimo deprimido, el aumento del apetito y el aumento de peso, las alteraciones de sueño y la labilidad emocional), ocurren en la fase lútea del ciclo menstrual cuando la progesterona y los estrógenos alcanzan sus niveles séricos más altos. El efecto serotoninérgico agudo de los antidepresivos ISRS controla inmediatamente los síntomas de la tensión premenstrual y no requiere un periodo de latencia como ocurre en el tratamiento de la depresión. (Arch Intern Med, 2007;167:188–194).

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) es un péptido neurotrófico crítico para la supervivencia neuronal, el crecimiento axonal y la plasticidad cerebral. Sus niveles se modifican en función del estrés y, por lo mismo, de los niveles de cortisol. Se ha confirmado que, aun durante la eutimia, los pacientes deprimidos tienen niveles bajos de este neuropéptido, al igual que los pacientes con trastorno bipolar I y II. El tratamiento con

antidepresivos y con terapia electroconvulsiva aumenta el nivel del BDNF y de otros factores neurotróficos. (Gill M, Lovecchio F, Selden B, 1999).

Antidepresores tricíclicos

Este segundo grupo terapéutico es el más antiguo en el mundo farmacológico aunque poco a poco el consumo de los mismos ha ido disminuyendo debido a varios estudios de tipo meta-análisis que comprueban que es mayor la eficacia de algunos otros grupos terapéuticos e incluso señalan que son mayores las reacciones adversas en los pacientes que son tratados con antidepresivos tricíclicos. Asimismo muchos profesionales en salud, entiéndase médicos psiquiatras siguen confiando en la eficacia y seguridad de los mismos debido a las reacciones positivas de algunos pacientes al tratamiento. (Gill M, Lovecchio F, Selden B, 2010).

Se debe considerar que con cualquier tratamiento de antidepresivos, es enteramente posible, el riesgo de ideación suicida y autoeliminación, sin embargo antes de atribuir un poder suicidio-génico a los antidepresivos, se debe tener en cuenta los factores anteriormente mencionados, así como también la condición clínica previa y actual del paciente (falta absoluta de respuesta, respuesta parcial, remisión, recaída, entre otros), fracaso en la adherencia, discontinuación del tratamiento recomendado, uso de alcohol y sustancias ilícitas, incluso parámetros farmacocinéticos como una excesiva metabolización e insuficiente nivel sérico del antidepresivo que le prescriben y por último el tiempo que se va a transcurrir desde el inicio del tratamiento y las primeras apariciones de ideación suicida o del acto agresivo.(Silva, 2007).

Fisiología y Bioquímica de la Depresión

Como se ha explicado anteriormente la depresión es una enfermedad muy compleja de gravedad muy variable, sin embargo existen factores genéticos donde las formas más graves de trastorno depresivo son más marcadas. Otros factores importantes son las alteraciones de neurotransmisores donde la evidencia que existe son los niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, las cuales son importantes para intentar explicar la fisiología y bioquímica de la depresión. En otras palabras, toda persona tiene en su cerebro una sustancia llamada serotonina. Las personas que están deprimidas o tienen trastorno obsesivo-compulsivo o bulimia nerviosa tienen menores niveles de serotonina que otras. Por tal motivo, la idea es aumentar los niveles de serotonina en el cerebro, de tal

manera, el tratamiento de estas afecciones ayudará a que se mejore. Si no se trata, la enfermedad no puede desaparecer y puede ser más grave y más difícil de tratar. Puede que tenga que ser tratado durante unas pocas semanas o meses para asegurarse de que está libre de síntoma. (Guadarrama, 2009).

Si el paciente se encuentra deprimido y/o presenta un trastorno de ansiedad, puede tener a veces pensamientos de autolesión o de suicidio. Esto puede incrementarse al comenzar a tomar antidepresivos, ya que todos estos medicamentos necesitan un tiempo para comenzar a hacer efecto, normalmente alrededor de cuatro semanas o más. Del mismo modo, la información de ensayos clínicos ha mostrado un riesgo incrementado de comportamientos suicidas en adultos menores de 25 años con enfermedades psiquiátricas, que fueron tratados con antidepresivos. Asimismo, los pacientes menores de 18 años tienen un mayor riesgo de efectos adversos como intentos de suicidio, ideas de suicidio y hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) cuando toman esta clase de medicamentos.(Guadarrama, 2009).

Los trastornos depresivos afectan del 5 al 10% de la población general y tienden a incrementarse debido a los factores estresantes ambientales y a los problemas socioeconómicos actuales. Sin embargo, la fisiopatología subyacente es solo parcialmente conocida. Los tratamientos farmacológicos utilizados en el control de los trastornos depresivos son efectivos y del estudio de sus acciones es posible obtener indicadores relativos de las alteraciones que originan dichos trastornos depresivos. (Revista Colombiana Psiquiatría 2000; 24:321-44).

Serotonina

La serotonina es una sustancia química que tiene una amplia variedad de funciones en el cuerpo humano. A veces se le llama el químico feliz, porque contribuye al bienestar y la felicidad. El nombre científico de la serotonina es 5-hidroxitriptamina o 5-HT. Se encuentra principalmente en el cerebro, los intestinos y las plaquetas de la sangre. La serotonina se usa para transmitir mensajes entre las células nerviosas, se piensa que se activa para contraer músculos lisos y contribuye al bienestar y la felicidad, entre otras cosas. Como precursor de la melatonina, ayuda a regular los ciclos de sueño-vigilia del cuerpo y el reloj interno. Se cree que desempeña un papel importante en el apetito, las emociones, así como en las funciones motoras, cognitivas y autonómicas. Sin embargo, no se sabe exactamente si la serotonina los afecta directamente o si tiene un papel general en la coordinación del sistema nervioso.

Asimismo parece jugar un papel clave en equilibrar el estado de ánimo y los niveles bajos de serotonina se han relacionado con la depresión. (Universidad Santiago de Compostela; 2010 pp 240-253).

Queda claro entonces, que la serotonina es un importante químico y neurotransmisor en el cuerpo humano, pues este ayuda a regular el estado de ánimo, el comportamiento social, el apetito, la digestión, el sueño, la memoria, el deseo y la función sexual y puede haber un vínculo entre la serotonina y la depresión. Si es así, no está claro si los niveles bajos de serotonina contribuyen a la depresión, o si esta provoca la disminución de los mismos. Los medicamentos que alteran los niveles de serotonina se usan para tratar la depresión, las náuseas y la migraña, y pueden tener un papel en la obesidad y la enfermedad de Parkinson. Otras formas de aumentar los niveles de serotonina en el cuerpo pueden incluir la inducción del estado de ánimo, la luz, el ejercicio y la dieta.(Zhang H-M, 2014 pp13-46).

La serotonina se crea mediante un proceso de conversión bioquímica que combina triptófano, un componente de las proteínas, con triptófano hidroxilasa, un reactor químico. Juntos, forman 5-hidroxitriptamina (5-HT) o serotonina. Se cree que la serotonina es un neurotransmisor, aunque algunos lo consideran una hormona. Se produce en los intestinos y en el cerebro. También está presente en las plaquetas de la sangre y en el sistema nervioso central (SNC). Como la encontramos por todo el cuerpo, se cree que influye en una variedad de funciones corporales y psicológicas. La serotonina no puede cruzar la barrera hematoencefálica, por lo que cualquier serotonina que se use dentro del cerebro debe producirse dentro del mismo. (Valiñas, 2010).

Como neurotransmisor, la serotonina transmite señales entre las células nerviosas o neuronas para regular la intensidad. Se cree que desempeña un papel clave en el sistema nervioso central (SNC) y en el funcionamiento general del cuerpo y, especialmente, en el tracto gastrointestinal (GI). Los estudios han encontrado vínculos entre la serotonina y el metabolismo óseo, la producción de leche materna, la regeneración del hígado y la división celular. La serotonina influye en la mayoría de las células cerebrales tanto directa como indirectamente. La mayor parte de la serotonina del cuerpo se encuentra en el tracto gastrointestinal, donde regula la función intestinal y los movimientos. También desempeña un papel en la reducción del apetito al comer. En el cerebro, la serotonina afecta los niveles de humor, ansiedad y felicidad. (Gill M, Lovecchio F, Selden B, 2010).

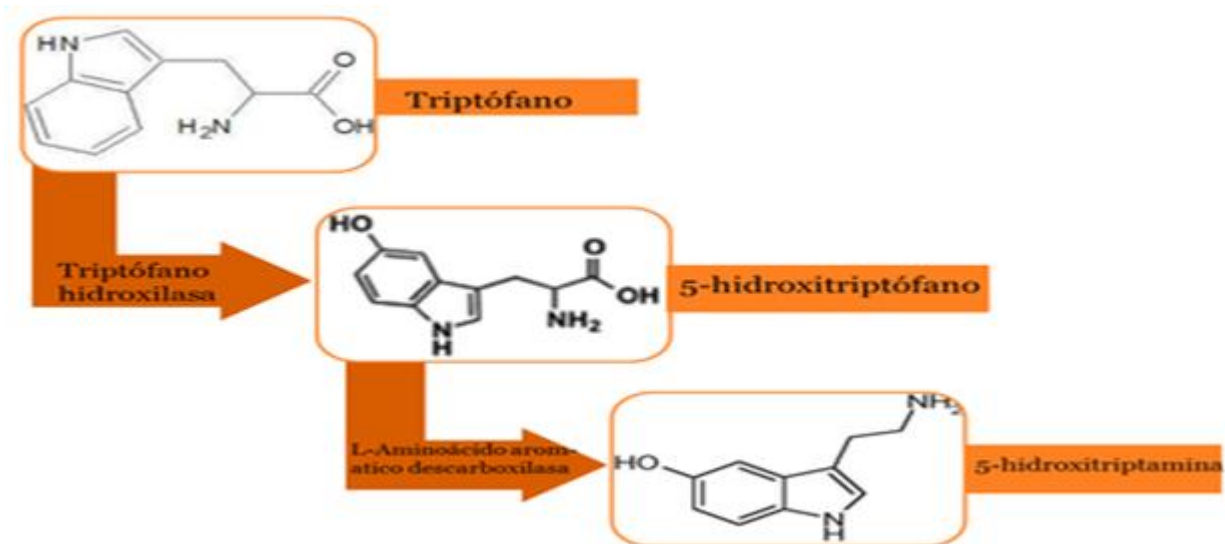
Las drogas ilegales que alteran el estado de ánimo, como el éxtasis y el LSD, causan un aumento significativo en los niveles de serotonina. La serotonina contribuye a la formación de coágulos en la sangre, las plaquetas son las encargadas de liberarlos cuando hay una herida. La vasoconstricción resultante o, el estrechamiento de los vasos sanguíneos, reduce el flujo sanguíneo y ayuda a que se formen coágulos. Si la persona come algo que es tóxico o irritante, el intestino produce más serotonina para aumentar el tiempo de tránsito y expulsar los agentes irritantes en la diarrea. Esto estimula el área en el cerebro que provoca las náuseas, haciendo que el individuo sienta asco o arcadas. La serotonina parece inhibir la actividad sexual. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) aumentan los niveles de serotonina en personas con depresión, pero entre el 20 y el 70 por ciento de las personas que los toman experimentan una variedad de síntomas relacionados con la disfunción sexual. (Zhang H-M, 2014).

No está claro exactamente cuáles son las causas de la depresión, pero ha surgido una teoría clave en los últimos 50 años por la que se cree que puede implicar un desequilibrio de neurotransmisores u hormonas en el cuerpo. Se ha relacionado a la depresión con niveles bajos de serotonina, pero los resultados no están claros y no se sabe a ciencia cierta si esto contribuye a la depresión. Los medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina (MIRS) están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para tratar la depresión. Son los antidepresivos más recetados. Algunos ejemplos incluyen fluoxetina (Prozac), citalopram (Celexa) y sertralina (Zoloft). Normalmente, una vez que un neurotransmisor ha transmitido su impulso neural se reabsorbe en el cuerpo. Los MIRS evitan que la serotonina se vuelva a absorber, lo que provoca un aumento en los niveles de serotonina durante las sinapsis. Sin embargo, ahora los científicos están cuestionando el papel de la serotonina o cualquier neurotransmisor en la activación de la depresión. (Valiñas, 2010).

Se ha relacionado a los niveles bajos de serotonina con: mala memoria, bajo estado de ánimo. También pueden provocar los siguientes síntomas: antojo de alimentos dulces o ricos en almidón, dificultad para dormir, baja autoestima, ansiedad, agresión. Estos son síntomas frecuentes de la depresión, pero parece haber poca evidencia que los vincule directamente con los niveles bajos de serotonina. También es posible que solo les afecte a las personas que ya son susceptibles a los síntomas de la depresión. Cuando las personas consumen drogas recreativas, como el MDMA (metilendioximetanfetamina) y el éxtasis, se liberan grandes cantidades de serotonina. Esto puede provocar el agotamiento de la misma, un estado de

ánimo bajo, confusión y otros síntomas que duran varios días. Algunos estudios también han demostrado que estos medicamentos también pueden dañar los nervios que contienen serotonina, con posibles efectos adversos de larga duración. (Zhang H-M, 2014) En la figura se puede encontrar la síntesis de la serotonina.

Figura 4. Síntesis de la serotonina



Nota: Citlali, T. & Cercós, M., 2012.

Al conocer que la serotonina es un neurotransmisor clave en la regulación de estados de ánimo debido a que afecta el humor, la ansiedad y la felicidad del ser humano, incluso su función es transmitir señales entre las células nerviosas o neuronas para regular la intensidad. Aunque se desconocen exactamente las causas de la depresión, en los últimos años se ha desarrollado una teoría donde se afirma que la enfermedad puede implicar un desequilibrio de neurotransmisores u hormonas en el cuerpo. Es así como se ha vinculado la enfermedad de la depresión con niveles bajos de captación de serotonina. Incluso algunos síntomas presentes en la deficiencia de serotonina son: mala memoria, bajo estado de ánimo, dificultad para dormir, ansiedad, baja autoestima, ansiedad, agresión, entre otros. (McIntosh, 2018).

Niveles de inhibición de serotonina

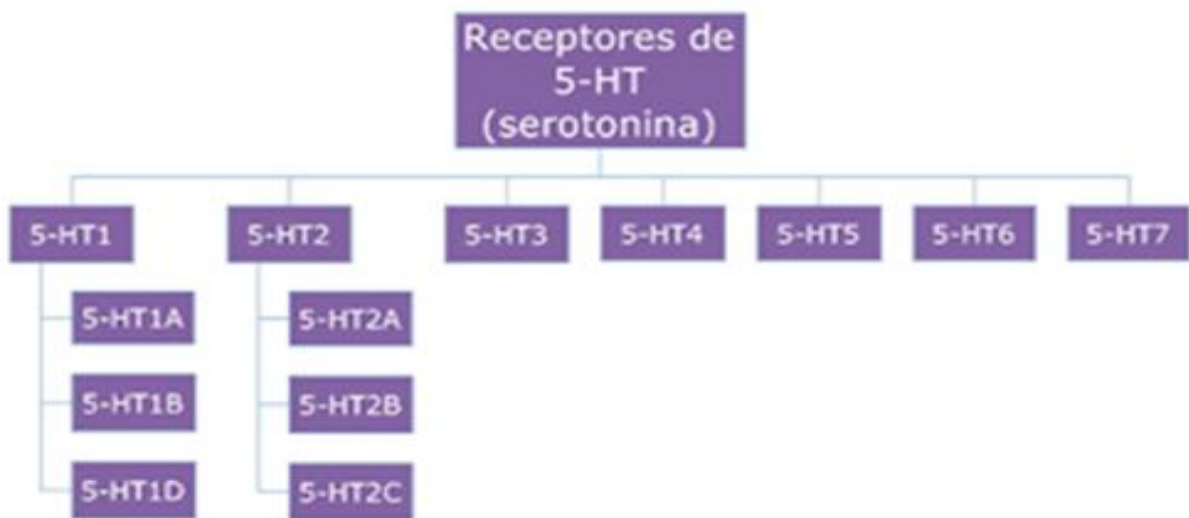
En los últimos años se ha implementado como una epidemia los bajos niveles de serotonina en el ser humano y es que la alimentación sumada al estrés cotidiano actualmente son los responsables de un déficit del neurotransmisor que garantiza una serie de varias descritas anteriormente y en especial el equilibrio en el ánimo de la persona, resultando como

consecuencias la compulsión, obesidad, depresión y ansiedad. Por esta razón, es que los fármacos “ahorradores de serotonina”; es decir los inhibidores de recaptación de serotonina, mismos que se usan para tratar la depresión. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina desaceleran el proceso por el cual las células nerviosas que elaboran la serotonina (sustancias que usan los nervios para enviarse mensajes de uno a otro) la vuelven a usar. Esto aumenta la cantidad de serotonina disponible para estimular otros nervios, fármacos que fueron lanzados en los años 90, donde la experiencia con ellos es que funcionan por un tiempo limitado acumulando la serotonina en el cerebro y mejorando la compulsión por los hidratos de carbono, la depresión y los ataques de pánico.(Infobae,2012)

Receptores 5HT

Las bases farmacológicas y bioquímicas indican que los receptores de serotonina se clasifican en los siguientes siete grupos principales descritos en la figura:

Figura 5. Receptores de serotonina



Nota: Instituto de Psicofarmacología, 2012.

Asimismo, los fármacos que actúan sobre la transmisión serotoninérgica son los que aparecen en la siguiente figura:

Figura 6. Farmacología de la serotonina



Nota: Instituto de Psicofarmacología, 2012.

El anterior esquema muestra cómo la transmisión mediada por serotonina puede modificarse al nivel presináptico mediante la inhibición de su degradación, almacenamiento o recaptación.

Mecanismo de acción receptores 5HT

Los receptores postsinápticos 5-HT_{1A} se encuentran en aquellas regiones del cerebro implicadas en el control del estado de ánimo, cognición y memoria. Se ha postulado que estos receptores podría ser un blanco útil en el tratamiento de algunos trastornos psiquiátricos. El efecto de las moléculas que actúan sobre los receptores 5-HT_{1A} parece variar con la localización del receptor, posiblemente debido a una diferencia en la reserva regional del receptor. Es por lo tanto crucial lograr el balance adecuado en el agonismo de ambos receptores 5-HT_{1A}, pre y post sinápticos, para obtener el efecto deseado. (Guzmán 2011). Por dicha razón, en los últimos años se han desarrollado ideas de fármacos que actúen propiamente en el receptor sin alterar ningún otro grupo principal de los siete anteriormente mencionados.

Reacción de los receptores 5HT

La farmacodinamia y farmacología de la serotonina solo se explica si se acepta la existencia de distintos tipos de receptores en diversos tejidos. Sin embargo, como se menciona anteriormente en la figura 6 farmacología de la serotonina existen varios receptores

de serotonina, pero en esta enfermedad se especifica al receptor 5HT1, receptor que se localiza principalmente en el cerebro, subdividiendo su función de su distribución en el tejido nervioso y su especificidad farmacológica. Son receptores inhibidores presinápticos. Asimismo en la subdivisión se encuentra que específicamente los receptores 5HT1A, mismos que están relacionados con el humor, la conducta, la regulación del ciclo circadiano y los circuitos neuronales relacionados con el aprendizaje; donde los polimorfismo de este receptor ocurren con mayor frecuencia y susceptibilidad con conductas de abuso (López, 2018)

Fisiopatología de la depresión

Según Bellver, 2009,

La fisiopatología de la depresión se basa en diferencias en estructuras cerebrales como por ejemplo el tamaño de la amígdala, del hipocampo o de la corteza prefrontal. Asimismo, se han encontrado cambios en el tamaño neuronal, densidad de las glías y en el metabolismo. Se ha documentado también el papel de las monoaminas o de otros neurotransmisores y también se han ofrecido diversas teorías sobre su génesis o explicación. (pp. 18-19).

En ese sentido, lleva a recordar el papel fundamental de un neurotransmisor como la serotonina.

Etiología de la depresión

Aunque la causa exacta de esta enfermedad actualmente sigue siendo desconocida, ciertos factores como: diferencias biológicas, la química del cerebro (neurotransmisores) , el equilibrio hormonal y los rasgos hereditarios desencadenan la aparición de la enfermedad en muchas personas, sin dejar de lado que existen factores de riesgo que facilitan que la persona muestre síntomas de depresión, tales como: la baja autoestima, situaciones traumáticas o estresantes, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias ilícitas, preferencias sexuales, el uso irracional de las redes sociales y el acoso físico o psicológico de forma continua por parte de un grupo específico a un ser humano. (MayoClinic, 2018).

Genética

En las últimas décadas se han seguido varias estrategias principales para conocer los genes involucrados en el origen de la depresión, dos de ellas específicamente son los estudios de ligamiento y los estudios de asociación, para ambos casos los investigadores trabajan sobre muestras de DNA de los pacientes y de controles examinando zonas conocidas del genoma que tienen la cualidad de no ser siempre idénticas entre los individuos; es decir, zonas polimórficas. Aunque estos estudios genéticos han permitido aclarar el panorama acerca de las causas genéticas, todavía se está lejos de establecer cuáles son las bases moleculares que son afectadas en los pacientes, pero ciertamente el grado de variabilidad genética en genes del sistema serotoninérgico se asocian al riesgo de la enfermedad y algunos aspectos clínicos. (Fañanás, 2002).

Otras Causas

Aparte de la genética, el equilibrio hormonal y la afectación en el sistema serotoninérgico, existen otra serie de causas, pero antes de denominar a cada una de ellas causa se debe considerar que son factores de riesgo que afectan la psicología emocional de cualquier individuo y es que en América Latina los problemas socioeconómicos y las comunidades marginales se incrementan cada vez más, entonces los adolescentes crecen en un mundo de pobreza extrema y violencia diariamente, donde las soluciones que le ofrece la presión social son vivir para siempre enfrentándose con decidir que es bueno-malo y la otra salir adelante desde la zona que le tocó nacer, sin dejar de lado que esa etapa de la adolescencia genera cambios radicales y no siempre toman las mejores decisiones para el futuro.(Fañanás, 2002).

Tratamiento de la depresión

El tratamiento farmacológico (consumo de antidepresivos) es una estrategia efectiva para el paciente. Para seleccionar un medicamento específico va depender de ciertos factores como: la respuesta previa positiva o negativa, los antecedentes familiares en primer grado que respondieron de forma positiva al medicamento, las enfermedades concurrentes posibles que puedan interferir con el consumo del fármaco, el consumo concurrente de otros medicamentos no psicofármacos que pueden alterar el metabolismo o aumenten las reacciones adversas, la probabilidad de adherencia, la preferencia del paciente y el costo. (Porth, 2014)

Es por esa razón que en las últimas décadas identificar el tratamiento más efectivo para la depresión ha sido el objetivo de muchas investigaciones analizando los efectos de los fármacos antidepresivos de los tratamientos psicológicos, o bien la combinación de los mismos, donde los meta-análisis en los que se hacen la comparación de los tratamientos anteriormente mencionados destacan y coinciden en que se muestran resultados similares a corto plazo, sin embargo los tratamientos combinados presentan mejores resultados a largo plazo evitando las recaídas. (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008).

Grupos terapéuticos

Como se menciona anteriormente existen una serie de grupos terapéuticos de antidepresivos que se utilizan para tratar la enfermedad de la depresión tales como: tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, atípicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa, pero los autores descritos durante muchos de los apartados de este capítulo comparten que para cada uno de los pacientes existe un tratamiento diferente según sus síntomas mostrados, pero para la investigación son objeto de estudio de comparación los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina versus los antidepresivos tricíclicos. (López, 2018)

Comparabilidad de los grupos terapéuticos

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), una clase de antidepresivos (por ejemplo: sertralina, citalopram, escitalopram) facilitan una alta especificidad al bloquear la recaptación de serotonina sin el antagonismo de los receptores del neurotransmisor o efectos cardiacos directos. Debido a esas razones, estos fármacos siguen siendo una opción atractiva para el tratamiento de la enfermedad, La dosificación de los mismos suele ser de una vez al día, lo que le facilita al paciente la administración del mismo. (Porth, 2014). Mientras que los antidepresivos tricíclicos resultan ser los más antiguos en el mercado farmacológico con resultados positivos en muchos pacientes que utiliza el tratamiento.

Asimismo, al comparar ambos grupos terapéuticos se encuentra que son menos mortales en sobredosis los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina que los antidepresivos tricíclicos, una destacada consideración debido a las elevadas tasas de suicidio en pacientes que presentan la enfermedad. Por otra parte, los efectos secundarios anticolinérgicos y cardiovasculares que son de aparición muy continua en los pacientes que

utilizan un tratamiento con los antidepresivos tricíclicos (por ejemplo: nortriptilina, desipramina, amitriptilina) se vuelven mínimos con la utilización de los ISRS. (Porth, 2014)

Riesgo de incidencia de intentos y suicidios

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo en la incidencia de intentos y suicidios es de gran importancia debido a que el nivel de riesgo aumenta de forma proporcional al número de factores presentes en la conducta del individuo. Las estimaciones de estos riesgos concurren de manera particular y diferente en cada persona en un momento determinado de su vida, en este caso la etapa adolescente donde se presentan eventos estresantes y de ansiedad específicos. Incluso estos factores de riesgos se pueden clasificar en modificables e inmodificables, donde los primeros se asocian a elementos sociales, psicológicos y psicopatológicos, mientras que los otros se relacionan al grupo social al que pertenece al individuo. (De Maat et al., 2006).

Las ideas suicidas son preocupaciones con la muerte que suelen ser intrusivas e indicativas de la presencia de una enfermedad mental. Este tipo de pensamientos inadaptados generalmente ocurren en respuesta al estrés y a la capacidad que tiene una persona de lidiar eficazmente con dicho estrés. La severidad de las ideas suicidas puede variar desde pensamientos fugaces sobre la muerte hasta planes detallados sobre cómo quitarse la vida. La presencia de estos pensamientos no infiere explícitamente que la persona intentará suicidarse. Sin embargo, si la persona lucha con estas ideas suicidas durante un periodo de tiempo prolongado, el riesgo de suicidio puede aumentar exponencialmente. Aquellas personas que están constantemente preocupadas con su propia muerte suelen recurrir a las conductas autolesivas como un medio para aliviar su angustia emocional y están en riesgo de desarrollar un abuso de sustancias. (Porth, 2014)

Existen opciones de tratamiento disponibles que pueden ayudar a aliviar este tipo de pensamientos y tratar cualquier padecimiento existente de salud mental que pudiera estar causando las ideas suicidas angustiantes. Existen varias causas y factores de riesgo que pueden incrementar la vulnerabilidad de una persona al desarrollo de ideas suicidas. Las siguientes nociones ampliamente aceptadas entre los profesionistas especializados en el campo de la salud mental explican cómo y por qué una persona puede desarrollar este tipo de pensamientos inadaptados. Aunque las ideas suicidas en sí no se heredan, los padecimientos de salud mental que las causan pueden ser heredados de los padres biológicos. La

probabilidad de que una persona tenga ideas suicidas puede depender de sus antecedentes genéticos si existe el factor de una enfermedad mental y esto es especialmente cierto cuando hay antecedentes familiares de depresión, trastorno bipolar y ansiedad. Este tipo de predisposición genética infiere que las ideas suicidas pueden heredarse inadvertidamente. (Porth, 2014).

Factores físicos: Los investigadores han determinado que las personas que tienen ideas suicidas presentan un desequilibrio en los neurotransmisores del cerebro. Estos neurotransmisores tienen la función de transmitir mensajes por todo el cuerpo, además de regular las emociones y los estados de ánimo. Si los neurotransmisores no han llegado a la homeostasis, el estado de ánimo de la persona puede desestabilizarse, lo que pudiera propiciar el diagnóstico de una enfermedad mental. Cuando este es el caso, es posible que la persona presente ideas suicidas si dicha enfermedad incluye la ideación suicida como un síntoma. (Porth, 2014).

Factores ambientales: Hay varias influencias ambientales que pueden causar que una persona desarrolle síntomas de un padecimiento de salud mental, particularmente las ideas suicidas. Aquellas personas que experimentan un estrés continuo, son víctimas de un crimen, padecen de abuso y/o abandono o pierden a un ser querido debido al suicidio pueden deprimirse y pensar potencialmente en su propia muerte. Adicionalmente, las personas que carecen de las aptitudes necesarias para lidiar con el estrés o que no cuentan con el apoyo adecuado de otras personas pueden desarrollar ideas suicidas si el estrés elevado es un factor presente en sus vidas. Por último, si una persona pierde su empleo, tiene dificultades financieras o enfrenta el fracaso académico, es posible que se manifiesten las ideas suicidas. (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008) Obsérvese la siguiente figura para mayor ilustración:

Figura 7. Factores de riesgo de suicidios modificables e inmodificables

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno afectivo - Esquizofrenia - Trastorno de ansiedad - Abuso de sustancias - Trastorno de personalidad - Otros trastornos mentales - Salud física - Dimensiones psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Heredabilidad - Sexo - Edad: <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes y adultos jóvenes • Edad geriátrica - Estado civil - Situación laboral y económica - Creencias religiosas - Apoyo social - Conducta suicida previa

Nota: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2006

Es claro entonces, que debido a que las ideas suicidas tienen lugar en la mente de la persona, es importante mantenerse al pendiente de otros indicios que indiquen que dicha persona está teniendo pensamientos continuos sobre la muerte. (Porth, 2014).

Los siguientes son indicios y síntomas de las ideas suicidas y deben ser mencionados a los profesionales de salud mental en caso de que se realice una valoración para evaluar las necesidades de cuidados psiquiátricos:

Síntomas del comportamiento: (Porth, 2014)

- Amenazas de conductas autolesivas
- Uso o abuso de drogas y/o alcohol
- Cambios en el temperamento
- Cambios extremos en el estado de ánimo
- Participar en conductas riesgosas
- Hablar sobre la muerte o escribir sobre este tema
- Aislamiento social o retraimiento
- Conductas autolesivas
- Disminución en el interés por las cosas que anteriormente se disfrutaban

Síntomas físicos: (Porth, 2014)

- Aumento o pérdida de peso
- Higiene inadecuada
- Ataques de pánico
- Insomnio o hipersomnia

Síntomas cognitivos: (Porth, 2014)

- Pensamientos intrusivos sobre la muerte
- Incapacidad para cumplir con las responsabilidades o los deberes
- Falta de enfoque
- Afectación de la memoria
- Incapacidad para concentrarse

Síntomas psicosociales: (Porth, 2014)

- Irritabilidad

- Incapacidad para sentir placer
- Cambios en el estado de ánimo
- Sentimientos de desesperanza o impotencia
- Agitación
- Niveles de ansiedad elevados
- Estado de ánimo depresivo

Naturaleza del riesgo de intentos y suicidios

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que alrededor de un millón de personas consuman el suicidio anualmente, y que una cifra diez veces superior posee ideación suicida, por lo que alcanza la posición número trece como causa de mortalidad. Asimismo reconociendo que los factores de riesgo de suicidio pueden ser modificables e inmodificables, es evidente que ningún tipo de tratamiento modificará los riesgos fijos de la naturaleza como lo son el intento previo de suicidio, los factores genéticos o de género, la edad, etnia, estado civil o situación económica y los modificables como la ansiedad y la depresión. En efecto, la mayoría de los suicidas comprenden una historia reciente de pérdida afectiva real o imaginaria como factor desencadenante. (Contreras, 2007).

Situación Socioeconómica

Ante una sociedad cambiante en los ámbitos económicos, políticos, culturales, espirituales y sociales se ha propiciado la tendencia al suicidio y aunque este es un acto personal, también es directamente social, esto fundamentado en la teoría sociológica estructural funcionalista, que se encarga del estudio de los hechos sociales a partir del reconocimiento del sistema cultural (es decir, valores, ideas y creencias como elemento definitivo en la interacción humana que determina la conducta del individuo y, por tal motivo, los roles que este pueda ejercer). (Manzo, 2011).

El suicidio es el resultado de la autopercepción del sujeto de acuerdo con el contexto en que se desenvuelve; en este sentido, los estados que lo caracterizan como ser (biológico, psicológico, social) determinan su conducta autodestructiva. La destructividad que fue reconocida por Freud como instinto de destructividad y/o agresividad, el cual empleó muchas veces como sinónimo de instinto de muerte. Así pues, la muerte se presenta como un hecho en las diversas estructuras (familiar, religiosa, laboral) y superestructuras (económica, social, política, cultural) de la sociedad; en ellas el suicidio adquiere una representación específica de acuerdo con elementos vivenciales del individuo; es decir, edad, sexo, actividad

económica, lugar de residencia, religión, salud, muerte de familiares, entre otros. (Manzo, 2011).

Relaciones interpersonales/ intrafamiliares

El suicidio es un problema de salud pública mundial donde los adolescentes son la población más vulnerable. Asimismo se reconoce a la familia como uno de los principales factores de riesgo o de protección. Es considerable que el suicidio adolescente esté muy ligado a características psicosociales hereditarias, antecedentes familiares de suicidio, fragmentación familiar, conducta alimentaria, interacciones afectivas, entre otras. Por esta razón la comunicación, cuidado, una actitud de aceptación y el perdón deben ser pilares fundamentales para fortalecer las relaciones intrafamiliares. (Bravo Andrade et al., 2016).

El comportamiento suicida en los adolescentes comprende muchos factores, uno de ellos son las relaciones interpersonales que usualmente comprenden tres pilares como lo son la soledad, el aislamiento social y el apoyo social, debido a que en esa etapa de sus vidas tanto en su colegio y en la localidad que viven pueden darse numerosas conductas como el rechazo, la discriminación, la marginación y la hostigación de otros compañeros o incluso familiares cercanos. Además en esa etapa de la vida es donde se vuelve vital e imperiosa la necesidad de pertenecer a un grupo social, lo cual puede volverse peligroso y un factor de riesgo suicida si el adolescente no cuenta con apoyo real y encuentra una identidad muy diferente a la que está buscando.(Paternain et al., 2016).

Impacto

El suicidio es considerado de un gran impacto dentro de la salud pública por sus implicaciones en múltiples esferas de la vida de una persona, familia y sociedad. Teniendo en cuenta que es una entidad multifactorial y que se conocen ciertos factores de riesgo asociados, es necesario adoptar en la práctica las intervenciones que han demostrado mayor impacto en cuidado primario; es decir, la capacitación de los médicos de familia para sospechar, identificar, tratar y remitir oportunamente a los pacientes en los que se detecte algún trastorno mental (especialmente depresión) u otro factor de riesgo para intento de suicidio. Además, utilizar sin temor tratamiento farmacológico antidepressivo cuando se crea necesario involucrando a la familia en el tratamiento, brindando educación sobre los beneficios y riesgos de estos medicamentos y realizando un seguimiento estricto en pacientes deprimidos. (Sánchez, 2007).

No hay que olvidar que un infante y/o un adolescente que sobrevive a un intento suicida tiene un riesgo altísimo de volver a cometerlo, y muchas veces se acercan a los servicios de salud antes de intentarlo nuevamente; en la medida que todos estos pacientes sean detectados oportunamente, podremos causar un impacto en la disminución de los intentos de suicidio y disminuir las tasas de mortalidad, sin olvidar que en estos casos es indispensable dar la importancia que se debe a lo que manifieste el adolescente y nunca menospreciar sus intenciones, apoyando y proporcionando soporte emocional a aquellos que no cuentan con una adecuada red de apoyo necesaria para afrontar esta clase de problemas. (Sánchez, 2007).

Causa/Efecto

Las causas en el riesgo de intentos y suicidios son multifactoriales donde muchas de ellas pueden incrementar la vulnerabilidad de un adolescente en el desarrollo de ideas suicidas. Como se mencionó anteriormente las causas pueden surgir de factores genéticos, ambientales, físicos, socioeconómicos, entre otros, por dicha razón todas esas causas de ideación suicida generan efectos tales como: cicatrices o daños permanentes en los tejidos, conductas autolesivas recurrentes, daños en el cerebro, parálisis, estado de coma, hemorragia, huesos rotos, daños en los órganos o insuficiencia orgánica y por último la más grave la muerte prematura debido a un acto suicida. (OMS, 2018).

Rangos etarios

Un factor de riesgo para la ideación y actos suicidas es la edad, debido a que en esa etapa de la vida se define una identidad y existen presiones sociales que desencadenan en la edad un factor de riesgo, por dicha razón se reconoce que antes de la pubertad el suicidio es una tentativa excepcional, probablemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución, asimismo algunos niños pueden no apreciar al suicidio como un hecho irreversible. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados a la presencia de comorbilidad especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos. (Manzo, 2011).

Deficiencias en salud mental

La adolescencia es un período crucial para desarrollar y mantener hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, tales como adoptar hábitos de sueño saludables; hacer ejercicio regularmente; desarrollar habilidades para las relaciones

interpersonales y para hacer frente y resolver problema, y aprender a gestionar las emociones. Los ambientes propicios en la familia, la escuela y la comunidad en general también son importantes. Hay múltiples factores determinantes de la salud mental del adolescente en cualquier momento. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos los adolescentes, mayor serán las posibles repercusiones en su salud mental. (OPS/OMS, 2008).

Entre los factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia están el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología. La influencia de los medios y las normas de género pueden exacerbar la disparidad entre la realidad vivida por el adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida hogareña y sus relaciones con sus pares. La violencia (incluidos los malos tratos y la intimidación) y los problemas socioeconómicos son riesgos reconocidos para la salud mental. Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales en la salud mental. (OMS, 2008).

Algunos adolescentes corren un mayor riesgo de tener problemas de salud mental por sus condiciones de vida, estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Entre ellos se encuentran los adolescentes que viven en entornos frágiles o con crisis humanitarias; los adolescentes con enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas; las adolescentes embarazadas y los padres adolescentes o con matrimonios precoces y/o forzados; los huérfanos y los adolescentes de minorías étnicas, con antecedentes sexuales o de otros grupos discriminados. (OPS, 2008).

Por otra parte, los adolescentes con problemas de salud mental son particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización (que afecta la disposición a buscar ayuda), las dificultades educativas, los comportamientos arriesgados, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos. (OMS, 2018).

Prevención

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. Un ambiente de respeto y

protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental. (Porth, 2014).

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social. (OMS, 2018).

La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales. Entre otras formas concretas de fomentar la salud mental se pueden mencionar (Porth, 2014):

- las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, la creación de un entorno estable que atienda las necesidades de salud y nutrición del niño, lo proteja de las amenazas y le proporcione oportunidades de aprendizaje precoz e interacciones que sean sensibles, le den apoyo emocional y estimulen su desarrollo) (Porth, 2014):
- el apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil);
- la emancipación socioeconómica de la mujer (por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos);
- el apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres);
- las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños);
- las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés);

- las políticas de vivienda (por ejemplo, mejora de las viviendas);
- los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- los programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);
- la reducción de la pobreza y la protección social para los pobres;
- legislación y campañas contra la discriminación;
- promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Planes de Salud Mental país/América Latina

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para guiar las intervenciones de salud mental que se realicen en la Región de las Américas entre 2015 y 2020. Los trastornos de salud mental y por uso de sustancias tienen una alta prevalencia y son factores que contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, además de aumentar riesgo de padecer otras condiciones de salud. (Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, OMS, 2013).

Análisis de situación

El análisis de situación realizado como base para la formulación de la Estrategia Regional de Salud Mental aprobada en el 2009 aún resulta válido en sus consideraciones fundamentales. Una revisión reciente de varios estudios epidemiológicos ejecutados en la Región muestra una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales de entre 18,7% y 24,2%. Las tasas medianas de prevalencia de 12 meses en la población adulta en algunos trastornos son: psicosis no afectiva 1,0%; depresión mayor 5,2%; y abuso/dependencia del alcohol 4,6%. En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre los 10% y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20% y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. (OMS, 2013).

Los trastornos debidos al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, como las drogas ilícitas o los psicotrópicos de prescripción médica, son un problema creciente en términos epidemiológicos y con gran impacto social; sin embargo la brecha de tratamiento es

muy alta, y no se dispone de los servicios adecuados para afrontar esta situación. La transición demográfica que está viviendo la Región es un reto que deben afrontar los servicios de salud mental. Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años. (OMS, 2013).

La disponibilidad de datos en materia de servicios de salud mental ha proporcionado una mejor comprensión de la magnitud de la brecha de tratamiento. Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%. En las Américas, 65.000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100.000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres). El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 20 a 24 años, y la cuarta en los grupos de edad de 10 a 19 y 25 a 44. La población de más de 70 años presenta la tasa más alta (12,4 por 100.000 habitantes). (OPS, 2013).

La asfixia, armas de fuego y el envenenamiento (el uso de plaguicidas, en particular) son los métodos más comúnmente utilizados. En ALC la tasa ajustada según la edad es de 5,2 (8,4 hombres y 2,1 mujeres). Las tasas de mortalidad por suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres (razón hombre-mujer de 3.8); sin embargo, el intento de suicidio se notifica con mayor frecuencia en las mujeres. En la Región la violencia constituye un importante problema sociosanitario. La violencia contra las mujeres afecta a 1 de cada 3 mujeres, lo que da lugar a múltiples consecuencias para la salud, que van desde la depresión hasta la muerte, incluyendo el suicidio. La violencia contra los niños crea ciclos inter-generacionales de violencia contra las mujeres y las niñas, lo cual conduce a las mismas consecuencias. El castigo físico de los niños y las niñas es un fenómeno frecuente en muchas partes de América Latina y el Caribe. Por ejemplo, según encuestas nacionales realizadas en algunos países, más de un tercio de las mujeres y al menos la mitad de los hombres informaron que habían sido golpeados en la infancia. (OMS, 2013).

Por lo anterior treinta y cuatro países y territorios de América Latina y el Caribe (ALC) han implementado el Instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS (WHO-AIMS, por sus siglas en inglés. De acuerdo con este estudio, en ALC solo seis países y territorios no cuentan con políticas y planes de salud mental. Por el contrario, solo ocho países tienen leyes específicas de salud mental actualizadas. Con respecto a la asignación presupuestaria, 73% de los países destina entre 1 y 5% del presupuesto de salud a la salud mental. Por otro lado, de los veintisiete países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más del 50% del presupuesto de salud mental a dichas instituciones; y catorce de esos veinte destinan más del 80%. (OPS. 2013).

En lo referente a los recursos humanos, hay una gran disparidad entre los países. Se observa que, donde el hospital psiquiátrico es la base del sistema, la mayor parte de los recursos disponibles se encuentran concentrados allí. En América Latina y el Caribe, existe una mediana de 2,1 psiquiatras, 6,0 enfermeras o enfermeros y 4,2 psicólogas o psicólogos por 100.000 habitantes. El WHO-AIMS puso en evidencia el déficit de información sobre salud mental. En muchos países los datos son de difícil acceso y a veces inexistentes, y los sistemas de información en salud no incluyen indicadores de salud mental. La Estrategia y plan de acción sobre salud mental adoptado por la OPS en el 2009 se implementó durante el período 2010-2013 con resultados positivos y muestra que en muchos países se han logrado avances sustanciales; no obstante, queda aún un importante camino por recorrer. Entre los avances que vale la pena mencionar se encuentran (OMS, 2013):

- varios países han continuado con procesos sostenibles de reducción de las camas en hospitales psiquiátricos, mediante alternativas de servicios ambulatorios descentralizados;
- en los últimos 3 años se ha trabajado en la integración del componente de salud mental en la atención primaria de salud; y
- algunos países han elaborado y aprobado leyes de salud mental que incorporan los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Por otro lado, el gran reto que hoy se enfrenta es la brecha de tratamiento. Derribar las barreras de acceso a los servicios dentro de una política de cobertura universal es la clave, y esto pasa por la integración de la salud mental en los servicios generales de salud. Plan de acción (2015-2020). El Plan de acción recoge la experiencia alcanzada en el continente y expresa el compromiso de los gobiernos. Se delimita un período de 6 años para su ejecución

(2015-2020). El Plan se basa en una visión general de la Región; sin embargo, persisten diferencias marcadas entre los países y aun dentro de un mismo país. Por esta razón, debe existir flexibilidad en la implementación, en particular para adaptar los resultados e indicadores propuestos según sea necesario y acomodarlos a las especificidades de los países y los contextos culturales. Asimismo, en los países federados se debe tomar en consideración la responsabilidad jurisdiccional compartida entre los gobiernos nacionales y sub-nacionales. (OPS, 2013).

Líneas estratégicas de acción

Este documento se alinea con el Plan estratégico de la OPS 2014-2019 y el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, con especial atención a los resultados, indicadores y metas que son coincidentes. El Plan consta de las siguientes líneas estratégicas de acción, para guiar a los Estados Miembros, tomando en cuenta sus contextos y prioridades nacionales (OMS, 2013):

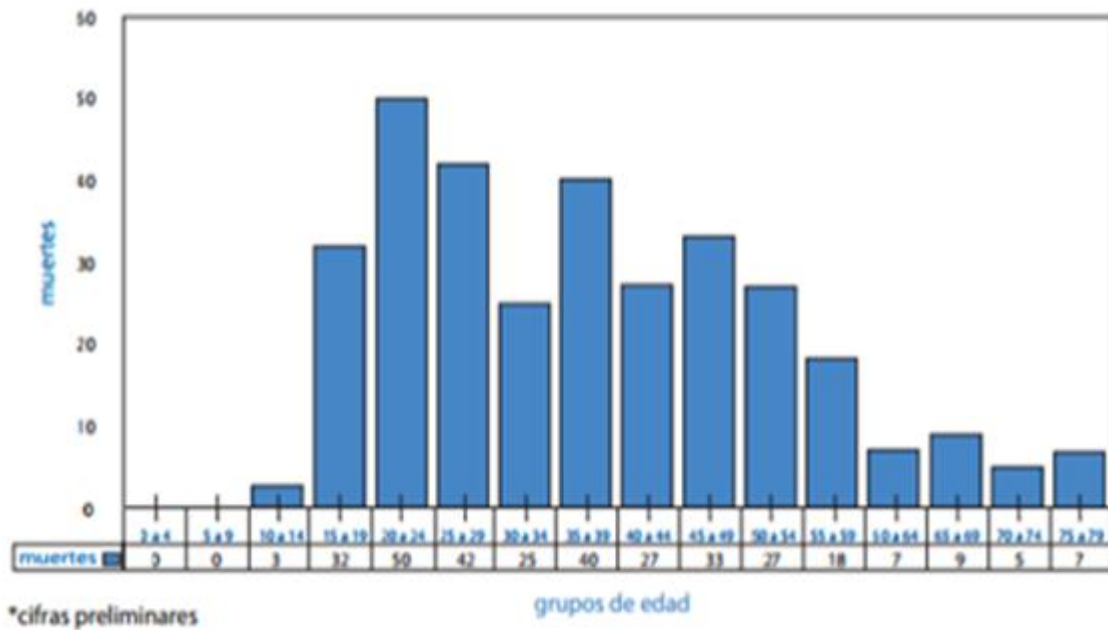
- Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.
- Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y de atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.
- Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

El Plan de Acción se fundamenta en cuatro enfoques transversales, de acuerdo con los criterios del Plan Estratégico de la OPS: género, equidad, etnicidad y derechos humanos. Así mismo se consideran las dimensiones ambiental, biológica, socioeconómica, cultural y de sistemas de salud. Las desigualdades de género (en interacción con otros determinantes sociales de la salud) explican las diferencias en las exposiciones a riesgos y en los resultados de salud mental de mujeres y hombres. Desde esta perspectiva, la atención en salud mental

debe llevarse a la práctica teniendo en cuenta las condiciones de vida y las necesidades específicas de acuerdo con el género. La perspectiva de etnicidad implica un abordaje intercultural en los servicios de salud mental. Es preciso contar con personal que conozca, respete e integre en su trabajo los conocimientos, las creencias culturales y religiosas, así como el idioma de los diversos pueblos. El ejercicio de los derechos humanos es fundamental para responder a la carga de enfermedades mentales en un marco de respeto a la dignidad humana. En la actualidad se dispone de un conjunto de instrumentos internacionales pertinentes en materia de derechos humanos.(OPS, 2013)

En el caso de Costa Rica, el Plan estratégico Nacional de Salud para el 2019, en el caso de las personas adolescentes, brinda una información estadística actualizada sobre la situación de la salud mental de las y los adolescentes a nivel nacional. Según registros de la CCSS, para el año 2006, el 0,5% de las consultas de urgencias debidos a trastornos de ansiedad, corresponden a personas del sexo femenino menores de edad; en el caso de los varones menores de edad, este tipo de atención representó un 0,26%. En cuanto a episodios depresivos, el 0,28% de las atenciones brindadas en los servicios de urgencia correspondió a niñas y adolescentes y un 0,16% a varones menores de edad. Asimismo, para el año 2008 se registraron un total de 325 defunciones por suicidio, 35 ocurrieron a personas con edades entre 10 y 19 años, lo que representa el 10,8% de estas muertes. Situación de salud de las y los adolescentes. ((PNSM, 2012-2021).

Figura 8. Mortalidad por Suicidios, según grupo de edad. Costa Rica 2008
(Cifras Absolutas)



Nota: Ministerio de Salud Costa Rica, 2009.

Continuando con este tipo de exposiciones, un estudio realizado (ESNA) para el quinquenio comprendido entre el año 2001 y 2006, muestra que se dieron 217 suicidios de personas con edades entre 10 y 19 años, el 66,2% de los casos fueron varones y el 33,8% mujeres. En la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS-2009) se identifica que en los estudiantes encuestados que cursaban el tercer ciclo escolar, un 10,8% tuvo ideación. Los intentos de suicidio se reportaron en un 8,4% de las personas encuestadas, dándose también una diferencia entre mujeres y hombres (10,4% de las mujeres y 6,4% de los hombres). Llama la atención en esta encuesta el alto porcentaje de estudiantes que manifiesta haber tenido en el último año poca o ninguna esperanza en el futuro (80,4%), siendo un sentimiento porcentualmente más frecuente en hombres (82,7%) que en mujeres (77,9%). (OMS, 2013).

Estrategias y planes de acción

No hay salud sin salud mental. Este mensaje expresa claramente la necesidad de un abordaje integral de la salud y en enfatiza los vínculos entre lo físico y psicosocial en el proceso de la salud y la enfermedad. La salud es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Todo aquello que realice el Estado repercute directamente sobre el

comportamiento y la convivencia en armonía. Invertir estratégicamente y desarrollar planes de acción en salud mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, delincuencia, matonismo y deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma. Las condiciones de vida de las personas, tales como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, impactan directamente sobre su Salud Mental, acrecienta la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental, lo que a su vez tiene consecuencias sobre el desarrollo y la economía de los países. (OPS/OMS, 2014).

Es por ello que en la sesión N° 66 del comité regional de la OMS para las Américas, octubre 2014, entregó diez recomendaciones claves a los países, precisamente para ser tomadas tanto en el plano estratégico como en la implementación de los planes de acción, a saber: (OMS, 2014).

- Formular, revisar y ejecutar el plan nacional de salud mental.
- Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.
- Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo; además de estudiar las oportunidades de movilización de recursos.
- Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.
- Definición y ejecución de actividades concretas, en el marco del Plan Nacional de Salud Mental, para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
- Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.
- Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales considerados como prioritarios en el contexto nacional.
- Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud).

- Evaluar el sistema de salud mental aplicando la metodología de la OMS, con un seguimiento de su evolución que se hará cada cinco años, como mínimo.
- Fortalecer el sistema nacional de información sanitaria para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental.

Atención primaria en salud

El papel de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es limitado, aunque la situación está cambiando gradualmente. En los últimos años, mediante el uso de las Guías de Intervención del mhGAP, 15 países están capacitando al personal de atención primaria. (OMS, 2010).

Asimismo, la estrategia y plan de acción sobre salud mental adoptado por la OPS en el 2009 se implementó durante el período 2010-2013 con resultados positivos y muestra que en muchos países se han logrado avances sustanciales; no obstante, queda aún un importante camino por recorrer. Entre los avances que vale la pena mencionar se encuentran (OPS, 2014):

- varios países han continuado con procesos sostenibles de reducción de las camas en hospitales psiquiátricos, mediante alternativas de servicios ambulatorios descentralizados;
- en los últimos 3 años se ha trabajado en la integración del componente de salud mental en la atención primaria de salud; y
- algunos países han elaborado y aprobado leyes de salud mental que incorporan los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Un modelo comunitario de salud mental se basa en principios básicos adoptados y adaptados por cada país para organizar la prestación de servicios. Entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, la existencia de una red de servicios, la participación social, la coordinación intersectorial, y el abordaje de derechos humanos. También supone la prestación de servicios de una manera apropiada culturalmente, así como la equidad y no discriminación por razones de género, raza o etnia, orientación sexual, clase social u otras condiciones (OPS, 2014).

Así las cosas, un abordaje integral de los trastornos mentales que combine intervenciones psicosociales y farmacológicas es el más eficaz. La disponibilidad de

psicofármacos esenciales en los servicios ambulatorios comunitarios y en la atención primaria de salud resulta crucial. La disponibilidad del número adecuado de trabajadores de salud mental competentes y su distribución equitativa es fundamental para la expansión de los servicios. La formación profesional (pregrado) y la educación continua (posgrado) deben reflejar las políticas de integración de la salud mental en los servicios generales de salud, incluida la atención primaria de salud. (OPS, 2010).

Los profesionales especializados deberán facilitar la capacitación, el apoyo y la supervisión del personal no especializado; por ejemplo, para que identifiquen a las personas con problemas de salud mental y atenderlas o referirlas al servicio más apropiado, si está disponible. Apoyar y capacitar a los familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales contribuirá también a aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental. El aumento y descentralización de los servicios de salud mental posibilita una reducción gradual del número de camas en los hospitales psiquiátricos, los cuales ofrecen fundamentalmente servicios de custodia. (OMS, 2013).

Resulta esencial el establecimiento de servicios especializados en la comunidad (ambulatorios y en hospitales generales). La integración del componente de salud mental en la atención primaria de salud y otros escenarios de atención de salud (por ejemplo, departamentos de emergencia, sistema de justicia penal, clínicas de salud en las escuelas) es esencial para el desarrollo de la prestación equitativa de servicios, además de ser una estrategia crucial para reducir la brecha de tratamiento de los trastornos mentales. (OPS, 2014).

En conclusión, es preponderante realizar los esfuerzos para incrementar el modelo centrado en los hospitales psiquiátricos hacia uno de base comunitaria donde se integre el componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, y se establezcan servicios de salud mental descentralizada y cercana a la población, incluyendo los Servicios Farmacéuticos (conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continúa de las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, contribuyendo a su acceso equitativo y uso racional. (OMS, 2013).

Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico o bajo su coordinación, incorporado a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vista a la mejoría de la calidad de vida de la población, que

tengan como misión: Contribuir al cuidado de la salud individual y colectiva de la población a través de la participación activa del personal farmacéutico en el equipo de salud y la comunidad, con servicios farmacéuticos integrales, integrados y continuos, comprometidos con el acceso equitativo a medicamentos y otros insumos sanitarios esenciales de calidad, su uso racional, incluyendo las terapias alternativas y complementarias en un sistema de salud basado en APS, para alcanzar su mayor nivel de salud posible.(OPS, 2010).

Abordaje de la enfermedad

Para completar un correcto tratamiento de la enfermedad de la depresión se deben combinar el asesoramiento psicológico o psiquiátrico con el farmacológico. Es de gran importancia escuchar a cada uno de los pacientes que reciben tratamiento de antidepresivos, porque debido a su capacidad de comunicación disminuye junto con su contacto social y les sobreviven sentimientos de culpa y de incapacidad que con ayuda profesional se debe subsanar de forma progresiva e intentar una mejoría lo más pronto posible para la salud mental del paciente. Asimismo es fundamental cumplir con el tratamiento de la forma adecuada, en relación con la dosis, la toma y la suspensión del fármaco de forma progresiva mientras exista la indicación del médico. (Gómez, 2018).

Seguimiento Farmacológico

El seguimiento farmacoterapéutico siempre es necesario con cualquier tipo de paciente, pero con los pacientes depresivos es más difícil, debido a que son personas con las que la comunicación no es la más acertada, además tienden a incumplir con la medicación y es por dichas razones que medir la seguridad y efectividad del tratamiento resulta muy complicado por la falta de parámetros medibles y la presencia de otras enfermedades concomitantes. Sin embargo los problemas relacionados con medicamentos (PRM) se deben estudiar de forma detallada en cuanto a necesidad, efectividad y seguridad del medicamento para facilitar y apoyar la labor farmacéutica. (García, 2012).

Abordaje clínico del farmacéutico

Se espera de los farmacéuticos practicar de manera estandarizada de acuerdo con el Proceso de Atención Farmacéutica publicado en 2015. Este proceso incluye múltiples pasos en la secuencia de la Farmacoterapia. Estos pasos se encuentran ilustrados en la Figura 9, e incluyen una recopilación de datos pertinentes a la atención del paciente, evaluación de los datos relativos a los objetivos del paciente, el desarrollo de un plan centrado en el paciente,

implementación del plan de atención para la terapia y monitorización y reevaluación y revisión del plan, todo en colaboración con el equipo de atención. Sin embargo, es realista asumir que los profesionales que fueron formados muchas décadas atrás, y que continúan en la práctica, probablemente tendrán un enfoque diferente al cuidado directo del paciente que los farmacéuticos jóvenes quienes han sido formados de esta manera. Sin embargo, el Proceso de Atención Farmacéutica (POC, en inglés), permite que las descripciones de la formación y del trabajo se enfoquen en un objetivo final consistente y defina la actividad mínima esperada para todos los farmacéuticos en todas las áreas. En medicina, el POC está mucho más estandarizado y sirve como modelo para farmacia. (A. Clopés, 2015).

Figura 9. El proceso de Cuidado Farmacéutico



Nota: Jacobi, 2015.

Figura 10. Objetivos y Naturaleza de la intervención



Nota: Díaz, E., Lázaro, A. & Hernández, A., 2017.

Competencias del farmacéutico

La depresión es una de las enfermedades más complicadas para la labor que realiza el farmacéutico debido a que solo el 28 por ciento de los pacientes cumplen con el tratamiento adecuadamente, sin embargo para subir esos porcentajes los farmacéuticos han creado planes de acción estratégicos concientizando a la población sobre la necesidad de conocer los PRM y así prevenir, evitar el mal uso de los medicamentos, los tratamientos no finalizados y con mayor importancia en el caso de psicotrópicos o con potencial toxicológico elevado. (Consejo General de farmacéuticos, 2017).

Relación Farmacéutico-Paciente

La calidad de vida es una medida global del estado del paciente y, en los pacientes con este tipo de enfermedad, sentirse mejor es un resultado muy apreciable. Por lo tanto, se necesita más investigación para evaluar los componentes activos de la intervención farmacéutica comunitaria con el fin de mejorar el impacto en la calidad de vida de los pacientes. En los estudios mencionados anteriormente de la atención farmacéutica y la atención primaria en salud encontramos que el resultado con los pacientes con trastornos depresivos al recibir una intervención farmacéutica ha sido positivo mejorando su calidad de vida. (Farmacéuticos comunitarios, 2012).

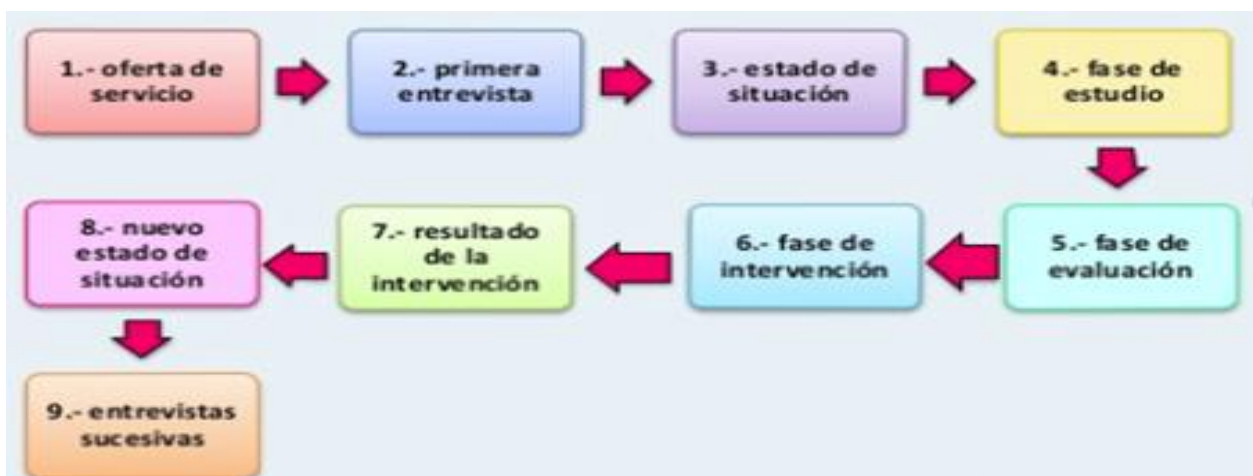
Relación Farmacéutico-Médico

La medicina y la farmacia como profesiones sanitarias asistenciales hacen que la población acuda a cada una de ellas cada vez con más frecuencia y usualmente cumplan con mantener las necesidades básicas de la población, sin embargo cuando se habla de una enfermedad como la depresión la relación deber ser muy arraigada entre médico-farmacéutico-paciente para generar los resultados deseados del tratamiento antidepresivo que le corresponda al paciente y es ahí donde la comunicación se hace un pilar fundamental para lograr que el paciente no deje el tratamiento y cumpla con el mismo como el médico lo indique, asimismo cuando se va a dejar el medicamento que este sea de una forma progresiva y no de golpe porque afectaría la salud mental del paciente.(Oliveira, Varela, 2017).

Seguimiento y control

El método Dáder STF tiene un procedimiento concreto tendiente a elaborar un estado de situación objetivo del paciente, del que luego se deriven las correspondientes intervenciones farmacéuticas sus fases son:

Figura 11. Método Dáder SFT



Nota: Universidad de Granada, 2005.

Oferta de servicio: consiste en explicar de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente. El momento idóneo se da cuando el farmacéutico sospecha el potencial problema con los medicamentos, en dicha oferta las técnicas de comunicación adquieren especial importancia. El paciente toma la decisión de ingresar a este servicio. (Universidad de Granada, 2003).

Primera entrevista: constituye la base del SFT y se divide en tres partes, a saber: (Universidad de Granada, 2003).

- Preocupaciones y problemas del paciente: Lograr que el paciente se exprese de aquellos problemas de su salud que más le preocupen.
- Medicamentos que consume el paciente: Grado de conocimiento que el paciente tiene de sus medicamentos, así como del cumplimiento terapéutico.
- Repaso: Consiste en realizar una serie de preguntas acerca del funcionamiento o estado del organismo por aparatos y sistemas de la cabeza a los pies.

Estado de situación: documento que refleja la relación entre los problemas de salud y los medicamentos del paciente en una fecha determinada. Permite evaluar la farmacoterapia del paciente, visualiza el estado de la salud del paciente y admite exponer el caso en una sesión clínica.

Fase de Estudio: Tiene como propósito obtener la información necesaria de los problemas de salud y los medicamentos reflejados en el estado de situación para la evaluación posterior.

Fase de evaluación: El objetivo es identificar los resultados negativos asociados a la medicación que representa el paciente (tanto aquellos manifestados como las sospechas de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM)).

Fase de intervención: Los objetivos son diseñar e implementar el programa de trabajo continuando en el tiempo, diseñado conjuntamente con el paciente, en el que quedarán fijadas las diferentes intervenciones farmacéuticas que van a emprenderse para mejorar o preservar el estado de salud del paciente (plan de actuación).

Fase de resultados de la intervención: En esta fase se determina el resultado para la resolución del problema de salud planteado. No puede asegurarse que existe un PRM, hasta que tras el resultado de la intervención hubiera desaparecido o controlado el problema de salud.

Fase nuevo estado de situación: Inicialmente refleja los cambios en cuanto a problema de salud y medicamentos, que haya habido tras la intervención e iniciará un nuevo momento de estudio, en la que se tendrá en cuenta los nuevos aspectos que puedan surgir, por lo que

hay que repasar los medicamentos y estudiar los nuevos, asimismo profundizar en los problemas de salud según las nuevas circunstancias.

Fase de entrevistas sucesivas: Tras la fase de intervención, cierran el proceso de seguimiento del Paciente, haciéndolo cíclico. En este momento el SFT al paciente solo finaliza cuando este o el farmacéutico decide abandonarlo. (Universidad de Granada, 2003).

Ética y valores

La profesión farmacéutica debe desarrollarse conjuntamente con la reflexión sobre sus consecuencias éticas. El eje de esta reflexión se debe situar en la promoción de la vida y la salud de las personas. La ética es el conjunto de principios y reglas que regulan el comportamiento y las relaciones entre seres humanos. En el campo profesional, el conjunto de normas éticas que regulan el comportamiento de los profesionales que involucran se conoce como deontología. Entre los comportamientos o conductas profesionales, muchas veces los farmacéuticos se enfrentan a cuestiones que no tienen respuestas ambiguas para su resolución, pero a veces, se presentan dilemas éticos en los que debe usar su juicio profesional para decidir la acción más apropiada. Ante cualquiera de los asuntos debe ser capaz de justificar sus decisiones ante sus colegas y ante cualquier persona que se vea afectada por las mismas. De lo anterior se desprende o justifica lo que el código de ética del Colegio de farmacéuticos de Costa Rica estipula: (Colegio de Farmacéuticos Costa Rica, COLFAR, 2016, p. 5).

“...Promover un ejercicio profesional apegado a la dignidad, el honor profesional y las buenas prácticas, en observancia de los más altos valores éticos y morales, así como de los deberes jurídicos que impone el ejercicio de la farmacia; ello en resguardo y decoro del propio ejercicio profesional, de las personas profesionales en farmacia y, ante todo, de las personas usuarias que demandan de los servicios y la atención del profesional en farmacia.

Educar y disciplinar al profesional que infringe los deberes jurídicos, éticos y morales de la profesión y persuadir a los demás profesionales farmacéuticos de no incurrir en esas faltas...”

Las personas que son profesionales en farmacia deben compartir una serie de valores que los ayuden a alcanzar la misión y visión de cualquier empresa farmacéutica, por ello es considerable que son esenciales de compartir con la sociedad los siguientes: (Ética y farmacia. una perspectiva latinoamericana, 2015).

Trabajo en equipo: nace como una necesidad de tener relaciones con otras personas y de complementariedad para lograr retos que no se alcanzarían individualmente. Se origina también de la idea de agilizar y mejorar algunas condiciones que obstaculizan el desarrollo de tareas diarias y la consecución de objetivos en las organizaciones. (Ética y farmacia. una perspectiva latinoamericana, 2015).

Los roles del trabajo en equipo se pueden definir por tanto siguiendo el esquema de las '5c': (Ética y farmacia. una perspectiva latinoamericana, 2015).

- Complementariedad
- Comunicación
- Coordinación
- Confianza
- Compromiso

Excelencia: Virtud, talento o cualidad, lo cierto es que este valor resulta extraordinariamente bueno al exaltar las normas ordinarias y es considerablemente, un objetivo para el estándar de rendimiento para lograr siempre lo mejor, lo más cercano a lo perfecto. (COLFAR, 2016).

La responsabilidad: es un valor que puesto en práctica establece la magnitud de las acciones del farmacéutico y sobre todo, de cómo afrontar dichas acciones de la manera más positiva e integral para colaborar en la consecución de la misión y visión actualmente y en el futuro. (COLFAR, 2016).

El respeto: es el valor que le indica al farmacéutico la medida de consideración y valoración especial que se le tiene a un paciente, compañero, en general con toda aquellas personas con las que diariamente se relaciona reconociendo un valor social o especial diferencia. En otras palabras, es el valor fundamental que todo ser humano debe tener siempre presente a la hora de interactuar con personas de su entorno. (Ética y farmacia. una perspectiva latinoamericana, 2015).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Enfoque de la Investigación

Según el problema propuesto y los objetivos planteados, el tipo de investigación que se realizó determina ciertos tipos de enfoques, entre ellos el cualicuantitativo, de acuerdo con el registro de información; asimismo y de conformidad al diseño metodológico se consideraron las orientaciones analíticas, retrospectivas, prospectivas y transversales, mismas que se fundamentan en el período y ocurrencia de los hechos.

Cualicuantitativo: Según Sampieri “la investigación tiene un objetivo y según este contextualizado se puede tener una investigación con enfoque cuantitativo, cualitativo, y mixto.” (p15) En este caso para construir un diseño de método cualicuantitativo, fue adecuado tomar dos decisiones fundamentales: (a) operar en gran medida dentro de un paradigma dominante y (b) llevar a cabo las fases simultáneamente, o secuencialmente. Para ello fueron necesarias las imágenes, la narrativa para entender los números incrementales de la ideación suicida por prescripción de antidepresivos y así agregar precisión y a su vez, responder a una gama más amplia de preguntas. Asimismo, la convergencia de conclusiones de la investigación favoreció a corroborar los resultados de la misma, produciendo un conocimiento más completo.

Es así como este enfoque fue más allá de la simple recolección de datos sobre la incidencia de intentos y suicidios en personas de 12-18 años en América Latina, debido a que implicó mezclar la lógica inductiva y la deductiva. Procede resaltar la importancia de reconocer la validez y los aportes al conocimiento de la ciencia, pues constituyen diferentes aproximaciones y visiones al estudio, que no tienen que ser necesariamente controvertidos o irreconciliables, por lo que existió la posibilidad de mezclarlos.

Diseño Metodológico

Un buen diseño de investigación permite que la presente investigación se lleve a cabo de forma efectiva y eficiente. Hernández, Fernández & Baptista, 2000, señalan que “el término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea” (pp18-19). Según el criterio de los anteriores autores citados, la investigación se abordó de forma analítica, retrospectiva, prospectiva y trasversal.

Analítico: Según Müggenburg, 2008, los estudios analíticos: “analizan, contestan el porqué o la causa de presentación de determinado fenómeno o comportamiento, se trata de explicar la relación o asociación entre variables”. De manera similar, Pineda, 2008 “reclasifica estos estudios en cohortes y controles, pero los autores de esta presentación establecen otro grupo independiente que a su vez puede estar subsumido en los explicativos. Burns y Grove, aportan para este grupo al diseño correlacional descriptivo (describe las variables y examina las relaciones entre ellas)”.

El enfoque analítico sirvió para considerar las causas de la incidencia de intentos y suicidios en jóvenes de 12 a 18 años en América Latina, ya que partió del principio de estudiar aisladamente y con gran detalle las diferentes aristas que responden al problema planteado, o sea, tomar porciones reducidas de la realidad, perdiendo totalmente la visión del conjunto. Es así como se logró explicar el cómo y el porqué de las deficiencias en el tema de la salud mental en grupo de jóvenes antes citados.

Retrospectivo: Según Müggenburg, 2008, “son aquellos estudios en los cuales se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado.”

Prospectivo: Según Müggenburg, 2008, “son aquellos estudios en los cuales la información se va registrando en la medida que va ocurriendo el fenómeno ó los hechos programados para observar.”

Para esta investigación fue oportuno y conveniente asociar los enfoques retrospectivos y prospectivos, mismos que sumaron, en el caso del enfoque retrospectivo probar el objetivo general y específicos planteados; es decir, fue utilizado en el análisis en observaciones clínicas entre el periodo comprendido de los años 2010 al 2018, así como la presunta relación entre factores o características del abordaje terapéutico de la depresión, así como el desarrollo sobre el incremento de la enfermedad depresiva conforme se acerca la adolescencia, o sea, un análisis especial que revisó situaciones de exposición o factores sospechosos, comparando grupos de los adolescentes y a partir de la frecuencia observada en cada uno de los grupos expuestos se realizó un análisis estadístico, lo cual permitió realizar una estimación en el incremento de ideación suicida por prescripción de antidepresivos en estudio.

Por su parte el enfoque prospectivo aportó el determinar o no la aparición del incremento de intentos y suicidios por la prescripción de los grupos terapéuticos en estudio, ya que cuando se realizó el trabajo prospectivo, se definió la población que participaría, en

este caso, a partir de un grupo de edad, individuos que participaron en la incidencia de intentos y suicidios por la prescripción de grupos terapéuticos antidepresivos, ya sean por los inhibidores de recaptación de serotonina o los tricíclicos, mismos que fueron estudiados a través del tiempo. El seguimiento se realizó mediante la evaluación de estudios, de libros y demás documentos, así como la aplicación de cuestionarios, entre otros. Posteriormente se presentó una proyección al año 2020 sobre los datos estadísticos de incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico que permitió estimar la magnitud y distribución de esta enfermedad en el momento antes citado.

Transversal: Según Müggenburg, 2008, “son aquellos estudios en los que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito se centra en describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado.”

El enfoque transversal contribuyó a la perspectiva observacional y descriptiva de la incidencia de intentos y suicidios por la prescripción de grupos terapéuticos antidepresivos, ya sean por los inhibidores de recaptación de serotonina o los tricíclicos, así la prevalencia de la exposición en los jóvenes de 12 a 18 años en América Latina en el periodo comprendido entre el año 2010 y 2018, donde esta línea del tiempo se convirtió en el centro de atención para la presente investigación, misma que condujo a demostrar el desconocimiento de los pacientes entre las edades mencionadas anteriormente sobre el abordaje terapéutico de la depresión.

Categoría de análisis

Objetivo específico	Categoría	Definición conceptual	Definición instrumental
Determinar la magnitud del incremento de la ideación suicida en personas de 12-18 años en América Latina por la prescripción de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.	Magnitud	Básicamente se refiere a las dimensiones o amplitud del asunto por solucionar desde un punto de vista cuantitativo, entre ellos: pacientes, población afectada entre otros, considerando el acto profesional que receta una determinada medicación o indica un cierto tratamiento. (Elaboración propia, 2019)	Registro de Datos estadísticos de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica, artículos científicos, libros y otros documentos.
Comparar el riesgo de la incidencia de intentos y suicidios al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.	Riesgo	Suceso comprometido que se da desde atención primaria en adelante involucrando a alguien a través de los diagnósticos clínicos, el análisis de la causas, la intensidad del potencial evento ocasionado y las medidas que se pueden adoptar para mitigar su repetición. (Elaboración propia, 2019)	Tabla comparativa de los datos estadísticos de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica, artículos científicos, libros y otros documentos.
Relacionar las deficiencias de salud mental con la incidencia de intentos de suicidio en personas de 12-18 años en América	Deficiencias	Hacen referencia a las estructuras y funciones corporales, que habitualmente forman parte del proceso que	Registro de Datos estadísticos de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la

<p>Latina en un período comprendido entre 2010-2018.</p>		<p>configura una enfermedad tales como signos y síntomas, o en ocasiones como razones para contactar con los servicios de salud o en oportunidades como problemas de las funciones corporales asociados con las condiciones de salud. (Elaboración propia, 2019)</p>	<p>Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica, artículos científicos, libros y otros documentos. Entrevistas con especialistas en salud y ministerios encargados de salud mental y población adolescente.</p>
<p>Proyectar los datos estadísticos de incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020.</p>	<p>Datos estadísticos</p>	<p>Números comparados, analizados e interpretados de la influencia determinada de una representación mental que surge a partir de un razonamiento o de la imaginación de una persona de tratar de quitarse voluntariamente la vida, sin lograrlo por la indicación de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020. (Elaboración propia, 2019).</p>	<p>Registro de Datos estadísticos de la Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Mundial de la Salud, artículos científicos, libros y otros documentos.</p>

Sujetos y fuentes de información

El sujeto es el elemento de la relación sujeto-objeto que, en su acto de conocer, recibe las imágenes del mundo; las procesa, interpreta y explica a través del lenguaje, a partir de lo cual genera una valoración o juicio.(Revista electrónica, Educare, , 2011, pp. 7-21).

En la presente investigación participan cuatro médicos con especialidad en psiquiatría con énfasis en infantes y adolescencia, Así como una Licenciada en Educación y Psicología, mismos que se ocupan en los Ministerios de Salud Pública, Educación Pública, Hospital Nacional de Niños y Empresa privada Global Med.

En lo referido a las fuentes de información, se seleccionó el tema a investigar, se propusieron los objetivos, se analizó la factibilidad del estudio y se procedió a sustentar teóricamente la investigación. Su objetivo principal fue servir de guía al lector y disponer de un marco de referencia literario para el análisis de los resultados obtenidos en la investigación.

Se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía existente y luego se procedió al desarrollo de una perspectiva teórica. Las fuentes de información objeto de revisión para la elaboración de este proyecto fueron básicamente las fuentes primarias y secundarias de información entre ellas:

Entrevista

La entrevista utilizada fue la cualitativa por ser más íntima, flexible y abierta (Savin-Baden y Major, 2013; y King y Horrocks, 2010). Reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logró una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998). Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas (Ryen, 2013; y Grinnell y Unrau, 2011).

En este caso, se realizó una labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujetó exclusivamente a esta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden). Regularmente en la investigación cualitativa, las primeras entrevistas son abiertas y de tipo “piloto”, y van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo. Tal herramienta de recolección de datos cualitativos, se empleó debido a que el problema de estudio era muy difícil hacerlo por ética y/o complejidad. (Metodos de Investigación, Roberto Hernández

Siampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Batista Lucio, 6ta Edición, Mc Graw Gill, 2014. pp. 403-408).

Características de las entrevistas: (Seidman, 2013, Hernández-Sampieri et al., 2013, Cuevas, 2009, Willig, 2008b, Rogers y Bouey, 2005)

- El principio y el final de la entrevista no se predeterminaron ni se definieron con claridad, incluso las entrevistas se efectuaron en varias etapas. Fue flexible.
- Las preguntas y el orden en que se hicieron se adecuaron a los participantes.
- La entrevista fue en buena medida anecdótica y tuvo un carácter amistoso.
- El entrevistador compartió con el entrevistado el ritmo y la dirección de la entrevista.
- El contexto social fue considerado y resultó fundamental para la interpretación de significados.
- El entrevistador ajustó su comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado.
- Las preguntas fueron abiertas y neutrales, ya que pretendieron obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje.

Tipos de preguntas en las entrevistas

Hablaremos de dos tipologías sobre las preguntas: la primera de Grinnell, Williams y Unrau (2009), que aplica a entrevistas en general (cuantitativas y cualitativas) y se ejemplifica en la siguiente tabla. La segunda es más propia de entrevistas cualitativas.

Figura 12. Clases de preguntas en entrevistas

Clases de preguntas en entrevistas en general

Clase	Características	Ejemplos
<i>Preguntas generales (gran tour)</i>	Parten de planteamientos globales para dirigirse al tema que interesa. Propias de entrevistas abiertas.	¿Qué opina de la violencia familiar? ¿Cuáles son sus metas en la vida? ¿Cómo ve usted la economía del país? ¿Cómo es la vida aquí en Barranquilla?
<i>Preguntas para ejemplificar</i>	Sirven como disparadores para exploraciones más profundas. Se le solicita al entrevistado que proporcione un ejemplo de evento, suceso o categoría.	Usted ha comentado que la atención médica es pésima en este hospital, ¿podría proporcionarme un ejemplo? ¿Qué personajes históricos han tenido metas claras en su vida? ¿Qué situaciones le generaban ansiedad en la guerra cristera?
<i>Preguntas de estructura o estructurales</i>	El entrevistador solicita al entrevistado una lista de conceptos a manera de conjunto o categorías.	¿Qué tipos de drogas se venden más en este barrio? ¿Qué clase de problemas tuvo al construir este puente? ¿Qué elementos toma en cuenta para decir que la ropa de una tienda departamental tiene buena calidad?
<i>Preguntas de contraste</i>	Al entrevistado se le cuestiona sobre similitudes y diferencias respecto a ciertos temas y se le pide que clasifique símbolos en categorías.	Hay personas a las que les gusta que los dependientes de la tienda se mantengan cerca y al tanto de sus necesidades, mientras que otros quieren que se presenten solamente si se les solicita, ¿usted qué prefiere? ¿Cómo es el trato que recibe de las enfermeras del turno matutino, en comparación con el trato de las enfermeras del turno nocturno? ¿Qué semejanzas y diferencias encuentra?

Nota: Sampieri, 2014.

Mertens (2010) clasificó las preguntas en seis tipos, los cuales se ejemplifican a continuación:

- De opinión: ¿considera usted que haya corrupción en el actual gobierno de...? Desde su punto de vista, ¿cuál cree que es el problema en este caso...? ¿Qué piensa de esto...?
- De expresión de sentimientos: ¿cómo se siente con respecto al alcoholismo de su esposo? ¿Cómo describiría lo que experimenta sobre...?
- De conocimientos: ¿cuáles son los candidatos a ocupar la alcaldía de...? ¿Qué sabe usted de las causas que provocaron el alcoholismo de su esposo?
- Sensitivas (relativas a los sentidos): ¿qué género de música le gusta escuchar más cuando se encuentra estresado? ¿Qué vio en la escena del crimen?
- De antecedentes: ¿cuánto tiempo participó en la guerra cristera? ¿Después de su primer alumbramiento sufrió depresión posparto?
- De simulación: suponga que usted es el alcalde de..., ¿cuál sería el principal problema que intentaría resolver?

Para efectos de esta investigación se consideró oportuno utilizar la entrevista de opinión donde cada uno de los entrevistados brindaba su punto de vista en el ámbito de salud mental y sobre el papel fundamental médico-paciente, médico-farmacéutico y farmacéutico paciente.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Temas: artículos, trabajos finales de graduación, datos estadísticos y entrevistas.

Grupos terapéuticos: Se seleccionaron solamente trabajos que comparen los grupos terapéuticos de antidepresivos ISRS y tricíclicos y se eliminan trabajos que no comparen los grupos terapéuticos de antidepresivos ISRS y tricíclicos.

Población: Solamente fueron objeto de estudio aquellos trabajos que contengan la realidad socioeconómica de América Latina y se descartaron aquellos estudios que no contengan la realidad socioeconómica de América Latina.

Grupo etario: Se recolectaron estudios sobre la incidencia de intentos y suicidios al utilizar un grupo terapéutico de los anteriormente mencionados en personas de 12-18 años y se separaron los trabajos y/o estudios que estudien incidencia de intentos y suicidios en personas menores de 12 y mayores de 18 años.

Zona geográfica: Se estudiaron los trabajos que analizan los pacientes con enfermedad de depresión en América Latina y se eliminaron los trabajos que analizan pacientes con enfermedad de depresión en Europa, Estados Unidos, África, Asia y Oceanía.

Período de tiempo: Solo se recolectaron trabajos que desarrollen este tema durante el período de tiempo 2010-2018 y se excluyeron los trabajos que desarrollen este tema antes del año 2010.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de los artículos encontrados, entrevistas realizadas y datos estadísticos se obtienen los siguientes resultados con respecto a los objetivos que se plantearon en esta investigación.

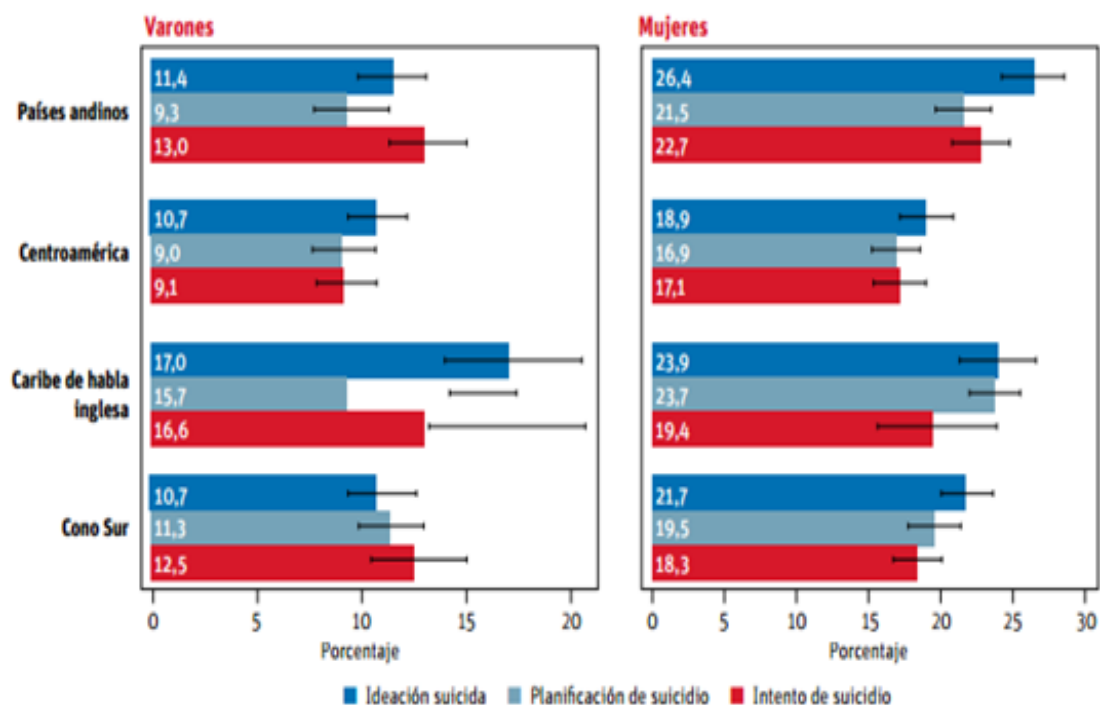
Variable 1: Magnitud del incremento de la ideación suicida en personas de 12 a 18 años en América Latina por la prescripción de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.

Según la OMS (2011) en su informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen, reportó que una persona en el mundo muere por suicidio cada cuarenta segundos, llegando a una cifra de un millón de personas por año. Asimismo indicó que el número de tentativas de suicidio va incrementando progresivamente, hasta llegar a la cifra de 20 millones de tentativas por año. Se desprende de la anterior información que el 5% de las personas en el mundo han experimentado una ideación suicida, por lo menos una vez en su vida; por otra parte, en lo referido a la población adolescente de 12 a 19 años en el mundo, mostraron que el suicidio representó la segunda causa muerte, información que a la fecha potencialmente se mantiene vigente, precisamente por toda la problemática descrita en los capítulos anteriores del presente trabajo de investigación, misma que envuelve y afecta directamente a ese grupo etario en todo América Latina.

Fundamentado en el criterio dado en el anterior informe por la OMS es evidente que la situación del suicidio es un evento altamente preocupante a nivel de América Latina, a pesar de que muchos países del área tratan el tema con suma ligereza, al punto que es requerido una mayor intervención de instituciones estatales para que conjuntamente maximicen los resultados positivos sobre la ideación, planificación e intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años.

Posteriormente la OPS (2014) en su artículo violencia juvenil autoinfligida en América Latina y el Caribe de habla inglesa demuestra que las tendencias suicidas son un problema de salud grave, muestra de ello es la representación gráfica de estimaciones regionales de comportamiento suicida de la proporción de estudiantes adolescentes que se encuentran entre los 13 y 15 años de edad utilizando datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar correspondiente a cada país donde los resultados obtenidos fueron los mostrados en la siguiente figura.

Figura 13. Prevalencia de pensamientos, planificación e intentos de suicidio entre estudiantes de 13 a 15 años de edad, por sexo, en las subregiones de América Latina y el Caribe de habla inglesa



Nota: Organización Panamericana de la Salud, 2015.

A través de los datos obtenidos por la Encuesta Mundial de Salud Escolar durante los años 2007 al 2013 se demuestra que, la violencia autoinfligida es un problema de salud y una de las principales causas de defunción en América Latina y el Caribe de habla inglesa. Con los resultados descritos en la figura anterior, se evidencia que las adolescentes mujeres de todas las subregiones cuentan con mayores probabilidades que los varones de presentar tendencias suicidas, específicamente, considerar formalmente la eventualidad de efectuar la ideación suicida, la planificación del suicidio, el intento de suicidio o la más fatídica que es el suicidio.

Prueba de ello, es que la prevalencia de la posibilidad real de ideación suicida en mujeres fluctuó aproximadamente en un 19% en el Cono Sur y en un 26% en los países andinos, mientras que en los hombres representaba aproximadamente en un 11% en Centroamérica y el Cono Sur, mientras que en el Caribe de habla inglesa en un 17%. Asimismo la planificación suicida en varones oscilaba aproximadamente en un 9% en Centroamérica y los países andinos y en un 16% en el Caribe de habla inglesa, mientras que

en las mujeres se reflejó aproximadamente en un 17% en Centroamérica y en un 24% en el Caribe de habla inglesa. Por otra parte, la prevalencia de intentos reales de suicidio en mujeres osciló entre un 17% en Centroamérica y en un 23% en los países andinos, mientras que en varones rondó entre un 9% en Centroamérica y un 17% en el Caribe de habla inglesa. (Késtel, D. & Korc, M., 2013).

Asimismo, considerando por aparte a cada una de las subregiones tomadas en cuenta se demuestra que en los países andinos al preparar un escenario de sumatoria de adolescentes mujeres y varones en todos los casos de conducta suicida supera el 30.8%, por su parte de la ideación a la planificación un 7% desiste de la idea y de la planificación al intento se incrementan en casi un 5%, pero de la ideación al intento desisten levemente en un 2.1%. Del mismo modo, considerando el escenario diferencia entre varones y mujeres en todos los casos supera el 9.7%, también es observable que de la ideación a la planificación se obtiene un 2.8% que desisten de la idea, Así como de la planificación al intento se incrementan en casi un 2.5%, no obstante, de la ideación al intento desisten en un 5.3%. (Késtel, D. & Korc, M., 2017).

Analizando la subregión centroamericana en el contexto de sumatoria de tendencias suicidas de la población adolescente en todos los casos supera el 25.9%, mientras que de la ideación a la planificación un 3.4% desiste de la idea, de la planificación al intento se incrementan en un 0.3%, sin embargo de la ideación al intento desisten levemente en un 3.4%. Igualmente en el contexto diferencia entre hombres y mujeres todos los casos superan el 7.9%, de manera análoga de la ideación a la planificación un 7.1% desiste de la idea de la planificación al intento se incrementan en un 0.3%, pero de la ideación al intento desisten levemente en un 0.2%. (Késtel, D. & Korc, M., 2017).

Examinando la subregión del Caribe de habla inglesa en un panorama de sumatoria de comportamiento suicida entre los adolescentes de 13 a 15 años en todos los casos supera el 36%, igualmente de la ideación a la planificación un 1.5% desiste de la idea, de la planificación al intento descendió en un 3.4%, por su parte de la ideación al intento desistieron en un 4.9%. En el panorama de diferencia entre mujeres y hombres en todos los casos supera el 2.8%, de la misma forma de la ideación a la planificación un 1.1% incrementa con la idea, de la planificación al intento descendió en un 3.4% y por último de la ideación al intento desistieron en un 5.2%. (Késtelm D. & Korc. M., 2017).

La subregión del Cono Sur, es la última explorada y ella refleja las conductas suicidas de la población adolescente de la siguiente manera en la sumatoria en todos los casos supera el 30%, consecutivamente de la ideación a la planificación un 1.6% desiste de la idea, de la ideación a la planificación un 1,6 % desiste de la idea, de la planificación al intento se mantienen con lo planificado y de la ideación al intento desistieron en un 1.6%. En el escenario diferencia entre hombres y mujeres se observa que en todos los casos supera el 5.8%, mientras que de la ideación a la planificación un 2.8% desiste de la idea, de la ideación a la planificación un 2.8% desiste de la idea y de ideación al intento se incrementó en 5.2%. (Késtel, D. & Korc, M., 2017).

La anterior variabilidad de datos, ilustra de forma precisa y concisa los cambios tan riesgosos y marcados en los adolescentes de las subregiones de la comunidad latinoamericana que caminan por la cuerda de la ideación, planificación e intento suicida. Tales datos clarifican y son una plataforma para considerar que esa cuerda puede ser tirada en cualquiera de los tres escenarios y/o posiblemente más adelante cuando se conviertan en jóvenes o adultos.

Inclusive, basado en la perspectiva señalada en el artículo de la OPS es indiscutible que el contexto de conductas suicidas es una problemática actual y real en la población adolescente que conforme van transcurriendo los años se incrementa en todas las subregiones de América Latina, reconociendo a los países andinos y el Caribe de habla inglesa como los más vulnerables debido principalmente por la situación socioeconómica que cada uno de ellos presenta, además de los conflictos psicoemocionales que el grupo etario en estudio convive día con día como lo son: la baja autoestima, el carácter impulsivo y la falta de una red de apoyo. (OPS, 2013).

Después de observar la prevalencia tan marcada acerca de pensamientos, planificación e intentos de suicidio entre adolescentes de América Latina ha quedado ilustrado que la depresión es una enfermedad silenciosa que requiere de visitas a los centros médicos. Situación que ha sido manejada por los especialistas en la materia (psiquiatras) al ganarse la confianza de los pacientes propiamente en las etapas tempranas del desarrollo de la enfermedad con el apoyo de sus familias, amigos y/o profesores del centro educativo que asisten constantemente y por último el profesional le recomienda el mejor tratamiento farmacológico que considere oportuno y necesario basado en el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-5). (OMS, 2011).

Dicho tratamiento farmacológico tiene su fundamento en los grupos terapéuticos de antidepresivos. Todo lo anterior permite conocer el riesgo real de ideación suicida después de que el médico especialista se lo prescriba durante un tiempo indefinido. Por dicha razón es importante recalcar los principios activos que pertenecen los dos grupos de la presente investigación:

Cuadro 1. Antidepresivos tricíclicos

Antidepresivos tricíclicos				
Amitriptilina	Clormipramina,	Doxepina	Imipramina	Trimipramina
Amoxapina	Desipramina	Maprotilina	Nortriptilina	Protriptilina

Nota: Elaboración propia, 2019.

Cuadro 2. Antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina

Antidepresivos Inhibidores de recaptación de serotonina					
Fluoxetina	Fluvoxamina	Paroxetina	Sertralina	Citalopram	Escitalopram

Nota: Elaboración propia, 2019.

Fármacos que no pasan desapercibidos por la OPS, muestra de lo anterior es que Vázquez en 2011 los reconoce como los medicamentos más utilizados en el abordaje psicofarmacológico de la depresión, obsérvese para mayor ilustración la siguiente figura.

Figura 14. Abordaje psicofarmacológico de la depresión

Medicamento	Dosis	Vida media (horas)
Triciclicos		
Amitriptilina*	25- 300 mg/día	16 – 26
Imipramina	25- 300 mg/día	7- 17
Clorimipramina*	25- 250 mg/día	21- 31
ISRS		
Fluoxetina*	10 a 80 mg/día	24 a 72
Paroxetina*	10 a 60 mg/día	9 a 28
Sertralina	50 a 200 mg/día	24 a 26
Citalopram	10 a 40 mg/día	Menos de 33
Otros		
Bupropion*	100 a 450 mg/día	8 a 39
Venlafaxina	75 a 375 mg/día	5

Nota: Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Continuando con el tema del abordaje farmacológico de la enfermedad, Martínez, Arancibia & Silva en 2015 señalaron que durante la última década en la incursión de nuevos y mejores tratamientos biológicos para las enfermedades mentales, el impacto de los psicofármacos no se convierte en una baja significativa de conductas suicidas y es que el 90% de los suicidios ocurre en el escenario de un trastorno mental, por dicha razón al ser los antidepresivos la primera línea terapéutica para el trastorno de Depresión Mayor las conductas suicidas deberían disminuir en la medida en que los síntomas depresivos van mejorando, sin embargo, dicha situación no siempre ocurre.

Uno de los problemas más significativo que presentan los pacientes con conductas suicidas es que las condiciones psicopatológicas son muy complejas, lo que complica al médico especialista a la hora de establecer un tratamiento psicofarmacológico adecuado según la guía DSM-5. Además es imposible reconocer con certeza los beneficios terapéuticos de cualquier fármaco antidepresivo sobre el espectro suicidal y es que después de que los pacientes comienzan una terapia farmacológica al observar las tasas de tendencias suicidas en adolescentes de América Latina no muestran signos de reducción significativa. (Martínez, Arancibia & Silva, 2015).

Variable 2: El riesgo de la incidencia de intentos y suicidios al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos

Para el 2018, según Quintana & Velazco definen a la reacción adversa tomando el significado que le da la OMS como “una respuesta nociva y no intencionada, que ocurre a dosis usadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o la modificación de una función fisiológica” y es que una enfermedad como la depresión en el transcurso de la vida puede afectar entre un 10-20% a la población latinoamericana, donde los síntomas más predominantes en esta enfermedad son los siguientes: pérdida de interés por las actividades usuales, fatiga, sentimiento de inutilidad, falta de concentración, deseo de morir, pérdida de apetito o de peso, insomnio, agitación o retraso psicomotor. (OPS, 2015).

Sin embargo para realizar el abordaje farmacológico de la patología de la depresión se utilizan diferentes grupos terapéuticos muy variados, lo cual hace que los efectos adversos difieren en función de cada uno de ellos. Asimismo las principales categorías de antidepresivos encierran los tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), donde todos comporten similar eficacia para tratar la depresión, por lo que la elección de alguno de ellos varía en cada paciente en particular, por ejemplo con la presencia de enfermedades asociadas, el riesgo suicida y la respuesta positiva o negativa de un antidepresivo utilizado anteriormente. (Quintana. I. & Velazco, Y., 2018).

Para los fármacos antidepresivos el comienzo de la acción varía entre las dos y las cuatro semanas. Tomando en consideración los fármacos en estudio, los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) son tolerados y seguros en materia de sobredosis, deben ser considerados fármacos de primera línea para el tratamiento de presión para los pacientes con infarto reciente de miocardio o angina inestable, la que se ha mostrado más segura es la sertralina; por su parte los antidepresivos tricíclicos comparten una eficacia similar a los ISRS pero cuentan con mayoría de efectos adversos, además que la toxicidad forma un problema en caso de presentarse una sobredosis. (OMS, 2014).

En materia de los antidepresivos tricíclicos las licenciadas Quintana y Velazco en 2018 expresan que el paciente debe iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir subiendo paulatinamente, además las reacciones adversas más llamativas que se encuentran son la sequedad de boca, sedación, estreñimiento, somnolencia, disfunción sexual; asimismo las

precaución más importante riesgo de suicidio y debe vigilar estrechamente al paciente. Por otra parte cuando se retira un medicamento de este tipo de grupo terapéutico debe disminuirse su consumo de forma gradual para evitar las reacciones adversas.

Misma teoría realizan Quintana & Velazco en 2018 con los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina donde relatan que el inicio del tratamiento para el paciente se hace según la patología a dosis terapéuticas habituales que dice la literatura farmacológica en las guías mhGAP o DSM-5; conjuntamente las reacciones adversas que se observan con mayor frecuencia en los pacientes son náuseas, diarrea, ansiedad, sudoración y disfunción sexual; igualmente que en los antidepresivos tricíclicos la precaución más detallada es vigilar estrechamente a los pacientes con riesgo suicida hasta que exista mejoría clínica de la depresión. Para la retirada del medicamento esta va depender de factores como la duración del tratamiento y la dosis utilizada, por dicha razón se debe evitar que el fármaco se retire de forma abrupta.

Lo anterior explica que tanto los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina como los antidepresivos tricíclicos son medicamentos de primera línea para el tratamiento de una enfermedad como la depresión porque resultan eficaces y seguros, de esta forma se obtienen resultados muy positivos para el paciente, sin embargo a la hora de realizar la prescripción de alguno de estos fármacos para un paciente adolescente con conductas suicidas se debe tener una vigilancia estricta al paciente y avisarle al profesional en salud de cualquier movimiento extraño o actitud de indiferencia que lleven al joven entre 12 y 18 años, más que todo por una conducta impulsiva a cometer un suicidio y que los índices de suicidio en América Latina aumenten de forma muy significativa.

En cuanto a lo que hace referencia a la incidencia de reacciones adversas con los antidepresivos de cualquier grupo terapéutico, la siguiente tabla de un estudio de tres revisiones sistemáticas de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) con una incidencia del 96% en 2018 deja claro cuáles son las reacciones adversas que se observan con mayor frecuencia y en qué porcentaje afectan de forma directa a los pacientes que los consumen diariamente para tratar algunas enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar y otros. Asimismo en la siguiente figura se realizan las siguientes abreviaturas: BUP: bupiron, CIT: citalopram, DESV: desvenlafaxina, DUL: duloxetina, ESCI: escitalopram, FLOVOX: fluoxetina, FLUV: fluvoxamina, MIR:

mirtazapina, PAR: paroxetina, SER: sertralina, TRA: trazodona, VEN: venlafaxina. (Quintana, I. & Velazco, Y., 2018).

Figura 15. Incidencia de reacciones adversas con diferentes antidepresivos

Medicamentos	Reacciones adversas					
	Diarrea	Mareo	Cefalea	Insomnio	Naúseas	Somnolencia
BUP	8,9	9,3	27,6	14,6	14,3	5,4
CIT	9,1	7,6	15,8	10,3	12,7	12,3
DESV	-	-	-	12,5	22,5	-
DUL	17,4	16,4	18,5	12,6	29	11,4
ESCIT	12	8,8	18,1	8,9	15,8	5,5
FLUOX	10,9	3,6	8,9	13,2	11,6	9
FLUV	18,9	9,6	10,4	31	42,5	13,3
MIR	6,4	9,8	13	6,5	8,4	18,7
PAR	12	4,9	6,8	11,8	14,4	16
SER	16,5	4,5	9,3	16,7	11,6	10,9
TRA	4,1	22,8	14,1	4,7	13,1	42,4
VEN	10,5	17,3	20,3	14,6	29,3	14,1

Nota: Quintana, I. & Velazco, Y., 2018.

Lo anterior deja claro que cuando a un paciente se le detecta una enfermedad como la depresión diagnosticada por un profesional en salud, se comienza el tratamiento farmacológico más adecuado, pero como todo medicamento posee efectos secundarios como los mencionados anteriormente, algunos más comunes que otros, sin embargo la principal precaución del tratamiento es el riesgo suicida, pues independientemente del fármaco que se utilice, ya sea un antidepresivo inhibidor de recaptación de serotonina o un antidepresivo tricíclico estos comienzan su efecto entre dos y cuatro semanas después, es ahí donde la experiencia clínica dicta que durante las primeras semanas las conductas suicidas aumentan y el paciente ocupa vigilancia durante las veinticuatro horas del día.

Siguiendo con el tema de la farmacología de la depresión pero ahora más específico en niños y adolescentes de América Latina Ulloa, Peña & Nogales en 2011 indican que los ensayos clínicos que se dedican a evaluar la eficacia y seguridad de los antidepresivos en

niños y adolescentes han puesto de manifiesto las diferencias respecto a los adultos. El resultado más importante obtenido es que los antidepresivos tricíclicos utilizados durante décadas en los adultos, al ser valorados en la población pediátrica exhibieron una eficacia similar al placebo y un bajo perfil de seguridad, donde existieron algunos reportes de muerte súbita por alteraciones cardiovasculares en los pacientes que fueron tratados con esos fármacos

Por su parte, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) del mismo modo han sido explorados en estudios de doble ciego controlados con placebo. Uno de los ejemplos es que la fluoxetina (20-60mg) reveló eficacia y seguridad en mediano plazo en estudios controlados, también presentó mayor prevención de recaídas hasta en 32 semanas y fue muy superior a otros medicamentos como la nortriptilina, por lo que la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA) la aprobó para el tratamiento de Depresión Mayor en niños y adolescentes. (OPS, 2015).

Hace algún tiempo atrás, el escitalopram (10-20mg) fue aprobado por la FDA para su uso en adolescentes. Otros fármacos como la sertralina y la paroxetina han sido sometidas a evaluaciones de eficacia y seguridad tanto en estudios abiertos como en estudios controlados, sin embargo, los resultados obtenidos no expresaron diferencias muy marcadas contra placebo en niños y adolescentes deprimidos. En estos casos la sertralina mostró menor eficacia ante una terapia cognitiva conductual y propiamente a la paroxetina no se le encontraron diferencias con imipramina y clorimipramina en adolescentes deprimidos; por dicha razón tales fármacos no cuentan con suficiente evidencia para ser aprobados como tratamiento antidepresivo en este grupo etario. (Ulloa ,R., Peña, F. & Nogales, I., 2011).

Es importante recalcar que la FDA hace algunos años estableció una advertencia sobre los riesgos de ideación y conducta suicida en los niños y adolescentes que consumen antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina; dicha medida ha sido muy cuestionada en su validez y ha hecho que se disminuya la prescripción de estos medicamentos por parte de los profesionales de salud; es decir, los psiquiatras a los adolescentes, por el hecho de que se han incrementado los índices de intentos de suicidio y suicidios tanto en Estados Unidos como en la población latinoamericana. (OMS, 2012)

Entonces dicha consideración de la FDA tiene su contraparte en un artículo denominado Evidencia en defensa de los antidepresivos donde Klein y Cols en 2016 reiteran

la problemática enfascada desde el 2006 por los criterios de riesgo suicida por uso de los antidepresivos, ellos transmiten el criterio que a pesar de la postura de la FDA existe una fuerte evidencia de que los antidepresivos más bien son muy útiles para la reducción del riesgo suicida reflejada en una progresiva y significativa disminución en las tasas de suicidio en pacientes depresivos en la llamada “era ATD” (1960 -1992) y el ejemplo que señalan es que las tasas se redujeron de modo progresivo (6.3, 5.7 y 3.3 por cada 1000 pacientes). De igual manera en el siguiente gráfico se observa la relación de conductas suicidas después de iniciado el tratamiento.

Figura 16. Asociación entre tiempo de iniciada la terapia antidepresiva y las conductas suicidas.

Días	Intentos Suicidas no Fatales	Control	Riesgo Relativo
1 a 9	74	104	4.1
10 a 29	109	207	2.9
30 a 89	150	548	1.5
Mayor a 90	222	1203	1.0

Nota: Klein & Cols., 2016.

Es así como se demuestra que conforme el paciente esté tomando diariamente su medicamento el riesgo suicida comienza a decrecer, sin embargo en las primeras semanas existe un riesgo muy alto y es ahí donde un equipo interdisciplinario en materia de salud debe trabajar conjuntamente para que el adolescente cuente con una red de apoyo diferente a la de su familia que esté trabajando fuertemente en la salud mental del adolescentes, para que así se sienta acompañado y escuchado por el personal más capacitado e idóneo. Es muy importante que en ese equipo de salud exista un farmacéutico que conozca sobre las reacciones adversas del medicamento y le hable de forma clara, precisa y concisa al paciente adolescente y a su familia o amigos.

Continuando con Klein & Cols, en 2016 nos muestran otra figura que representa algunas características generales y otras relacionadas con las conductas suicidas según el antidepresivo que los pacientes de 12 a 19 años consumen en su vida cotidiana y la comparación entre el comportamiento de los fármacos como venlafaxina, fluoxetina y citalopram que comparten mismo mecanismo de acción, esto para lograr desvirtuar el criterio de la FDA de que los inhibidores de recaptación de serotonina aumentan el riesgo suicida en los adolescentes.

Figura 17. Riesgo para Conductas y Características Generales Relacionadas con Suicidio según Antidepresivo

Característica	Venlafaxina	Fluoxetina	Citalopram	Riesgo relativo	
	N=27096	N=134996	N=52035	Venlafaxina vs Fluoxetina	Venlafaxina vs Citalopram
	N (%)	N (%)	N (%)		
Diagnóstico previo					
Depresión	20574 (75.9%)	57918 (42.9%)	27883 (53.6%)	4.10	2.8
Bipolar	423 (1.6)	452 (0.3%)	328 (0.6%)	4.83	2.51
Esquizofrenia	705 (2.6%)	1343 (1.0%)	714 (1.4%)	2.70	1.91
Ansiedad	10210 (37.7%)	28788 (21.3%)	15560 (29.9%)	2.13	1.45
Evento un año previo					
Conductas suicidas	260 (1%)	474 (0.4%)	207 (0.4%)	2.75	2.43
Conducta suicida que requirió hospitalizar	99 (0.4%)	177 (0.1%)	67 (0.1%)	2.79	2.84
Hospitalización por depresión	670 (2.5%)	551 (0.4)	302 (0.6%)	6.19	4.34
Prescripción de otro antidepresivo previamente	19651 (72.5%)	37318 (27.6)	20563 (39.5%)	6.91	4.04
Número de ATD prescritos en el último año					
0	7445 (27.5%)	97678 (72.4%)	31472 (60.5%)	0.14	0.25
1	12132 (44.8%)	29836 (22.1%)	14831 (28.5%)	2.86	2.03
2 o más	7519 (27.7%)	7482 (5.5%)	5732 (11.0%)	6.55	3.1
Uso actual de...					
Estabilizadores	1010 (3.7%)	1536 (1.1%)	977 (1.9%)	3.36	2.02
Benzodiazepinas	2740 (10.1%)	6893 (5.1%)	4253 (8.2%)	2.09	1.26
Antipsicóticos	2653 (9.8%)	3393 (2.5%)	2230 (4.3%)	4.21	2.42

Nota: Klein & Cols., 2016.

Figura que igualmente evidencia que las conductas suicidas empiezan a disminuirse luego de varias semanas de tratamiento, unas incluso con terapia combinada porque la impulsividad de muchos jóvenes los lleva a cometer un suicidio, asimismo nos muestra un medicamento de como venlafaxina el cual va a pertenecer a otro grupo terapéutico como lo son los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina pero por la experiencia clínica muchos psiquiatras prefieren no utilizarlo porque es más activador de las ideas, planificaciones e intentos suicidas.

Para Klein y Cols, en 2016 existen tres puntos importantes que hacen que la teoría de la FDA pierda validez, el número uno que se realizaron estudios para evaluar la posibilidad de inducir suicidio en niños y adolescentes donde el resultado obtenido fue que no hubo ningún suicidio, entonces la FDA hacía referencia al concepto de suicidalidad como sustituto del suicidio, como número dos los datos analizados están basados en inferencias, debido a que la evidencia no cumple con el propósito real porque se utilizaron escalas estandarizadas de tendencias suicidas pero haciendo inclusión al término ideas y no atendiendo a la intención o plan suicida y por último como número tres las estrategias de un término inapropiado donde se basaron en un marcador compuesto que incluye las ideas suicidas pero es engañoso porque no es el verdadero potencial de un evento raro como el suicidio.

Recopilando la información de la OMS, La OPS y Quintana y Velasco es evidente que los antidepresivos tricíclicos no son elegidos como tratamiento de primera línea en adolescentes por sus diversos efectos secundarios, principalmente por su hepatotoxicidad y riesgo suicida durante las primeras semanas del tratamiento; asimismo, años después aparecen los inhibidores de recaptación de serotonina disminuyendo la cantidad de efectos secundarios para el paciente adolescente, sin embargo actualmente la FDA cuenta con una alerta de riesgo suicida en niños y adolescentes que consumen los IRSS en su vida cotidiana; por lo tanto ante un ente tan reconocido a nivel mundial por su aporte en los estudios con cada uno de los fármacos que existen en el mercado compromete al farmacéutico a ser parte de la atención primaria en salud y educar al paciente después de despachar cualquiera de estos fármacos antidepresivos.

Otra situación, es que cuando comparan los IRSS entre ellos y las conductas suicidas que estos poseen para poder desvalorizar el concepto que la FDA tiene muy claro es cierto que el riesgo suicida disminuye conforme la periodicidad en la que el paciente adolescente consume continuamente. Sin embargo, estos estudios son ambivalentes pues si bien es cierto

reconocen que no se comprueba ninguna ideación, planificación, intento o suicidio propiamente también registran que durante las primeras semanas del tratamiento los adolescentes poseen tendencias suicidas y es de esa forma donde el equipo interdisciplinario debe actuar y estar compuesto por un psiquiatra, un psicólogo (a), un trabajador social (a), una enfermera (o) e incorporar un farmacéutico (a) porque es el más idóneo para trabajar con la farmacología. (OPS, 2015)

Variable 3: Las deficiencias de salud mental con la incidencia de intentos de suicidio en personas de 12-18 años en América Latina en un período comprendido entre 2010-2018.

Para responder a la categoría del objetivo específico planteado en la investigación fue requerido la opinión de algunos expertos en el tema de salud mental tanto a nivel público como privado en Costa Rica por el hecho de ser un país perteneciente a la población en estudio como lo es América Latina. Los lugares que se visitaron fueron los entes públicos Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública (MEP) y Hospital Nacional de Niños Carlos Saénz Herrera y como entes privados a los Doctores Psiquiatras de las empresas Global Med y una Clínica especializada en Salud Mental.

Discusión entrevista 1 con el Jefe de Secretaría Técnica de Salud Mental

Es claro que el Ministerio de Salud es el Rector del Sistema Nacional de Salud, y como tal sus acciones políticas o estrategias también van dirigidas a proteger y mejorar la salud mental de las personas de 12-18 años, motivo por el cual en abril 2014 crear la Secretaria Técnica de Salud Mental, considerando que no existen deficiencias en el tema de salud mental, lo que no se tiene son equipos de salud mental, en ese sentido la Caja Costarricense del Seguro Social conformó los El-SAM, con la idea de brindar una respuesta, situación minúscula para tratar de abarcar toda la problemática nacional mediante una red de servicio como esa, especialmente sin contar con el recurso humano y los profesionales competentes en la materia de Salud Mental.

Otra problemática fue y ha sido la falta de internamiento en los hospitales San Juan de Dios y México, pues lo que ofrecen es el servicio de psiquiatría de enlace y consulta externa y los internamientos son enviados al Hospital Nacional Psiquiátrico, cuando el objetivo sería hacer cumplir el Decreto que estipula la existencia del 5% de las camas en los hospitales deben ser dedicadas a Psiquiatría, situación que no se cumple actualmente, lo anterior con el fin de aligerar dicho Hospital, remitiendo dichos caso a los hospitales regionales y periféricos.

Situación que evidencia un sistema hospitalario desgastado y no preparado para materializar cargas basadas en normativas enteramente nuevas que por la naturaleza de creación de los hospitales antes citados, sin la cantidad de recurso humano y profesional necesario y competente, así como también estructural, funcional y presupuestariamente hablando no se encuentran preparados para ejecutar con dicha normativa. Así las cosas, a partir de agosto del 2017 la secretaría se aboca, tres años después, a implementar su

organización, así como la creación de una serie de normativas y reorientaciones de estrategias.

Aspecto a la que se le denomina pérdida de tiempo valioso en salud mental, pues cinco años después, es evidente que los programas, proyectos y servicios de salud mental caminan a paso lento a nivel nacional, siendo fiel reflejo de lo que a nivel latinoamericano tiene condiciones muy similares, ya que los trastornos de salud mental y por uso de sustancias tienen una alta prevalencia y son factores que contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, además de aumentar riesgo de padecer otras condiciones de salud.

Muestra de ello, son los resultados que se obtienen a nivel nacional mediante los grupos de apoyo comunal o único programa que actualmente trata con la incidencia nacional de intentos de suicidio de personas entre los 10 y 19 años desde el 2014, que dicho sea de paso, fue considerada la más alta si se le compara con otros grupos de edad en el cantón de Talamanca. Para el año 2017 la tasa de intentos de suicidios a nivel nacional cerró en 14.94 por cada 100 mil habitantes, y en Talamanca en 27.4, según el Ministerio de Salud; aunque no fue la más alta del país, su incidencia alarmó a la comunidad, tanto así que el Concejo Municipal el 26 de setiembre del 2014 declaró el suicidio de personas jóvenes como emergencia en el cantón, y se dio paso a la creación de la Comisión Cantonal de Abordaje del Riesgo Suicida de Talamanca.

Situación que se elevó la situación hasta la exviceministra de juventud, quien a la vez visibilizó la problemática del suicidio adolescente ante el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, pero actualmente uno de los problemas más serios es la falta de presupuesto, pero como parte del proceso de visibilización del suicidio de personas jóvenes en Talamanca, en el año 2015, articuló con la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica hacer una investigación para analizar los impactos del suicidio en la comunidad y como acción concreta se logró las Casitas de Escucha, único programa que se mantiene actualmente y que fue desarrollado desde el año 2017 por la Fundación Mente Sana y actualmente opera en Sepecue, Puerto Viejo, Cieneguita, Corales y más recientemente en Shiroles y Sixaola.

Queda entonces en proceso de deuda para la Secretaria Técnica de Salud Mental, desarrollar otros programas y proyectos como el anterior a nivel país con las fuentes

presupuestarias necesarias y requeridas para que todas las personas en el territorio nacional tengan su derecho a la promoción de la salud física y mental.

En lo que respecta a las acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida para promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida de la personas entre 12-18 años se creó las aulas de escucha para incorporar equipo de salud mental en las escuelas y colegios costarricenses, pero en realidad lo que se ha venido brindando es un proceso de capacitación del eje creativo que costa de 100 talleres de escultura distribuidos en 20 colegios seleccionados a nivel de séptimo año, que participarán en la implementación de una estrategia de participación que permita el fortalecimiento y desarrollo de habilidades creativas en los estudiantes, situación que conjuntamente con la creación del Protocolo de Abordaje de Suicidios en IAFA, PANI, el cual no se ha realizado.

Evidenciando que las acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria han sido abordadas de manera poco efectiva, debido a falta de un estudio epidemiológico de incidencias y prevalencia, así como el abordaje integral del comportamiento suicida. De similar forma la actualización profesional y/o capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años, se circunscribe débilmente, a tres días cuatro veces al año, como se mencionó anteriormente, no es suficiente que durante cinco años se reduzca el cumplimiento de las acciones, metas y componentes de la estrategia de salud mental a girar en torno a la implementación de estrategias y planes de acción para el desarrollo integral de las personas, cuando a estas alturas deberíamos estar obteniendo resultados de programas y proyectos específicos como respuesta a la ideación, planificación e intentos suicidas y por ende en Salud Mental.

Del mismo modo tener un panorama más claro del trabajo realizado por la Secretaria Técnica sobre la atención de adolescentes con ideación suicida. Más aún, la preparación a los profesionales en salud, según lo estratificó la Contraloría General de la República, es esencial agregar el tema de salud mental en los planes de estudio de medicina, psicología, enfermería y trabajo social e implementar las guías de intervención de trastornos mentales mhGAP al sistema de salud costarricense.

Por último, reconocer que el Estado le brinda el recurso económico y que existe muy poco personal calificado para trabajar en el área de salud mental, presenta la

dicotomía existente entre ambas. Ambos recursos son indispensables para intervenir oportunamente a las poblaciones sanas para evitar que sean afectadas con intentos suicidas que a la postre desemboquen en años de vida productivos perdidos, años vividos con discapacidad y dolor emocional familiar y personal, entre otras muchas consecuencias.

Discusión entrevista 2 con la Jefa de Contraloría de Derechos del Ministerio de Educación Pública

En lo que respecta a la ponencia de la Jefa de Contraloría de Derechos del Ministerio de Educación Pública es considerable repasar los aspectos más relevantes para la presente investigación, es por ello que se inicia con los protocolos de intervención de la ideación suicida y prevención del suicidio en estudiantes, tal instrumento demuestra el compromiso de una institución por aportar de forma positiva en procura de mitigar una problemática a nivel nacional. No obstante, considerar que el rol del o la docente este siendo afectado por la falta de preparación para la aplicación de los componentes de los instrumentos, es totalmente inadmisibles, por ser considerado una antítesis del rol preventivo que debe asumir el Ministerio de Educación Pública como actor del proceso y por su importante función de detectar los potenciales casos que caminan por las aulas de escuelas y colegios a nivel nacional.

En razón de lo anterior, es claro que las acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida para promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, especialmente en el abordaje integral del comportamiento suicida de la personas entre 12 a 18 años, ha sido un asunto por resolver, precisamente porque no comparte los protocolos con otras instituciones públicas, dejando de lado que, el Ministerio de Educación Pública era el enlace entre las etapas interinstitucionales e intersectoriales, tal situación irrumpe, debilita y aniquila la comunicación y las múltiples cosas y eventos que hacer, impactando directamente en el bienestar mental estudiantil, máxime que en el mencionado Ministerio no existe una estrategia de Salud Mental, situación bastante nociva, máxime cuando se reconoce que los factores familia-autoestima son por excelencia, hilos conductores que hara fuertes y/o débiles a los muchachos y muchachas de 12 a 18 años ante la ideación suicida y lo que es peor, un seguimiento con protocolos incompletos y totalmente desinformativos.

Siempre en ese mismo orden de ideas y totalmente asociada, la relevancia de la preparación profesional en los centros universitarios, reflejan la obsolescencia la cual permite una respuesta poco efectiva y eficaz ante la realidad y problemática social que actualmente se presenta a nivel nacional y para agudizar la situación, contradictoriamente, la actualización profesional y/o capacitaciones sobre la atención de salud mental a los actuales profesionales en educación se encuentra sometida al alto índice de incapacidades por Salud Mental. Es claro que el sistema de educación costarricense para la atención de estudiantes menores de edad con ideación suicida está en déficit en cuanto a la preparación y conocer la parte integral psicosocial del ser humano, generalmente porque se ha enfocado en el aprendizaje, en brindar el recurso económico y humano requerido para desarrollar una estrategia en Salud Mental, especialmente contar con un equipo interdisciplinario especializado, pero solo se cuenta con orientadores, la problemática obedece a la falta de una estrategia o una política de Salud Mental evidentemente lo anterior agudiza la falta de una visión de lo que se debe realizar en los centros educativos, es indiscutible que el asunto gira en torno de otros factores no presupuestarios.

Discusión entrevista 3 con el Jefe de Psiquiatría Hospital Nacional de Niños

Continuando con las afirmaciones, se consideró al Jefe de Psiquiatría del Hospital Nacional de Niños, de la Caja Costarricense de Seguro Social con la idea de considerar los puntos más relevantes en lo que a Salud Mental se refiere.

En el Hospital Nacional de Niños la situación de la ideación suicida para una persona de 12 a 18 años tiene entornos completamente diferentes tanto antes, como en el momento, o después de la potencial aplicación del protocolo, todo depende de la severidad reportada en la razón clínica de la persona, misma que responde de la valoración clínica por especialista la que establece el tratamiento que va desde ambulatorio regular, consulta externa o intrahospitalaria, ya sea en centro médico o en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Ahora bien fundamentado en el criterio de la OPS en el año 2012, los casos en América Latina la ideación suicida y suicidios aumentan por factores tales como el abuso sexual, abuso físico, una pérdida severa, la pérdida de un ser querido o la muerte de una persona muy cercana o bien una situación de acoso repetido por ejemplo el bullying, más el asocie de uno de los anteriores y un intento o un pensamiento muy prolongado o recurrente de suicidio.

Así las cosas, el sistema de salud costarricense para la atención de pacientes menores de edad con ideación suicida es considerado bueno, solamente que se debe agregar capacitación y educación para los niveles primarios de salud el cual se está saturado. Entonces se requiere herramientas más específicas para la detección y prevención porque en el tema de suicidio la prevención es fundamental, la idea es que los niños y adolescentes pueden ser atendidos en todas las áreas del país, con el objetivo claro de prevenir la ideación suicida. Otro aspecto relevante es la falta de estudios epidemiológicos sobre salud mental que impactan en una serie de condiciones, mismas que marcaran el estado actual de la ideación suicida y/ o el suicidio, sus antecedentes para anticipar cuanta población está en riesgo.

Otros elementos que son de sumo interés es la duración de la consulta, el tratamiento y los mecanismos de seguimiento en la atención de personas de 12-18 años con ideación suicida, la misma va desde una hora hasta quince minutos de tiempo dependiendo del paciente y su evolución. En lo que respecta al tratamiento depende de la condición del paciente y por último, el seguimiento dependerá de la gravedad.

En lo que respecta a si las universidades están preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental, sobre este tema se maneja un doble discurso, donde se habla mucho de la gravedad, pero aún no se ve con tanta seriedad. Así mismo actualización profesional/ capacitaciones sobre la atención de salud mental se está obligado a actualizarse continuamente y con los farmacéuticos hay muy buena comunicación y disposición para ayudar.

Discusión entrevista 4 con el Doctor Psiquiatra de la empresa Global Med

En lo que respecta a nivel privado, mediante la empresa proveedora de servicios médicos Global Med se destaca la importancia de aplicar el o los protocolos que interinstitucionalmente se cuentan a nivel país para que se mantengan estables las incidencias de ideación, intentos y suicidios conforme a los factores que entran en el comportamiento suicida. Aunado a lo anterior, con la creación de estrategias y planes de acción Costa Rica ha venido creciendo en el tema de salud mental, pero paulatina y reservadamente, tanto así que aún los estudios epidemiológicos se está trabajando en ellos, teniendo en consideración factores tales como: hogares disfuncionales, alcoholismo, violencia doméstica, explotación sexual, abuso de sustancias ilícitas, pandillas, sicariato, el tráfico de personas, tráfico de

armas, tráfico psicofármacos, conducciones temerarias, no tener acceso a la educación, falta de empleo y a nivel colegial el bullying.

Otros elementos considerados fueron la consulta, el tratamiento, mecanismos de seguimiento y sobre todo la coordinación que debe de existir entre farmacéuticos y médicos en la atención de pacientes para los casos de personas de 12-18 años de edad con ideación suicida. Fue importante para ese conversatorio si las universidades estaban preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental situación que marca las grandes insuficiencias, situación que asociada con las actualizaciones y capacitaciones generan toda una clara deficiencia del sistema en contra de la salud mental a nivel nacional.

Discusión Entrevista 5 con el Doctor Psiquiatra especialista en Salud Mental en el consultorio ubicado en el Centro Colón

Por último, pero no menos importante los aportes en el ambiente privado el Doctor fue claro en la aplicación de su protocolo que en los casos de paciente de 12-18 años con ideación suicida donde es de suma importancia la familia como red de apoyo, así como la programación de una cita para una semana o en 15 días. Fue amplia su explicación de factores de riesgos, su valoración con respecto al sistema de salud costarricense para la atención de pacientes menores de edad con ideación suicida, donde destaca la valoración de un equipo multidisciplinario: entre ellos: un psiquiatra, un psicólogo, trabajo social y la familia.

Otro detalle importante fue su postura ante la falta de estudios epidemiológicos sobre salud mental en Costa Rica y cómo afecta, pues al no contar con ellos, no se pueden establecer prioridades, no se puede conocer el perfil epidemiológico de cuáles son los grupos que están siendo más afectados, cuáles son los factores de riesgo asociados a cierto grupo, incluso cuáles son los factores protectores que se podrían promover o fortalecer y teniendo identificados esos grupos tanto por grupo etario como por localización, nivel socioeconómico entonces se podría establecer políticas basadas en la evidencia local. Falta voluntad política.

El doctor consideró lo mismo que otros profesionales de recetar fluoxetina y para mitigar efectos secundarios de la misma la acompaña con una benzodiacepina al inicio del tratamiento para protegerlo de ese malestar que le genera las primeras semanas y ya después se la quitó. Es decir a veces es el problema es el medicamento pero al inicio. Llamó poderosamente la atención su mecanismo de seguimiento su teléfono. Del mismo modo,

destaco que en su preparación no recordaba que lo hubieran preparado para suicidios nunca y la preparación en los psiquiatras es muy farmacológica y nada más farmacológica y eso no es suficiente, entonces depende de la carrera así lo preparan a uno. Con respecto al seguimiento de atención de pacientes con ideación suicida no existe coordinación de nada.

Variable 4: Datos estadísticos de incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020.

Históricamente, América Latina ha tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, mientras que América del Norte se ubica en un segmento intermedio (OMS, 2013). Los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como “irregulares”, especialmente al compararlos con los datos de los países europeos (Bertolote y Fleishman, 2002). El retraso en el reporte de los datos es uno de los problemas. En la región, también existen marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo (Liu, 2009).

Otra de las dificultades está relacionada con la notificación inicial de los suicidios y posibles clasificaciones erróneas. La validez de los casos denunciados puede verse influenciada por factores culturales y religiosos, así como por la estigmatización de quienes cometen este acto (Wasserman, 2005). También existen diferencias entre las regulaciones legales de los países con entre las regulaciones legales de los países con respecto a cuáles muertes deben clasificarse como suicidio. La determinación de la intención en lo que respecta a la categorización de una muerte como suicidio se ve afectada no solo por cuestiones legales sino también por los aspectos socio-culturales mencionados anteriormente. Investigaciones en el pasado han demostrado que las actitudes culturales hacia el suicidio son una de las razones por las cuales muchos de estos actos se clasifican como muertes de intención no determinada (Pritchard y Hean, 2008), (Kohn y Friedman, 2012). Muestra de ello son los datos que se reflejan en la siguiente figura:

Figura 18. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, no ajustadas y ajustadas según la edad, en América Latina, Periodo 2005–2009

Región y subregiones	Tasas no ajustadas según la edad			Tasas ajustadas según la edad		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
América Latina y el Caribe	5,20	8,22	2,10	5,23	8,39	2,10

Nota: OPS/OMS, 2014.

La tasa no ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,20 por 100.000 habitantes para ambos sexos, asimismo las tasas de suicidio ajustadas según la edad en los hombres y en las mujeres fueron de 8,39 y 2,12 por 100.000, respectivamente en el período 2005-2009.

Por esta razón, es importante tener en cuenta que las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden, en muchos países, estar subestimadas (Phillips, 2004). Si bien el número de muertes por suicidio y las tasas siguen siendo el dato más visible, se hace necesario considerar la conducta suicida en sus diferentes expresiones. La problemática del suicidio ocurre en un continuo, el cual incluye la ideación suicida, la planificación y los intentos, muchos de los cuales no culminan en una defunción. Diversos estudios han reflejado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos suicidas (OMS, 2013) la denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia.

Según los estudios de carga de enfermedad, las lesiones auto-inflingidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio ocuparon en 2010 el 18 lugar, a nivel mundial, según los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), y constituyen el 1,5% del total de AVAD. En América Latina, las autolesiones ocupan el 18 lugar y corresponden a 1,3% del total de AVAD (Institute for Metrics and Evaluation, 2013). Cabe destacar que existe una estrecha relación entre el suicidio y las enfermedades mentales, pues están presentes en más del 90% de todos los casos de suicidio (OMS/OPS 2014).

La OPS, en el 2018 señala que la etapa de la adolescencia es un proceso de múltiples cambios que para algunos puede ser muy apasionante por el hecho de descubrir su propia identidad, además desarrollan su capacidad afectiva para sentir emociones y sensaciones que en algún momento no eran habituales en su cotidianidad, pero para otros por una u otra razón distinta descritas en los capítulos anteriores de esta investigación se vuelve una causa de estrés o aprensión. En algunos casos estos sentimientos al no ser reconocidos y debidamente controlados pueden causar enfermedades mentales.

Igualmente se conoce que la mitad de las enfermedades mentales inician antes de los 14 años, pero la mayoría de casos no se detectan, ni se tratan; situación que es alarmante por el hecho de que la carga de morbilidad de una enfermedad como la depresión ocupa el tercer lugar en los adolescentes. Por su parte este hecho lleva de la mano un tema tabú en la población latinoamericana que es el suicidio, el cual representa la segunda causa de muerte

entre los jóvenes de 15 a 29 años. Es claro que la población adolescente sigue padeciendo una enfermedad grave y aunque con estos datos está pidiendo ayuda, realmente no cuenta con el apoyo por parte de los profesionales en salud y educación para la prevención de las conductas suicidas. (OMS/OPS 2014).

Desde el 2013 la OMS ha reconocido que un total de 1.868.173 personas sufrió depresión y que a futuro parece seguir aumentando paulatinamente hasta obtener cifras donde el 8 y 15% de las personas sufrirán la enfermedad a lo largo de su vida; situación que no pasa desapercibida en los adolescentes debido a que partir de los 14 años comienzan los trastornos mentales sin embargo entre el 76 y 85% de ellos no reciben ningún tipo de tratamiento. Asimismo se ha estimado que para el 2020 la depresión unipolar se incrementará y será la segunda causa de carga de morbilidad a nivel mundial; estadística que está presente. (OMS, 2013). Muestra de ello es la proyección realizada en la siguiente figura:

Figura 19. Proyecciones principales causas de morbilidad

CAMBIO EN LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE CARGA MUNDIAL DE MORBILIDAD SEGUN AVAD PERDIDOS

1990		Proyección 2020	
Rango	Enfermedades o Traumatismos	Rango	Enfermedades o Traumatismos
1	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1	Cardiopatía isquémica
2	Enfermedades diarreicas	2	Depresión unipolar grave
3	Trastornos perinatales	3	Traumatismos causados por el tránsito
4	Depresión unipolar grave	4	Trastornos cerebrovasculares
5	Cardiopatía isquémica	5	enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6	Trastornos cerebrovasculares	6	Infecciones de las vías respiratorias inferiores
7	Tuberculosis	7	Tuberculosis
8	Sarampión	8	Guerras
9	Traumatismos causados por el tránsito	9	Enfermedades diarreicas
10	Anomalías congénitas	10	VIH

Nota: OMS, 2013.

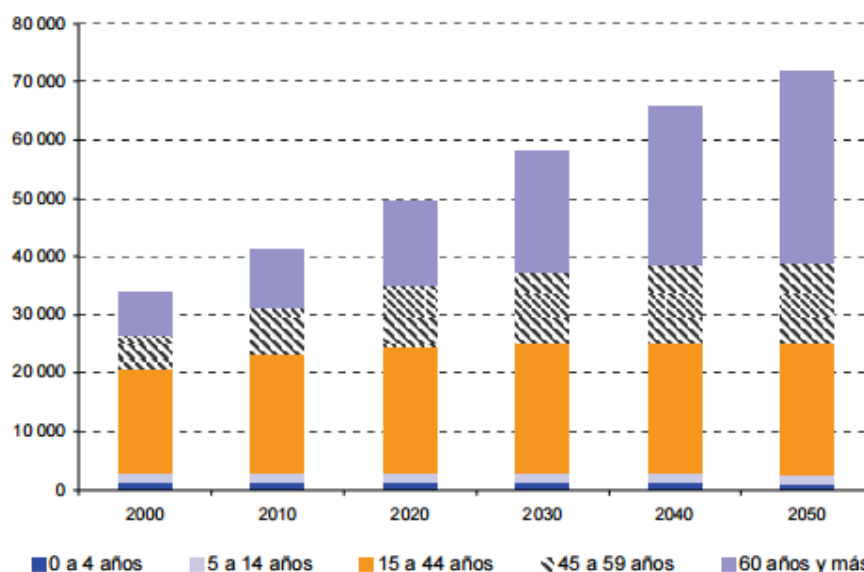
Asimismo los casos no tratados de trastornos mentales cobran un alto precio sobre todo a futuro ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. Por el momento de 1990 a la actualidad la depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial pero las estimaciones y

predicciones para el 2030 toman la enfermedad de la depresión como la principal causa de morbilidad a nivel mundial; situación que no pasa desapercibida en América Latina y el componente de discapacidad por trastornos mentales incrementa año tras año.

Por su parte en América Latina y Caribe se calcula que durante el período 2000-2050 se duplicará la cantidad de personas con dependencia moderada-severa, que se refiere a cada una de las personas que padecen dos de cualquiera de las más graves clases de discapacidad como lo son: la psicosis activa, la demencia, la cuadriplejía, la migraña severa continua, la ceguera, la paraplejía y por último la depresión severa, donde la cantidad de personas afectadas se incrementará de 23 millones a 50 millones (OMS, 2012). Para mayor ilustración véase la siguiente figura:

Figura 20. Proyecciones de personas con dependencia moderada-severa

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA-SEVERA QUE REQUIEREN DE CUIDADOS DIARIOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2000-2050



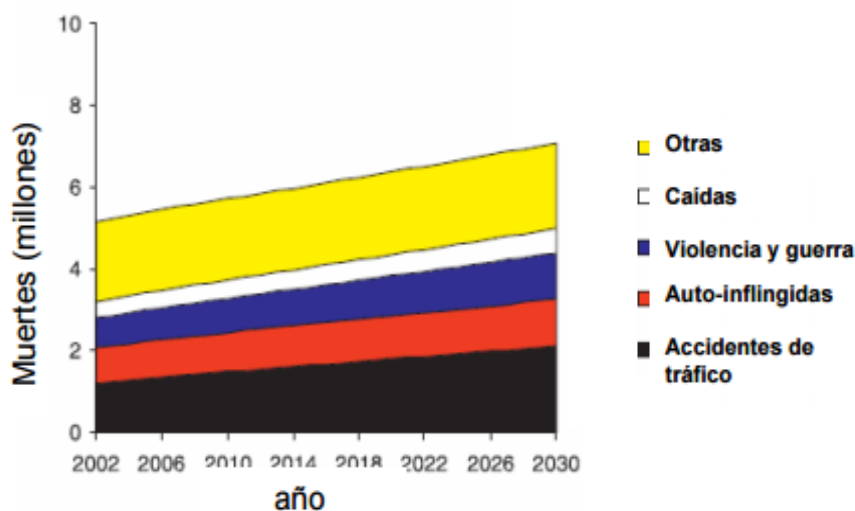
Nota: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 2012.

Aunque todos los grupos etarios son importantes y cada uno ocupa un comportamiento distinto por sus diferentes necesidades; en el caso de esta investigación en la proyección para los adolescentes de 12 a 18 años se observa un incremento con respecto a la discapacidad con dependencia moderada-severa, donde el fenómeno de la depresión y algunos otros trastornos mentales comienzan a desarrollar tendencias más fuertes en la

población latinoamericana y es por dicha razón que cada vez son más los jóvenes con conductas autoagresivas que corren el riesgo de cometer un suicidio. (Jaspers, 2010).

Debido a ese riesgo latente de suicidio la OMS espera un aumento de las muertes debido a lesiones auto-inflingidas en 2030 y es que para el año 2000 fueron 815.000 personas las que murieron debido a esta causa. El 86% de estos suicidios ocurrieron en países de renta per cápita de nivel bajo y medio. Las tasas más altas de suicidio las tienen los varones (donde la tasa de suicidio por 100.000 habitantes en países de nivel medio y bajo llega a ser el doble de la tasa en otras regiones). A nivel mundial, la frecuencia mayor de suicidios se da para los individuos comprendidos entre los 15 y los 44 años (por encima del 50%). (OMS, 2013). Muestra de ello es la representación gráfica de la siguiente figura:

Figura 21. Proyecciones causas de muerte 2002-2030



Nota: OMS, 2013.

En la figura anterior se puede apreciar que el suicidio seguirá siendo la cuarta causa de muerte en el mundo por lo menos hasta el 2030, situación que a pesar de que la OMS y la OPS con sus planes estratégicos sobre salud mental con la intención de disminuir en 10% la tasa de suicidios anuales no corregirá el curso de este fenómeno tan trascendental en América Latina y por ende los esfuerzos cada vez deben ser mayores con la ayuda de profesionales en salud para que cada uno de los jóvenes obtenga una respuesta temprana a su enfermedad con su respectivo tratamiento psicofarmacológico (OMS/OPS, 2014)

Por otra parte, los problemas mentales y las tentativas de suicidio son variables que año tras año se incrementan, como se mencionó anteriormente una enfermedad como la

depresión aparece a edades tempranas y en muchas personas, especialmente en adolescentes, con las conductas suicidas pasa lo mismo, por tal motivo es que para el 2014 la OPS realizara las proyecciones necesarias para el 2020 con porcentajes alarmantes en la toda la población latinoamericana. (OPS, 2014). Muestra de ello son los resultados obtenidos en la siguiente figura.

Figura 22. Proyecciones principales enfermedades cada 100000 habitantes al 2020 en América Latina

Parte de la carga total representada por las seis principales enfermedades y traumas

(En porcentaje)

	Estimación para 1990			Proyección para 2020		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Problemas mentales y tentativas de suicidio	18,0	15,6	20,7	20,0	15,0	26,8
Traumatismos accidentales	12,9	15,7	9,9	11,0	11,6	10,2
Enfermedades cardiovasculares	11,0	11,2	10,7	16,3	19,1	12,6
Enfermedades de las vías respiratorias	10,7	11,1	10,2	16,3	16,2	16,5
Tumor maligno	8,7	10,4	6,8	18,7	22,7	13,3
Parásitos infecciosos	7,5	7,7	7,2	1,4	1,3	1,5

Nota: OPS, 2014.

La figura anterior permite apreciar que en un futuro próximo como lo es el año 2020 los problemas mentales y las tentativas de suicidio seguirán siendo la principal enfermedad en América Latina, donde las mujeres se verán más afectadas que los hombres; por dicha razón la salud mental se convierte en un tema actual de interés público y privado, donde los profesionales de salud deben ser una red de apoyo para cada uno de los pacientes y a la hora de utilizar los fármacos correspondientes advertirle de los posibles efectos secundarios donde la ideación suicida también es uno de ellos. (Rodríguez M., Seguí M., López F., 2017)

Es por ello que las incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020, estarán estrechamente relacionados con los antidepresivos ISRS, tratamiento de elección para la depresión, los trastornos de angustia, de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, de estrés postraumático generado por tensiones adicionales, por ejemplo el cyberbullying que empieza a convertirse en un fenómeno virtual,

o la angustia que le genera a aquellos adolescentes que residen en zonas socioeconómicamente afectadas lo que los hace vulnerables a enfermedades mentales. (OPS, 2018). Como también otros elementos sociales, psicológicos y psicopatológicos, o al grupo social al que pertenece al individuo. (De Maat et al., 2016).

Si el paciente se encuentra deprimido y/o presenta un trastorno de ansiedad, puede tener a veces pensamientos de autolesión o de suicidio. Esto puede incrementarse al comenzar a tomar antidepresivos, ya que todos estos medicamentos necesitan un tiempo para comenzar a hacer efecto, normalmente alrededor de cuatro semanas o más. Del mismo modo, la información de ensayos clínicos ha mostrado un riesgo incrementado de comportamientos suicidas en adultos menores de 25 años con enfermedades psiquiátricas, que fueron tratados con antidepresivos. Asimismo, los pacientes menores de 18 años tienen un mayor riesgo de efectos adversos como intentos de suicidio, ideas de suicidio y hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) cuando toman esta clase de medicamentos.(Guadarrama, 2009).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desarrollo de este trabajo de investigación permitió alcanzar las siguientes conclusiones:

- La magnitud del incremento de la ideación suicida en personas de 12-18 años en América Latina por la prescripción de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos, permitió determinar que el 90% de los suicidios ocurre en el escenario de un trastorno mental y además, que el uso de un psicofármaco no garantiza la exclusión de una conducta de violencia autoinfligida.
- El riesgo de la incidencia de intentos y suicidios al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos, comparativamente refleja que la elección de los antidepresivos antes citados hace variar la respuesta de la conducta suicida del paciente.
- Las deficiencias de salud mental con la incidencia de intentos de suicidio en personas de 12-18 años en América Latina en un período comprendido entre 2010-2018, mantienen un estado medianamente positivo, debido a los procesos de transición de las entidades rectoras y demás instituciones involucradas en la comunicación y desarrollo de las estrategia, políticas y planes de acción, para el abordaje mitigador de la atención, prevención y promoción a nivel nacional.
- Los datos estadísticos de incidencias de ideación e intentos suicidas al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos durante los años 2019-2020, proyectan que, los primeros crean cierta tendencia de ideación suicida durante las primeras semanas, mientras los segundos, por su cantidad de efectos secundarios y su riesgo de ideación suicida no se continuaran usando como parte del tratamiento en infanto-adolescentes.
- Entre los años 2010-2018 al utilizar un grupo terapéutico de antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos la incidencia de intentos y suicidios aumentaron con relación a otros períodos de tiempo, debido a que cualquier antidepresivo genera ideación suicida, aunado a ello un mal seguimiento

farmacológico puede estar exponiendo al paciente a una decisión fatídica como el suicidio.

El desarrollo de este trabajo de investigación permitió alcanzar las siguientes recomendaciones:

A los Gobiernos de América Latina:

- Optimizar las políticas, planes, leyes existentes, así como promoción de la salud mental en procura de la gobernanza y gobernabilidad efectiva y eficaz a nivel país.
- Robustecer la capacidad de respuesta tanto de los sistemas como de los servicios de salud mental, para que paralelamente con la atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas se promueva, en el ámbito comunitario, a corto plazo una atención integral y de calidad, misma que debe también implementarse a mediano y largo plazo.
- Estimular la evaluación, mejora e implementación de los programas y planes de acción existentes de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, así como la atención de otras sustancias con particular atención al ciclo de vida.
- Promover la evaluación y optimización, en caso de que existan los potenciales: a) sistemas de información, b) evidencias científicas e c) investigaciones epidemiológicas, con el fin de beneficiarse con una acertada y fundamentada divulgación de la información a nivel país.
- Impulsar el desarrollo, prueba e implementación, en caso de no existencia, los: a) sistemas de información, b) evidencias científicas e c) investigaciones epidemiológicas, con el fin de beneficiarse con una acertada y fundamentada divulgación de la información a nivel país.

A los Ministerios de Salud en América Latina:

- Implementar y velar por el cumplimiento de las políticas, planes, leyes emitidas por el Gobierno, así como promoción de la salud mental en procura de la gobernanza y gobernabilidad efectiva y eficaz a nivel país.

- Cumplir con la capacidad de respuesta tanto de los sistemas como de los servicios de salud mental, para que paralelamente con la atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en el ámbito comunitario, a corto mediano y largo plazo se concrete una atención integral y de calidad.
- Evaluar, mejorar e implementar los programas y planes de acción existentes de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, así como la atención de otras sustancias con particular atención al ciclo de vida.
- Diseñar, planificar e implementar políticas nacionales sobre desarrollo sostenible para la promoción-prevención de las conductas suicidas.
- Implementar estudios epidemiológicos en todas las regiones del área latinoamericana para que beneficien los registros sanitarios subyacentes en materia de salud mental.
- Recolectar y asociar las evidencias científicas para su implementación mediante sistemas de información en todas las regiones del área latinoamericana, de manera tal, se beneficien los registros sanitarios subyacentes en materia de salud mental.
- Optimizar e implementar estudios epidemiológicos en todas las regiones del área latinoamericana para que beneficien los registros sanitarios subyacentes en materia de salud mental.

A instituciones como Hospitales, Ebais, Clínicas y Unidades Sanitarias de América Latina:

- Optimizar la insuficiencia de recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental y su inequitativa distribución, especialmente cuando se compara con la carga que representa los trastornos mentales y el uso de sustancias.
- Evaluar y optimizar los recursos destinados a hospitales psiquiátricos, sistemas ambulatorios basados en la comunidad, con el fin de dirigir la inversión de manera coherente a satisfacer las necesidades de la salud mental a nivel país.

- Implementar un modelo comunitario de salud mental que se fundamente en los principios básicos adoptados y adaptados por cada país para organizar la prestación de servicios.
- Diseñar, planificar e implementar nuevos servicios y alternativas que ofrezcan una atención integral y continuada que permita sustituir progresiva y apropiadamente los hospitales psiquiátricos, así como preservar la disponibilidad de atención hospitalaria temporal para las personas con trastornos mentales, en procura de materializar el modelo comunitario.
- Evaluar sistemáticamente los servicios de salud mental con el fin de garantizar una prestación de una atención de calidad y que se respeten los derechos humanos de los usuarios.
- Utilizar los instrumentos y la metodología que ofrece el programa de Calidad y Derechos de la OMS, con el fin de tropicalizarlos e implementarlos en los países de América Latina.

A la Universidad Internacional de las Américas:

- Capacitar a los docentes y al estudiantado en los temas de salud mental y la prevención del suicidio.
- Actualizar los programas y planes de estudio las bases científicas para abordar temas de salud mental.
- Reconocer y abordar la problemática de salud mental a nivel de su población estudiantil.
- Generar nuevas investigaciones que permitan la promoción-prevención del suicidio.

A los farmacéuticos:

- Realizar educación sanitaria al paciente sobre los efectos positivos y/o adversos de los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina o tricíclicos.
- Hacer conciencia sobre el llamado que realiza la FDA sobre que cualquier antidepresivo genera riesgo de ideación suicida.
- Proporcionar al paciente el seguimiento necesario para mitigar que las tasas de suicidio se incrementen en los adolescentes.
- Evolucionar al estado de equipo, tanto a nivel privado como público, para cumplir su rol.
- Generar una red de apoyo estrecha para mejorar la salud mental en beneficio del paciente.

A la ciudadanía:

- Reconocer, respetar y dignificar el rol del farmacéutico, el cual es el (la) encargado (a) de brindarle la educación necesaria e indispensable sobre el prospecto completo de cada fármaco que consume.
- Reconocer y respetar la participación directa del farmacéutico en el abordaje del tema de salud mental.

Referencias Bibliográficas

- Alfaro, C. & Díaz, C. (2017). Calidad de vida relacionada a la salud en personas en América Latina.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- Álvaro, J.L., Torregrosa, J.R. & Garrido, A. (1992). Estructura social y salud mental. En J.L. Álvaro, J.R. Torregrosa, y A. Garrido (Eds.), *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental* (pp. 9-30). Madrid: Siglo XXI.
- American Academy of Pediatrics. (2008). Adolescence (11 to 21 Years). En: Hagan, J., Shaw, J., Duncan, P., eds. *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. 3rd ed. Elk Grove Village, p.515-75.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. IV Edición. Washington, DC.
- Anderson, R. N. y otros (2001). "Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary estimates", *National Vital Statistics Reports*, vol. 49, N° 2.
- Andrews, F.M. & Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective well-being. En J.P. Robinson, P.R. Sharer y L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 61-114). San Diego: Academic Press.
- Ángela Rodríguez de Cossío, O. G. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*.
- Angst, J. (1978). The course of affective disorders. II: Typology of bipolar manic-depressive illness. *Arch Psychiat Nervenkr*; pp226:65-73.
- Arango, C., Pimienta, H. & Escobar M. (2000). Depresión postisquemia cerebral: una aproximación fisiopatológica y clínica. *Revista Colombiana Psiquiatría*; 24:321-44
- Arango, C. (2002). Aspectos celulares y moleculares en psiquiatría. In: *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Gómez-Restrepo, C.,

Hernández, H. & Uribe, M., editors. Bogotá: Centro Editorial Javeriano (CEJA); pp. 36-48.

Arango, C. (2002). Aspectos moleculares y funcionales de los receptores, los neurotransmisores, los neuromoduladores y las hormonas. In: Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Gómez-Restrepo C, Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., Uribe, M., editors. Bogotá: Centro Editorial Javeriano (CEJA); p. 49-59.

Atienza, F., Pons, D. & Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 311-319.

Avia, M^a. D., & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.

Bang, A., M. H. Reddy & M. D. Deshmukh (2002). "Child mortality in Maharashtra", *Economic Political Weekly*, N° 37.

Barrett, Ronald et al. (1998), "Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition", *Annual Review of Anthropology*, vol. 27. Barros, F. y otros (2005), "The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004", *Lancet*, N° 365.

Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.

Barry, L. & V. W. Sidel (2009). "Crisis económica y salud pública", *Medicina social*, vol. 4, N° 2. Bartley, M. (2004), *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*, Cambridge, Polity Press.

Bay, Guiomar & Hernán Orellana (2007). La calidad de las estadísticas vitales en la América Latina (LC/R.2141), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.

- Behm, Hugo. (1992), Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina, Serie B, N° 96 (LC/DEM/R.182), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bella, F et al.(2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*.
- Belle, D. (1990). Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*, 45, 385-398.
- Ben Shlomo, Y. White, I. & M. Marmot (1996). "Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality?", *British Medical Journal*, N° 312.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E. et al. (2013). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2; pp32:155-163.
- Bergsj, P. (2001). "What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? Safe motherhood strategies: a review of the evidence", *Studies in Health Services Organization and Policy*, N° 17, V. De Brouwere & E. Van Lerberghe (eds).
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D. et al. (1996) Childhood and adolescent depression: A review of the past ten years. Part I. *J Am Child Adolescent Psychiatry* 1996; pp35:1427-1439.
- Black, R. E., S. S. Morris & J. Bryce (2003). "Where and why are 10 million children dying every year?", *Lancet*, N° 361.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Clínica y Salud*, 15, 227-252.
- Cepal (2016). La matriz de la desigualdad social en América Latina.

- Chávez-León, E. (2007). Fármacos antidepresivos. En: Chávez-León, E., Del Bosque-Garza, J., Ontiveros-Uribe MP (eds.). Manual de psicofarmacología. Capítulo 1. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana; pp.5–9.
- Christiano, EV. (2010) Efecto antiinflamatorio de la melatonina en el músculo cardiaco de ratas sometidas a ejercicio físico agudo [Internet]. Universidad de León. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=25850>
- Clacso (2016). Juventud y desigualdades en América Latina y Caribe. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
- Donas, Solum (2001). “Adolescencia y juventud: viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio”, en Solum Donas (comp.), Adolescencia y juventud en América Latina, Costa Rica, Libro Universitario Regional, pp. 23-40, <<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf#page=37>>.
- Dra. Mónica, E. & Bella, D. R. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*.
- Flacso (2004).Desigualdad social en América Latina: viejos problemas, nuevos debates.
- Flacso (2005). Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe: estructuras, discursos y actores. Sonia Álvarez Leguizamón.
- Flacso (2012). Desarrollo social; Democracia; Violencia doméstica; Suicidio; Violencia; Juventud; problemas sociales; Políticas públicas; América Latina.
- Florenzano, R. (1996). Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo. Guías curriculares. Salud integral del adolescente, Corporación de Promoción Universitaria, pp. 31-41.
- Gill, M., Lovecchio, F. & Selden, B. (1999). Serotonin syndrome in a child after a single dose of fluvoxamina. *Ann Emerg Med*.
- Golan, David E. (2008). “*Principles of Pharmacology: The Pathophysiologic Basis of Drug Therapy*”, 2nd edition.

- Goodman & Gilman's (2005). "The pharmacological basis of therapeutics", 11th. edition. New York: McGraw-Hill.
- Graciela Pardo, A, A. S. (2004). Depresión y adolescencia. *Revista Colombiana de Psicología*, pp.13-28.
- Harvey, R &, Champe, P. (2009). "Lippincott illustrated reviews: Pharmacology", 4th. edition.
- Hazell, P. Depression in children and adolescents (2008). *Clin evid*, pp01:1008. Consultado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907806/?tool=pubmed> el 10 enero 2019.
- Hughes, C., Emslie, G., Crismon, M., Posner, K. et al. (2007) Texas children's medication algorithm project: update from Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; pp46:667-686.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la Argentina). (2003). "Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003. Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001" [en línea] www.indec.gov.ar.
- Isacsson, G., Bergman, U. & Rich, C.L. (1996). Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *J Affect Disord*; pp.41: 1-8.
- Jamison, K.R. (2000) Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*; pp.61: 47-51.
- Janssen, F. & A. E. Kunst (2004). "Cambios de codificación de la CIE y discontinuidades en las tendencias de la mortalidad por causas específicas en seis países europeos, 1950–1999", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 82, N° 12.
- Jaspers, A. (2010). Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos.
- Jiménez, Maren Andrea & Jorge Rodríguez Vignoli. (2009). "Evaluating the Millennium Development Goal target on universal access to reproductive

health: a view from Latin America and the Caribbean”, documento presentado a la reunión anual de la Population Association of America, Detroit, 30 de abril a 2 de mayo.

Jin, R. L., C. P. Shah & T. J. Svoboda (1995). “The impact of unemployment on health: a review of the evidence”, Canadian Medical Association Journal, vol. 153, N° 5.

Jones G., P. Straughan & A. Chan (2009), “Very low fertility in Pacific Asian countries. Causes and policy responses”, Ultra-Low Fertility in Pacific Asia. Trends, Causes and Policy Issues, G. Jones, P. Straughan y P. Chan (orgs.), Routledge Research on Public and Social Policy in Asia, National University of Singapore.

Juárez, F. et al. (2009). “Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?”, Perspectivas internacionales en salud sexual y reproductiva-Special Number-2009.

Kashani, J., Carlson, G., Beck, N., Hooper, E. et al. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. Am J Psychiatry, pp144:931-934.

Kestel, D. & Korc, M. (2014). Violencia Juvenil Autoinfligida en América Latina y el Caribe de habla inglesa.

Klein, Cols. (2016). Evidencia en favor de los ATD.

Kohn, I. & Friedman, J. (2012). Prevención de la conducta suicida.

Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M., Vicente, B., Laura Andrade, J. J.A., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Kohn. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

- Lissoni, P., Barni, S., Crispino, S., Tancini, G. & Frascini, F. (1989) Endocrine and immune effects of melatonin therapy in metastatic cancer patients *Eur J Cancer Clin Oncol*, pp789–95.
- Maalouf, F. & Brent D. (2010). Pharmacotherapy and psychotherapy of pediatric depression. *Expert Opin Pharmacother*; pp11:2129-2140.
- Martín, O. F. (2017). Riesgo de suicidio por antidepresivos. *Revista Digital de Medicina Psicomática y Psicoterapia*, 1-18.
- Martínez J., Arancibia M. & Silva H. (2015). Suicide psychopharmacology: a critical analysis.
- Martínez, R. & A. Fernández (2009). “El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú”, Documentos de proyecto, N° 260 (LC/W.260), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Mauriz, J.L., Collado, P.S., Veneroso, C., Reiter, R.J., González & Gallego, J. (2017). A review of the molecular aspects of melatonin’s anti-inflammatory actions: recent insights and new perspectives.
- McGrail, Kimberlyn et al. (2000). “Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia”, *Age and Ageing*, vol. 29, N° 3.
- Meléndez. (2018). Suicidio, jóvenes y silencio en América Latina: esta es la situación en siete países de la región. *Distintas Latitudes*.
- Meltzer, H.Y. (1999). Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. *J Clin Psychiatry*; pp.60: 47-50.
- Mendoza, D. V. (2009), “Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: logros y retos de las políticas de población”, Memorias del Foro Nacional “Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012” [en línea] <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/foronacional/mesa11.pdf> [fecha de consulta: 14 de septiembre de 2018].

- Mesa-Lago, C. (2009), “Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de política”, serie Políticas sociales, N° 150 (LC/L.3104-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.85.
- Meslé, F. & J. Vallin. (1996). “Reconstructing long-term series of cause of death-the case of France”, *Historical Methods*, N° 29.
- Messias, E. (2003). “Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil”, *American Journal of Public Health*, vol. 93, N° 8.
- Meyer, R.E., Salzman, C., Youngstrom, E.A., Clayton PJ, Goodwin, F.K., Mann, J.J. et al. (2010). Suicidality and risk of suicide. Definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*; pp71: 1040-6.
- Micin, B. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 53-64.
- Micin, V. B. (2011). Reflexiones en medicina de familia.
- Miller, Tim (2001). “Increasing longevity and medicare expenditures”, *Demography*, vol. 38, N°2.
- Miller, Tim, Carl Mason & Mauricio Holz. (2009). “The fiscal impact of demographic change in ten Latin American countries: projecting public expenditures in education, health, and pensions”, documento presentado en el taller “Demographic Change and Social Policy”, Washington, D.C., Banco Mundial.
- OPS. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, Washington.
- OPS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.

- OPS/OMS. (2008). Salud mental y derechos humanos: Situación actual de la salud mental en América Latina y el Caribe.
- OPS/OMS. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa mundial de acción en salud mental 2002. Consultado en http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf el 22 junio 2019.
- Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018.
- Pardo, A. S. (2004). Depresión y adolescencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 13-28.
- Pérez, José. (2002). “Políticas de juventud del nuevo siglo: para mirar lo que vemos”, en Ernesto Rodríguez, Actores estratégicos para el desarrollo. Políticas de Juventud para el siglo XXI, México, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud.
- Quintana I. & Velazco Y. (2018). Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales.
- Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. (2009). Educación y jóvenes en contextos de desigualdad socioeconómica. Tendencias y perspectivas en América Latina.
- Rodríguez de Cossío, G. J. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*.
- Rodríguez, E. (2001) Juventud y Desarrollo en América Latina. Los Jóvenes y el trabajo, la educación frente a la exclusión social (pp. 27-29). DF, México: Universidad Iberoamericana.
- Rodríguez M., Seguí M. & López, F. (2017). Externas: Suicidio en América Latina.

- Rosenbaum, J.F., Fava, M., Hoog, S.L., Ascroft, R.C. & Krebs W.B. (1998), Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biol. Psychiatry*; pp.44:77-87.
- Sánchez, E., Garrido, A., & Álvaro, J.L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18, 17-33.
- Sánchez, G. (2007). El Suicidio y su prevención. Academia Nacional de Medicina.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Serrano, A. O. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos.
- Snyder, C. & López, S. (Eds.). (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Ulloa, R., Peña, F. & Nogales I. (2011). Tratamiento multimodal en niños y adolescentes con depresión.
- Valiñas, L.P. (2013). Estudio de las relaciones metabólicas y funcionales entre Seretonina y melatonina en la glándula pineal de mamíferos. Aplicación de técnicas de microdiálisis in vivo. Universidad Santiago de Compostela; pp. 240-253.
- VanPraag, H.M. (2002). Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates? *Crisis*; pp.23: 77-82.
- Varley C. (2001) Sudden death related to selected tricyclic antidepressants in children: epidemiology, mechanisms and clinical implications. *Paediatr Drugs*; pp.3:613-627.

- Vázquez, D. (2011). Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria en salud.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Vigoya, M. V. (1997). “El aborto en Colombia: debate público y dimensiones socioculturales”, Proceedings of the 1997 Conference of the Latin American Studies Association, Guadalajara, 17 a 19 de abril [en línea] <http://colombia.indymedia.org/uploads/2006/01/abortocolombia.pdf>.
- Vygotski, L. (1991). La conciencia como problema de la Psicología del comportamiento (pp.39-60). En L.S. Vygotski, *Obras Escogidas, Vol. 1*. Madrid: Visor.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. et al. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry*; pp47: 487-496.
- Wilkinson, R. (1992). “Income distribution and life expectancy”, *British Medical Journal*, vol. 304, N° 6820.
- Wilkinson, R. G. & K. E. Pickett (2009), *The Spirit Level. Why More Equal Societies almost always do Better*, Allen Lane, Penguin Book. (2006), “Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence”, *Social Science and Medicine*, vol. 62, N° 7.
- Williamson, J. (2003), “No hay consenso en el significado”, *Finanzas y desarrollo*, septiembre.
- Wolleswinkel-van de Bosch, J. H., F. W. van Poppel & J. P. Mackenbach (1996). “Reclassifying causes of death to study the epidemiological transition in Netherlands, 1875-1992”, *European Journal of Population*, N° 12.
- Zhang H-M, & Zhang Y. Melatonin (2014): a well-documented antioxidant with conditional prooxidant actions, pp: 13-46.

- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J., Wisniewski, S. et al. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, pp164:1539-1546.
- Zung, W.K. (1965) A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Anexos

Entrevista realizada a doctores psiquiatras en consultorios privados y al Jefe de Psiquiatría Hospital Nacional de Niños:

- Ante la llegada de un caso de paciente (de 12-18 años) con ideación suicida, ¿qué protocolo aplican en este centro médico?
- ¿Qué factores asocian ustedes con la ideación suicida en personas de 12-18 años?
- ¿Cuál es su valoración con respecto al sistema de salud costarricense para la atención de pacientes menores de edad con ideación suicida?
- ¿Cuánto afecta la falta de estudios epidemiológicos sobre salud mental en Costa Rica?
- Según OPS, los casos en América Latina la ideación suicida y suicidios aumentan ¿qué factores podrían explicar este fenómeno?
- ¿Cuál es la duración de la consulta respecto a la atención de personas de 12-18 años con ideación suicida? ¿en qué consiste el tratamiento?
- ¿Qué mecanismos de seguimiento existen para los casos de personas de 12-18 años de edad con ideación suicida?
- ¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿Qué se podría agregar o modificar?
- El personal que trabaja en su centro médico ¿cada cuánto recibe actualización profesional/capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?
- Con respecto al seguimiento de atención de pacientes con ideación suicida ¿Qué coordinación existe entre farmacéuticos y médicos en la atención de pacientes en su centro médico (hospitalario)?

Entrevista realizada Ministerio de Salud al Jefe de la Secretaría Técnica de Salud Mental:

- El Ministerio de Salud como rector del sistema nacional de salud, ¿qué acciones políticas o estrategias tienen para proteger y mejorar la salud mental de las personas de 12-18 años?
- ¿Qué resultados han obtenido a nivel nacional los grupos de apoyo comunal (12-18 años)?
- ¿Cuáles han sido las acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida para promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida de las personas entre 12-18 años?
- De conformidad con el plan de acción ¿cada cuánto recibe actualización profesional/capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?
- ¿Cuál ha sido el resultado del cumplimiento de las acciones, metas y componentes de la estrategia de salud mental entre 2010-2018?
- ¿Cuál es su valoración con respecto al trabajo realizado por la institución para la atención de adolescentes con ideación suicida?
- Según OPS, los casos en América Latina la ideación suicida y suicidios aumentan ¿qué factores podrían explicar este fenómeno?
- ¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿qué se podría agregar o modificar?

- La salud mental es un tema de interés público y nacional ¿En razón de lo anterior, considera usted que se le brinda el recurso económico y humano requerido para desarrollar esta estrategia? ¿Por qué?
- ¿Considera usted que se ha dado el adecuado manejo de los recursos tanto en cantidad como en calidad? ¿Por qué?

Entrevista realizada al Ministerio de Educación Pública a la Jefa de Contraloría de Derechos:

- Ante la llegada de un caso de un estudiante (de 12-18 años) con ideación suicida, ¿en qué consiste el protocolo con el que cuenta la institución? C.A.S.A. (Cambios repentinos, Amenazas verbales y no verbales, Sentimientos, Acciones o conductas) P.A.L.I. (Pensamiento de muerte y plan, Aislamiento, Letalidad e Intentos previos).
- ¿Cuáles han sido las acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida para promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida de la personas entre 12-18 años?
- ¿Cuál ha sido el resultado del cumplimiento de las acciones, metas y componentes de la estrategia de salud mental entre 2010-2018?
- ¿Qué factores asocian ustedes con la ideación suicida en personas de 12-18 años?
- ¿Qué mecanismos de seguimiento existen para los casos de personas de 12-18 años de edad con ideación suicida?
- ¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en educación de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿qué se podría agregar o modificar?
- Los docentes que trabajan para el Ministerio de Educación Pública ¿cada cuánto recibe actualización profesional/capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?
- ¿Cuál es su valoración con respecto al sistema de educación costarricense para la atención de estudiantes menores de edad con ideación suicida?

- La salud mental es un tema de interés público y nacional ¿En razón de lo anterior, considera usted que se le brinda el recurso económico y humano requerido para desarrollar esta estrategia? ¿Por qué?
- ¿Considera usted que se ha dado el adecuado manejo de los recursos tanto en cantidad como en calidad? ¿Por qué?

Tabla 1. Entrevista Jefe de Secretaria Técnica de Salud Mental

Preguntas	Respuestas
<p>El Ministerio de Salud como rector del sistema nacional de salud, ¿qué acciones políticas o estrategias tienen para proteger y mejorar la salud mental de las personas de 12-18 años?</p>	<p>No podemos hablar que hay deficiencias en el tema de salud mental porque la seguridad social tiene servicios de psiquiatría en las Clínicas Metropolitanas, tiene psiquiatras que están en hospitales regionales y periféricos, entonces por ejemplo en la Clínica de Coronado hay un psiquiatra y que hay una lista de espera como de 150 pacientes fue lo que sacó la Caja Costarricense de Seguro Social hace poco. Lo que podemos decir es que no tenemos equipos de salud mental.</p> <p>Lo que plantea la Caja del Seguro Social es la conformación de equipos de salud mental los famosos ESAM que hay alrededor de unos 10 y se pretende contar con unos 20 y tal vez llegar a 30 al final de la administración, yo lo veo un poquito difícil porque eso requiere de recurso humano ¿Qué es el ESAM? El ESAM está a cargo de un médico general, una enfermera preferiblemente con especialidad en salud mental, trabajo social y un terapeuta ocupacional, no todos están así pero eso es lo ideal y están atendiendo lo que les refieren del IAFA los problemas de abuso de alcohol y sustancias psicoactivas. Además en la Caja tienen clínicas de cesación del fumado.</p> <p>Pero ¿Qué es lo que nosotros vemos? La Caja tiene tres grandes redes, la red norte que tiene como cabecera el Hospital México, la</p>

	<p>red este que la cabecera es el Hospital Calderón Guardia y la red sur que es el Hospital San Juan de Dios, pero el problema que tenemos es que los hospitales nacionales cómo el Hospital San Juan de Dios y el Hospital México no tienen servicio de internamiento, nada más se hace psiquiatría de enlace y consulta externa, puede que haya pacientes que sean internados por alguna situación especial como que haya hecho intentos de suicidio entonces ha pasado a la unidad de terapia de cuidados intensivos, luego lo pasan a un salón y sale muy pronto para la casa.</p> <p>Entonces la idea es que los hospitales nacionales, incluso el Hospital de Niños aunque tenga un servicio de psiquiatría de internamiento casi no lo hacen y siempre refieren al paciente al Hospital Nacional Psiquiátrico entonces lo que se requiere es desahogar el Hospital Nacional Psiquiátrico , o sea que no todo se concentre ahí, sino que sea desconcentrado en las diferentes regiones con los hospitales regionales y periféricos y que se vayan conformando con que en todos esos hospitales hayan camas de internamiento, porque una vez que hayan camas de internamiento se puede hacer el servicio de salud mental en psiquiatría, aunque hay un decreto que todavía está vigente que dice que el 5% de las camas de los hospitales tienen que ser dedicadas a Psiquiatría pero no se está haciendo, nunca</p>
--	---

	<p>se cumplió.</p> <p>Entonces tenemos una política nacional de Salud Mental y por la Ley 9213 se crea la Secretaría Técnica de Salud Mental, de la cual yo soy ahora el jefe a partir del 17 de agosto del 2017 y comencé a hacer toda una reestructuración y cambiar el sentido de las cosas y hacer un reglamento de organización y funcionamiento de la Secretaría. Reorientamos la estrategia nacional para el abordaje del comportamiento suicida tomando en consideración los determinantes de la salud mental. La estrategia para el abordaje de la atención, prevención y promoción del uso de las sustancias psicoactivas, ellas salieron por Decreto Ejecutivo declarada de interés público nacional e hicimos la norma nacional para la atención de salud mental de apoyos psicosociales de emergencias y desastres naturales.</p> <p>Lo último fue que a raíz de la problemática que se había detectado en Talamanca en los intentos de suicidio principalmente en jóvenes de 12 a 19 años, entonces el estudio de la UCR encontró entre otras cosas que había un proceso de transculturización de los adolescentes y eso hacía que chocaran con la gente mayor, con los ancianos de la tribu, entonces ellos estaban en una condición que no somos ni de aquí ni de allá, no había ese sentido de identidad y pertenencia, y la soledad y el rechazo los llevaba a situaciones</p>
--	--

	<p>de mucha depresión, entonces yo para que vivo acá y entonces ahí fue cuando empezó la estrategia de las casitas de escucha.</p> <p>Las casitas de escucha está a cargo de Fundamentis, es muy interesante el trabajo que ellos hacen porque los adolescentes tienen apoyo psicológico, tienen apoyo educativo para evitar la deserción escolar o el colegio y tienen actividad física que tienen un funcionario del ICODER que les está dando judo. Además tienen arte terapia y musicoterapia, entonces eso para ellos es crear un sentido de identidad de pertenencia. En la casita de escucha ahí van, ahí se sienten bien, entonces el hecho es poder hablar y que les escuchen a ellos lo que tienen para poder desahogarse y poder encontrar alternativas para estar mejor, eso fue un dato importante. Hay 4 casitas de escucha y se está por extender a nivel país.</p> <p>Eso sirvió para que el MEP desarrollara las aulas de escucha que es algo parecido donde se le brinda al muchacho apoyo emocional, apoyo educativo, actividad física para dar la contención. Son muchas las personas que intervienen para comprender la problemática del comportamiento suicida, entonces lo que se hizo fue es que había una necesidad de articular las instituciones sociales, entonces por Decreto Ejecutivo se hizo la Norma Nacional para la articulación de los sectores sociales para el abordaje del comportamiento suicida y esa norma establece la</p>
--	---

	<p>conformación de instancias funcionales a nivel de cada cantón o áreas rectoras de salud. El Decreto establece que se deben conformar y deben hacer un plan trabajo.</p> <p>Entonces nosotros desarrollamos la estrategia para el abordaje integral del comportamiento suicida y eso nos permite que diferentes actores sociales puedan empezar a trabajar sobre el tema identificando factores protectores, factores de riesgo y ante situaciones de riesgo los actores sociales tienen el deber de hacer un análisis de situación. Seguidamente se hace un análisis FODA para ver las fortalezas y debilidades en cuatro grupos de población en niñez, adolescencia, adultos que entra el adulto hombre y el adulto mujer y la persona mayor, entonces son cuatro poblaciones que pueden estar en situación de vulnerabilidad. Entonces se deben dirigir a hacer acciones para promover factores protectores y para trabajar en los factores de riesgo y ese es el plan en el que se debe trabajar, por eso te digo que hay un desconocimiento.</p> <p>Entonces ahora nosotros estamos trabajando en eso, estamos capacitando, una capacitación de tres días a las diferentes regiones para trabajar en el abordaje del comportamiento suicida, parte de lo que surgió como requisito, como solicitud del Consejo Nacional de Salud Mental que está creada también por la Ley 9213 era solicitar a las hicieran crear un protocolo de abordaje</p>
--	--

	<p>de comportamiento suicida el MEP fue la primera que lo hizo, la primera institución que lo hizo y es de lesiones autoinfligidas e intentos de suicidio, ahí es donde está C.A.S.A. (Cambios repentinos, Amenazas verbales y no verbales, Sentimientos, Acciones o conductas)P.A.L.I. (Pensamiento de muerte y plan, Aislamiento, Letalidad e Intentos previos) que son nemotécnicas para hacer una evaluación de los chicos y las chicas que están en condición de riesgo.</p> <p>Ahora lo que tenemos que hacer es que una vez que ya lo han detectado que lo tienen que referir al centro médico es donde se debe trabajar con la seguridad social para que los servicios de urgencia, estas personas que llegan por ideación suicida, planificación suicida o intento suicida dependiendo de la gravedad hay que ser un protocolo de atención inmediata, en eso está trabajando la Caja.</p> <p>¿Que sería un protocolo de atención inmediata? Los que están en crisis emocional darles una intervención y darles primeros auxilios emocionales son escucha, contención, apoyo y referencia. Lo que tienen conflicto se les da una intervención en crisis, esa intervención en crisis puede ser dada en el servicio de urgencias por una enfermera con especialidades en salud mental, un trabajadora social que haya hecho práctica o ha trabajado en salud mental, psicólogas(os) clínicos y psiquiatras,</p>
--	---

	<p>entonces si la intervención en crisis es importante entonces requeriría un internamiento en las camas de salud mental en psiquiatría por unos cuatro días y si es un intento de suicidio entonces se interna en ese hospital o se refiere a otro de mayor complejidad, pero lo principal es procurar que esté lo más cerca de su comunidad. Por qué hacemos esto? Porque la Política Nacional de Salud Mental plantea un modelo de salud mental centrado en la comunidad, o sea, a pesar del modelo hospitalario se debe reforzar la parte comunitaria.</p> <p>Ahora se está haciendo un proyecto piloto en tres cantones donde intervienen los viceministerios de salud, de juventud, de seguridad, de deportes, el de justicia y paz para aportar recursos y definir mecanismos de intervención, además trabajar con las asociaciones de desarrollo para promover factores protectores y hablar sobre factores de riesgo, entonces por ahí es donde se está formulando ese proyecto.</p> <p>Algo que logramos fue que el suicidio sea un evento de notificación obligatoria, entonces por eso podemos tener registro al igual que la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y ahora estamos trabajando para que estén las demencias, el espectro autista, los trastornos de alimentación y los trastornos de ansiedad, entonces todo eso que sea de notificación obligatoria para poder tener una aproximación a qué es lo que está</p>
--	---

	<p>pasando en un espacio geográfico poblacional a nivel de cantón, porque no hay una investigación epidemiológica como tal, no existe, entonces lo que queremos es elaborar una metodología para hacer una investigación, queremos una municipalidad que sirva como laboratorio, estamos pensando que se puede hacer en Curridabat, entonces una vez que sea validado y se obtenga un buen producto entonces replicarlo en los 82 cantones que hay y la suma de las partes nos hacen el total y nos va a permitir tener una visión ya más clara para poder hablar de la prevalencia y la incidencia de estos trastornos mentales.</p> <p>Con la Ley 9213 se crea Secretaria Técnica de Salud Mental, se hizo un reglamento de organización y funcionamiento de la Secretaría, Estrategia Nacional para el abordaje integral del comportamiento suicida tomando en consideración los determinantes de la salud mental. Línea política del gobierno en el plan de desarrollo para disminuir los intentos y suicidios.</p>
<p>¿Qué resultados han obtenido a nivel nacional los grupos de apoyo comunal (12-18 años)?</p>	<p>Estudio de la UCR encontró que en Talamanca por el hecho de transculturización de los adolescentes y eso hacía que chocaran con la gente mayor, no había sentido de identidad y pertenencia y la soledad y el rechazo los llevaba a la depresión entonces la estrategia fueron las casitas de escucha. Adolescentes tienen apoyo psicológico,</p>

	educativo y físico.
¿Cuáles han sido las acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida para promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida de la personas entre 12-18 años?	Con el Ministerio de Educación Pública la creación de las aulas de escucha y los planes de trabajo para incorporar equipo de salud mental en las escuelas y colegios costarricenses. Protocolo de Abordaje de Suicidios en IAFA, PANI pero no lo han realizado.
De conformidad al plan de acción ¿cada cuánto recibe actualización profesional/ capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?	Capacitación de tres días cada mes o cada dos meses en cada una de las subregiones del país.
¿Cuál ha sido el resultado del cumplimiento de las acciones, metas y componentes de la estrategia de salud mental entre 2010-2018?	Anteriormente el tema de salud mental se había dejado de lado por parte de la institución y es hasta el 2017 cuando renace la Secretaría Técnica de Salud Mental implementando estrategias y planes de acción de actualidad para el desarrollo integral de las personas.
¿Cuál es su valoración con respecto al trabajo realizado por la institución para la atención de adolescentes con ideación suicida personas entre 12-18 años?	A partir del 2017 la situación ha venido cambiando porque en temas de salud mental nuestro país no contaba con las estrategias necesarias para combatir una problemática actual como la ideación suicida en adolescentes.
Según OPS, en 2012, los casos en América	Determinantes biológicos

<p>Latina de ideación suicida y suicidios aumentan ¿qué factores podrían explicar este fenómeno en Costa Rica?</p>	<p>Determinantes ambientales Determinantes sociales, económicos y culturales Determinantes de los sistemas de servicios de salud</p>
<p>¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿qué se podría agregar o modificar?</p>	<p>Sí, sin embargo por una disposición de la Contraloría General de la República es fundamental que se agregue el tema de salud mental en los planes de estudio de medicina, psicología, enfermería y trabajo social e implementar las guías de intervención de trastornos mentales mhGAP al sistema de salud costarricense. Aunque las guías mhGAP significa cerrar la brecha del acceso a los servicios de salud mental en los países de mediano y bajo ingreso, donde no hay un recurso humano como tal especializado, este sería con personal no especializado dándole herramientas para que pueda hacer un detección temprana y una referencia oportuna o de acuerdo con la capacidad resolutive poder darle medicamentos a la persona que llega y educarlo de la mejor manera y si eso supera la capacidad resolutive entonces dirigirlo hacia un nivel de complejidad superior. Además estamos negociando de que sea un requisito para la incorporación de los médicos al Colegio, el curso de estas guías duraría como dos semanas.</p>

<p>La salud mental es un tema de interés público y nacional ¿En razón de lo anterior, considera usted qué el Estado le brinda el recurso económico y humano requerido para desarrollar esta estrategia? ¿Por qué?</p>	<p>Realmente el presupuesto existe pero en cuanto recurso humano hay muy poco personal calificado para trabajar en el área de salud mental.</p>
<p>Considera usted ¿qué desde esta institución se ha dado el adecuado manejo de los recursos económicos y humanos? ¿Por qué?</p>	<p>Para nadie es un secreto que hemos perdido tiempo en materia de salud mental y se contaba con un presupuesto alto, por dicha el gobierno lo establece como un problema de interés nacional y todavía contamos con ello y en cuanto recurso humano pues es difícil, sin embargo hay personal al que se le pueden dar las herramientas necesarias y hacer un buen abordaje al paciente en temas de salud mental.</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

Tabla 2. Entrevista Jefa de Contraloría de Derechos MEP

Preguntas	Respuestas
<p>Ante la llegada de un caso de un estudiante (de 12-18 años) con ideación suicida, ¿en qué consiste el protocolo con el que cuenta la institución? C.A.S.A. (Cambios repentinos, Amenazas verbales y no verbales, Sentimientos, Acciones o conductas)P.A.L.I. (Pensamiento de muerte y plan, Aislamiento, Letalidad e Intentos previos)</p>	<p>EL Ministerio de Educación Pública sacó un protocolo de lo que es la parte de ideación suicida y prevención del suicidio en estudiantes, sin embargo realmente es muy complicado la intervención del docente, el docente no está preparado para eso, lo que hace el MEP en estos casos es activar el protocolo y en primer lugar si se da la situación dentro del centro educativo es llamar al 9-1-1, explicar toda la situación que es lo que se está presentando si fue que se la encontraron en el baño, que si tiene las venas abiertas, inmediatamente lo que llega es la cruz roja, luego se la llevan a la clínica respectiva y ya de ahí el colegio o la institución tiene que hacer toda una bitácora de todo lo que pasó, todo lo que hizo, todo lo que está haciendo y que están haciendo sobre todo en la parte preventiva, recordemos que el MEP es un ente netamente preventivo, a los que le toca actuar en este caso sería la Caja y el Patronato si se encuentra que hubo negligencia a nivel parental, en estos casos tienen que ir acompañado, pero es importantísimo la parte del protocolo, la información que dé el MEP para nosotros poder actuar desde la parte de la Caja toda la coordinación, porque la Caja tiene que actuar de inmediato con las ideaciones suicidas, con el intento suicida y reportar al PANI por las situaciones que se dan. Nosotros tenemos el</p>

	<p>caso de una chica que ella se intenta suicidar y se ha tomado un montón de pastillas en el colegio, la orientadora se la tiene que llevar, en el hospital la internan porque el Patronato no quiso intervenir en ese momento porque esas son las cosas donde nosotros tenemos complicaciones y estamos viendo a ver cómo vamos a arreglar de todo eso; a la chica la internan, llega la madre y hace fuga con la chica; entonces es ahí donde se empieza a averiguar por qué el doctor le dio la salida o la dejó irse.</p>
<p>¿Cuáles han sido las acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida para promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida de la personas entre 12-18 años?</p>	<p>El MEP ha fallado en este punto porque no comparte los protocolos con otras instituciones públicas, y es que nosotros somos ese punto de unión en las etapas interinstitucionales e intersectoriales pero se dejaron de hacer varias cosas y esto se cayó.</p>
<p>¿Cuál ha sido el resultado del cumplimiento de las acciones, metas y componentes de la estrategia de salud mental entre 2010-2018?</p>	<p>Aquí en el MEP no hay una estrategia de salud mental, aquí nosotros hacemos ensayos y error, aquí yo tengo un equipo interdisciplinario y tengo muchos psicólogos clínicos que ellos abordan el tema con mayor facilidad pero el resto del Ministerio no, nosotros porque tenemos el conocimiento pero no hay una política. Nosotros antes participábamos en el Consejo de Salud Mental pero nosotros nos dejaron fuera.</p>

<p>¿Qué factores asocian ustedes con la ideación suicida en personas de 12-18 años?</p>	<p>Familia, todo lo que es el proceso psicoafectivo en la familia, se le ha querido achacar todo al bullying, el bullying es un detonante que está pasando con una situación que está pasando en su proceso de desarrollo, si yo no tengo una buena autoestima que sea fuerte y firme a mí me van a decir cualquier cosa y yo me voy a desarmar y si tengo una sobreprotección muy grande dentro de mi hogar que también eso es totalmente nocivo, tengo una indiferencia en la familia soy como un mueble más entonces ahí todo esto va a detonar.</p> <p>Pero usualmente son factores familiares el detonante de los suicidios en adolescentes, no es tanto que los exigen mucho, es que la maestra entregó un examen y el chiquillo se asustó porque tenía que llevarlo a la casa. Ese llevarlo a la casa es un factor familiar muy grande.</p>
<p>¿Qué mecanismos de seguimiento existen para los casos de personas de 12-18 años de edad con ideación suicida?</p>	<p>Los protocolos son de carácter obligatorio, realmente son una guía para el docente y los directores, donde llegan a ser un respaldo. Pero a veces nos mandan protocolos de la siguiente manera activación de protocolo por ideación suicida Fulanito de tal se activó el día miércoles y esto qué, realmente lo que necesito son los detalles. Los informes que se deben mandar a la Caja deben ser muy concisos realmente no tiene importancia la parte académica como si la tiene la parte de comportamiento.</p>

	Nosotros estamos capacitando a los profesores para que los informes al patronato y a la Caja llegue bien, porque si no nos los van a devolver.
¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en educación de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿Qué se podría agregar o modificar?	Simple y sencillamente no los están preparando, los programas de estudio de las universidades están obsoletos. Aquí el problema fundamental que tenemos en Educación es la formación docente porque los programas de estudio no están respondiendo a una realidad y a una problemática social que estamos teniendo en estos momentos.
Los docentes que trabajan para el Ministerio de Educación Pública ¿cada cuánto recibe actualización profesional/capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?	Lo que nosotros les damos, pero realmente nunca aunque tenemos un alto índice de incapacidades por salud mental.
¿Cuál es su valoración con respecto al sistema de educación costarricense para la atención de estudiantes menores de edad con ideación suicida?	El sistema costarricense tiene que trabajar mucho en esta parte, estamos debiendo mucho en cuanto a la preparación y conocer las problemáticas. Generalmente el sistema educativo se ha enfocado en el aprendizaje y ha dejado de lado la parte integral psicosocial del ser humano.
La salud mental es un tema de interés público y nacional ¿En razón de lo anterior, considera usted que el Estado le brinda el	No, más bien recorta todos los servicios profesionales de psicólogos, trabajadores sociales. Todo centro educativo debería

<p>recurso económico y humano requerido para desarrollar esta estrategia? ¿Por qué?</p>	<p>contar con un equipo interdisciplinario especializado en salud mental pero solo se cuenta con orientadores.</p>
<p>¿Considera usted qué desde esta institución se le ha dado el adecuado manejo a los recursos económicos y humanos? ¿Por qué?</p>	<p>No, presupuesto existe pero al no contar con una estrategia o una política de salud mental no existe una visión de lo que queremos realizar en los centros educativos.</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

Tabla 3. Entrevista Jefe de Psiquiatría del Hospital Nacional de Niños

Preguntas	Respuestas
<p>Ante la llegada de un caso de paciente (de 12-18 años) con ideación suicida, ¿qué protocolo aplican en este centro médico?</p>	<p>Depende del caso, la nomenclatura de suicidio es muy variada no es lo mismo una persona con ideación suicida, un intento suicida o un gesto suicida propiamente o nada más alguien que lo mencionó, entonces estamos desde alguien que lo menciona en un contexto que no es suicida sino que es un contexto de enojo, manipulación o ira que algunas veces pasa, la persona que tiene una ideación es que nada más que piensa en hacerlo pero que no tiene plan definido, la persona que lo piensa y lo planea y la gente que lo intenta y la persona que se autoagrede que muchas veces hablan de que es un intento, pero realmente no es un intento sino que es una conducta autoagresiva, entonces son entornos completamente diferentes, el abordaje de una persona con un gesto suicida o con conductas autoagresivas se sale del protocolo de suicidios, es una vía alterna paralela que no se va a cruzar, ya en el espectro de las ideas suicidas depende de la severidad porque no es lo mismo lo que voy hacer con un chico que lo que tiene es una ideación, realmente ahí se hace una exploración un poco diferente enfocada más a un abordaje multidisciplinario y de manejo ambulatorio encontrando su psicopatología, a una persona que venga con un intento suicida es un protocolo intrahospitalario con reporte obligatorio y una serie de medidas. Hay un</p>

	<p>punto intermedio que es aquella persona que viene con una ideación severa que es donde uno dice sí tiene ciertas características de que sí sea factible que vaya a tener un intento pero eso si viene de parte de la razón clínica. Básicamente el protocolo se refiere a una valoración clínica por especialista, el cual va a determinar cuál de los tres caminos se va a tomar una camino ambulatorio regular en consulta externa con un riesgo mínimo, un riesgo intermedio de consulta externa que va a ser visto con mucha frecuencia y ya los que son de alto riesgo ya sea por un pensamiento o un intento ya ocupan la parte intrahospitalaria, donde de nuevo hay dos caminos unos pacientes con una conducta depresiva más pasiva que se puede trabajar en este centro médico o este chico de contexto muy agresivo, muy impulsivo que puede que ocupe facilidades como el Hospital Nacional Psiquiátrico, entonces ese es como un poco el camino a seguir.</p>
<p>Según OPS en 2012, los casos en América Latina la ideación suicida y suicidios aumentan ¿qué factores podrían explicar este fenómeno?</p>	<p>Generalmente en suicidio existen factores muy definidos y en general se cumplen, están en literatura y usted los ve en la práctica, los factores de riesgo conocidos están relacionados con la preexistencia de un trastorno depresivo o una psicopatología de fondo en niños, otro factor que influye la conducta impulsiva, la reciente experiencia de un evento traumático, el evento de trauma puede ir desde una abuso sexual, abuso</p>

	<p>físico, una pérdida severa, la pérdida de un ser querido o la muerte de una persona muy cercana o bien una situación de acoso repetido por ejemplo el bullying, esas situaciones donde yo veo un aumento de riesgo en este momento, otro factor que es importante para pensar nosotros en riesgo es esta persona que tiene alguna de las anteriores más un intento o un pensamiento muy prolongado o recurrente de suicidios.</p>
<p>¿Cuál es su valoración con respecto al sistema de salud costarricense para la atención de pacientes menores de edad con ideación suicida?</p>	<p>Es bueno, pero hay que agregar capacitación y educación para los niveles primarios de salud porque las herramientas de screaming que se están usando son muy básicas entonces yo siento que protocolos como el del Ministerio de Educación Pública en toda su buena fe corren el riesgo de saturar un sistema que de por sí ya está saturado, nuestro país está tan abrumado por la situación de suicidio o intento de suicidio o pensamientos de suicidio , entonces en este momento cualquier chiquito o adolescente que está en una escuela o colegio dice ok me sentí mal un día y pensé ojalá estuviera muerto, es un pensamiento que muchas personas pueden tener en un contexto no clínico y va a generar una serie de respuestas que pueden saturar el sistema mientras que pasan indetectados otros chicos que tienen otro nivel de estabilidad, entonces yo creo que esa falta de herramientas más específicas para la detección, yo creo que estos chicos</p>

	<p>hay que verlos más de cerca se necesita que se trabaje más las áreas de salud porque que tenemos que agregar educación número uno, mejores canales de detección y prevención porque en el tema de suicidio el tema de prevención es fundamental, especialmente porque se genera como tabú, no se habla o todo es secreto, entonces no lo vamos a promocionar de una forma que genere o que se predisponga a hacerlo más, pero tampoco podemos ocultarlo y los chicos hay que educarlos al respecto, entonces eso si lo pondría, qué quitaría yo creo que bueno que podemos quitar las listas de espera de todos los centros médicos y esto en aras de una provo-función donde estos chicos, niños, adolescentes y adultos pueden ser atendidos en todas las áreas del país, o sea que en la zona donde la persona está sintiendo inmediatamente tenga acceso a atención, porque nosotros sabemos que el 90% de las personas que piensan, intentan o cometen un suicidio han tenido contacto con algún miembro o personal de salud en el año anterior, entonces como hacemos con esas entrevistas y es lo que se trata de hacer con esas entrevistas de tamizaje de contar y sí a veces el cuestionario nos ayuda porque hay que observar un poquito más entonces eso es importante y educar a la población con la buena correlación con los colegios pero mucho a nivel local para que no terminen llegando aquí, ya cuando el chiquillo está</p>
--	--

	<p>aquí, ya sea un niño o un adolescente ya está en un centro médico de tercer nivel como el Hospital Nacional de Niños o el Hospital Nacional Psiquiátrico ya es muy tarde, entonces estamos hablando de una condición que pudo haber sido prevenida.</p>
<p>¿Cuánto afecta la falta de estudios epidemiológicos sobre salud mental en Costa Rica?</p>	<p>En todo, porque a nivel de estudios epidemiológicos hay una carencia de un montón de condiciones, porque si nosotros vemos la situación del suicidio, el suicidio no es una patología como tal es el resultado de una serie de condiciones, entonces hay un montón de cosas que pueden terminar en una conducta suicida, desde una ideación ya estructurada o una psicopatología definida que te va a dar el comportamiento o el acto hasta una serie de eventos no necesariamente tan voluntarios en un contexto inclusivo, por ejemplo una persona bipolar que entra en un episodio de manía y derivas a una persona con una depresión aguda en exposición a sustancias que en ese momento, en esos días andaba medio triste y lo comete y por otro lado tenemos el que viene anticipado. Entonces nosotros necesitamos estudios epidemiológicos para saber realmente donde estamos parados, eso en la parte de suicidio como síntoma, pero exactamente de dónde viene el suicidio nosotros sabemos que hay antecedentes depresivos pero entonces necesitamos saber cuánta gente hay deprimida, por ejemplo establecer una</p>

	<p>estadística propia de cuántos niños, cuántos adolescentes, cuántos adultos hay deprimidos porque con eso podemos anticipar esta población de riesgo para Costa Rica.</p>
<p>¿Cuál es la duración de la consulta respecto a la atención de personas de 12-18 años con ideación suicida? ¿en qué consiste el tratamiento?</p>	<p>La atención en consulta aquí se da una hora para el paciente nuevo, si viene con conductas suicidas la institución abre el permiso de una hora, si es un paciente subsecuente, digamos si yo ya a este paciente lo vi e hice la evaluación inicial, salimos del riesgo inicial y es seguro que vaya a su casa, se tiene unos 30 minutos por consulta subsecuente, entonces una hora para paciente nuevo, media hora para paciente subsecuente, sin embargo si estamos abordando una emergencia es el tiempo que tiene que ser, yo a ese paciente no puedo decir tengo 15 minutos porque es una emergencia real, el sistema justifica la atención, es que como hablamos de niños y adolescentes el tiempo procuramos que no sea un tema.</p> <p>El tratamiento depende de la condición del paciente, al ser la depresión un factor de riesgo, por lo general vamos a recibir pacientes deprimidos que ocupan un medicamento para la enfermedad, igualmente no necesariamente todo paciente que tiene un intento va a ser medicado porque depende mucho de las circunstancias y no todos son un contexto depresivo, digamos si es un tema de depresión se manejará con</p>

	<p>antidepresivos pero a veces tenemos paciente muy ansiosos que necesitan otro tipo de abordaje y terapia, o que sean muy impulsivos y necesiten más tratamiento para la impulsividad depende un poco del contexto pero en general depende de la condición del paciente.</p>
<p>¿Qué mecanismos de seguimiento existen para los casos de personas de 12-18 años de edad con ideación suicida?</p>	<p>Depende de cada caso, básicamente va a existir seguimiento de diversas formas, obviamente a mayor gravedad el seguimiento va a ser más estricto y más cercano, si los pacientes se manejan ambulatoriamente va a ser con mucha frecuencia y de forma interdisciplinaria, o sea no solo somos los psiquiatras, sino también que se involucre psicología es muy importante, trabajo social y el seguimiento de casos sociales de riesgo social por violencia, agresión, negligencia y todo esto que podríamos tener, instituciones por ejemplo como el PANI, que en muchos casos tienen que estar dentro del seguimiento que tiene los niños a nivel local y obviamente lo que es MEP, porque muchas veces y alguien lo hacía un día de estos en un foro, quién detecta y sigue y se da cuenta de estos pacientes es la miscelánea de la escuela o el colegio, entonces muchas veces quién más ve a los chiquitos es la señora o señor que está limpiando la escuela y le dice a la maestra o a la psicóloga de la escuela mira a mí me parece que ese chiquito anda</p>

	<p>raro, o sea el no era así y vea que anda muy callado, no anda con nadie y a veces ese seguimiento se da desde un red en la cual todos estos profesores tengan todos esos instrumentos y elementos para detectar y se comuniquen con estos centros. A nivel hospitalario pues básicamente serían citas de seguimiento con frecuencias específicas para cada persona que puede ir desde cada semana, tres veces por semana hasta cada mes, dos o tres meses dependiendo de la gravedad o las circunstancias.</p>
<p>¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿qué se podría agregar o modificar?</p>	<p>Se está trabajando, yo creo que sería injusto decir que no, porque la verdad es que sí pero tal vez no con la importancia que se merece, o sea, todavía se maneja yo creo un doble discurso, en el cual se habla mucho de la gravedad de todo esto, pero aún no se ve con tanta seriedad entonces se da mucha importancia a temas fisiológicos y a temas relacionados con salud cardiovascular, salud digestiva y uno entiende que es muy cierto, pero al ser esto manejado culturalmente por nosotros como tabú siempre va existir cierta resistencia, ahora que hay mayor apertura pero si verdaderamente hay que mejorar las destrezas de todo clínico para que pueda detectar los cambios de conducta no solo en niños y adolescentes sino incluso en adultos porque digamos que estadísticamente entre 12 a 18 años aunque sí ha aumentado el índice de suicidios más de cinco veces en los</p>

	<p>últimos veinte años, aún sigue siendo la población después de los 18 los que se están suicidando más y estas personas necesitan una mayor protección, si las consultas de medicina general el paciente acude porque le pasó algo y los médicos comienzan a notar más cambios o las enfermeras o personal de salud lo notan probablemente les dé un buen rol preventivo.</p>
<p>El personal que trabaja en su centro médico ¿cada cuánto recibe actualización profesional/ capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?</p>	<p>Como parte del día a día de trabajar aquí es que uno está obligado a actualizarse continuamente por cuenta propia, aparte que institucionalmente se mantienen capacitaciones bastante frecuentes, dar una periodicidad no sé, a veces van hacer más frecuentes que en otros tiempos pero en general es algo que se mantiene muy actual, digamos lo que es abordaje de este tipo de patologías continuamente se está viendo mes a mes, semana a semana, cada tres meses pero generalmente se mantiene y cada uno de los profesionales cuando asiste a cursos y congresos y todo que por menos son dos al año también se dan capacitaciones en estos temas específicos.</p>
<p>Con respecto al seguimiento de atención de pacientes con ideación suicida ¿Qué coordinación existe entre farmacéuticos y médicos en la atención de pacientes en su centro médico (hospitalario)?</p>	<p>Básicamente lo que se da es una continuación del proceso, tenemos dos instancias, una la primera si te llega alguien intoxicado y que el medio de suicidio es la intoxicación entonces tenemos una intervención por parte del centro de intoxicaciones que tal vez son personal de</p>

	<p>farmacia y ellos tal vez son la primera línea de ataque y asesoría cuando uno tiene estos casos y uno se siente muy respaldado, generalmente ellos nos dan muy buena información, muy acertada y guía mucho al proceso, tal vez no tanto a los psiquiatras sino al médico de emergencias o al pediatra que lo está atendiendo y la segunda parte a través de la farmacia es que si realmente nosotros mantenemos una comunicación muy cercana con farmacia en tanto a los tratamientos, consultas y cosas así o si de repente hay algún error en prescripción ello nos lo hacen saber o si necesitamos algo podemos solicitarlo, ellos nos aclaran y nos ayudan en lo que se está haciendo. Sí hay muy buena comunicación y disposición para ayudar.</p>
--	---

Nota: Elaboración propia, 2019.

Tabla 4. Entrevista Consultorio en Global Med

Preguntas	Respuestas
<p>Ante la llegada de un caso de paciente (de 12-18 años) con ideación suicida, ¿qué protocolo aplican en este centro médico?</p>	<p>Bueno primero aplicar el protocolo del MEP y luego viene lo que están haciendo en la Caja que es el protocolo de salud inmediata. Entonces todas las instituciones que estén haciendo protocolos de abordaje integral del comportamiento suicida desde su perspectiva deben aportar algo. Ahora bien ¿por qué estamos haciendo esto? Porque la presidencia le dictó línea política de trabajar en el intento suicida en la población de 12 a 19 años, eso está dentro del Plan Nacional de Salud, está dentro de los objetivos de desarrollo sostenible y tenemos esos dos decretos mencionados anteriormente que sirven para eso. Entonces no decimos que vamos a reducir el número de intentos de suicidio porque eso podría ser una utopía, pero lo que queremos trabajar es que no aumenten el número de suicidios, sino que se mantenga estable y después de eso con todas las acciones que se vayan hacer de prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores en un mediano plazo que sería como cinco años ya podemos ver todas esas intervenciones cuál es el efecto que han tenido y si han reducido. Pero en la agenda 2030 se plantea mantener el número de suicidios porque hay muchos factores que entran en el comportamiento suicida. Básicamente la salud tiene cuatro determinantes:</p>

	<p>Determinantes biológicos</p> <p>Determinantes ambientales</p> <p>Determinantes sociales, económicos y culturales</p> <p>Determinantes de los sistemas de servicios de salud</p> <p>Los problemas de suicidio los podemos centrar más en determinantes sociales, económicos y culturales y los determinantes de los sistemas de servicios de salud, en este último debe existir una respuesta rápida para que ellos puedan ser escuchados y atendidos de la mejor forma posible.</p>
<p>Según OPS en 2012, los casos en América Latina la ideación suicida y suicidios aumentan ¿qué factores podrían explicar este fenómeno?</p>	<p>Hogares disfuncionales, alcoholismo, violencia doméstica, explotación sexual, abuso de sustancias ilícitas, pandillas, sicariato, el tráfico de personas, tráfico de armas, tráfico psicofármacos, conducciones temerarias, no tener acceso a la educación, falta de empleo y a nivel colegial el bullying.</p>
<p>¿Cuál es su valoración con respecto al sistema de salud costarricense para la atención de pacientes menores de edad con ideación suicida?</p>	<p>Desde el 2017 con la creación de estrategias y planes de acción Costa Rica ha venido creciendo en el tema de salud mental, sin embargo es un tema que a pesar de ser de interés nacional y que la presidencia lo hace de primera línea es un tema que todavía se encuentra en pañales.</p>
<p>¿Cuánto afecta la falta de estudios epidemiológicos sobre salud mental en Costa</p>	<p>Realmente no podría expresar cuanto le afecta la falta sino más bien es que dichos</p>

Rica?	estudios no existen en Costa Rica pero se está trabajando en ello como lo mencioné anteriormente.
¿Cuál es la duración de la consulta respecto a la atención de personas de 12-18 años con ideación suicida? ¿en qué consiste el tratamiento?	Se dura de 45 minutos a una hora por paciente en el nivel privado y los seguimientos son más continuos, sin embargo en la Caja Costarricense del Seguro Social la consulta es una maquila solo se dan 10 minutos por paciente en una consulta de psiquiatría, lo cual hace que no es una forma integral para dar seguimiento al paciente. El tratamiento consiste en primeramente la intervención y luego se trabaja con ansiolíticos o antidepresivos. La familia se vuelve un aliado importante para dar el fármaco correspondiente.
¿Qué mecanismos de seguimiento existen para los casos de personas de 12-18 años de edad con ideación suicida?	Primero hacer la detección que eso es lo que busca el protocolo del MEP y luego hacer la referencia al servicio de urgencias más cercano ya sea un Hospital o Ebais, es toda la ruta que lleva la red del servicio
¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿qué se podría agregar o modificar?	Sí, sin embargo por una disposición de la Contraloría General de la República es fundamental que se agregue el tema de salud mental en los planes de estudio de medicina, psicología, enfermería y trabajo social e implementar las guías de intervención de trastornos mentales mhGAP al sistema de salud costarricense. Aunque las guías

	<p>mhGAP significa cerrar la brecha del acceso a los servicios de salud mental en los países de mediano y bajo ingreso, donde no hay un recurso humano como tal especializado, este sería con personal no especializado dándole herramientas para que pueda hacer un detección temprana y una referencia oportuna o de acuerdo con la capacidad resolutive poder darle medicamentos a la persona que llega y educarlo de la mejor manera y si eso supera la capacidad resolutive entonces dirigirlo hacia un nivel de complejidad superior. Además estamos negociando de que sea un requisito para la incorporación de los médicos al Colegio, el curso de estas guías duraría como dos semanas.</p>
<p>El personal que trabaja en su centro médico ¿cada cuánto recibe actualización profesional/ capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?</p>	<p>Depende, por lo general las capacitaciones se reciben cada tres meses por un período de tres días.</p>
<p>Con respecto al seguimiento de atención de pacientes con ideación suicida ¿Qué coordinación existe entre farmacéuticos y médicos en la atención de pacientes en su centro médico (hospitalario)?</p>	<p>Si es a nivel institucional sí, porque se tiene una serie de procedimientos y se despacha el psicofármaco ya sean antidepresivos, psicotrópicos o estupefacientes donde se hace el acto farmacéutico de entregar, educar al paciente y rotular el medicamento, cosa que actualmente las farmacias privadas no están haciendo con la receta digital, aducen que el médico ya les dijo entonces ya, pero</p>

	<p>eso es una mala praxis que están haciendo los farmacéuticos.</p> <p>A nivel privado cuando llega un paciente con receta digital las farmacias comunales se convirtieron en pulperías, muchas veces los regentes no están y está en manos de los dependientes y ya no hacen la etiqueta para psicotrópicos y estupefacientes.</p> <p>Yo tuve la experiencia porque ya los pacientes me habían dicho de eso porque el farmacéutico nunca le indicó al paciente como tomar el medicamento, entonces yo hice una receta de antidepresivo y fui a una farmacia (cuyo nombre y ubicación para efectos de la investigación y respeto con él o la colega voy a reservar) y le dije a la farmacéutica la cual muy amable me respondió si con todo gusto y solo me entregó el medicamento, en ese momento le dije usted sería tan amable de ponerme las indicaciones, o sea , la etiqueta, si claro con mucho gusto y la farmacéutica cogió un papel en blanco y solo puso tomar una cada doce horas y se lo pegó a la bolsita de plástico a la cual yo consideró una mala praxis.</p> <p>Con esto está perdiendo la razón de ser es una pulpería, los dependientes se adueñan de la farmacia, el farmacéutico ya no hace educación al paciente, no les explica a los pacientes sobre los efectos secundarios, con qué cosas no se debe de mezclar, si se toma con agua o lo puede tomar con leche o no.</p>
--	---

	Son una pulpería porque ahora es vender, vender y vender. Se perdió la ruta de atención primaria en salud.
--	--

Nota: Elaboración propia, 2019.

Tabla 5. Entrevista a Psiquiatra especialista en salud mental en un consultorio ubicado en Centro Colón

Preguntas	Respuestas
<p>Ante la llegada de un caso de paciente (de 12-18 años) con ideación suicida, ¿qué protocolo aplican en este centro médico?</p>	<p>Primero si tiene ideas suicidas y es un muchacho menor de edad, yo siempre tengo que hablar con los padres para ver como es la red de apoyo, si yo no veo que es una buena red de apoyo yo recomiendo la hospitalización si tiene ideas suicidas y si las ideas suicidas son considerables, esto porque hay ideas suicidas de ideas suicidas porque puede ser que alguien tenga ideas suicidas que son como ambivalentes, entonces como que a veces sí me quiero morir y a veces no, pero si es alguien que tiene ideas suicidas fijas ya la cosa cambia un poco, o si es un plan estructurado y con una carta de despedida ya se recurre al internamiento en esos casos, a menos que uno negocie con los papás y uno les diga bueno mire este muchacho tiene que ir a internarse pero podemos utilizar la casa como hospital, o sea tiene que haber alguien 24 horas vigilándolo, no puede estar solo en ningún momento y tiene que estar ahí en vigilancia y usualmente le dejó cita para una semana o en 15 días, eso lo puedo hacer yo en la privada en la Caja no se puede.</p> <p>Luego le inició el antidepresivo, uno que sea suave dependiendo las características de la persona, usualmente uno como Altruline (Sertralina) que uno tiende a usar mucho en jóvenes empezando con una dosis de 50 mg</p>

	<p>y nuevamente si yo lo veo que es ansioso, si yo calculo que las ideas suicidas pueden empeorar por los efectos secundarios del antidepresivo le agregó una benzodiacepina, usualmente Tafil (Alprazolam) o Clonazepam y le explicó todo esto a los padres y al muchacho, le doy este medicamento que se debe de usar por un período de tiempo corto para que lo tranquilice en caso de efectos secundarios mientras hace efecto el antidepresivo porque no va hacer efecto rápido y esa sería la forma como yo lo abordaría.</p> <p>Ahora si es un muchacho que tiene ideas suicidas y además síntomas psicóticos que usualmente esos casos no le llegan a uno porque esos casos ya los llevan al Psiquiátrico directamente, pero si fuera el caso, yo nunca he visto ninguno que me llegué con ideación suicida psicótico pero si me llegara le agregó un antipsicótico de dosis bajas pero no me ha llegado.</p>
<p>Según OPS en 2012, los casos en América Latina la ideación suicida y suicidios aumentan ¿qué factores podrían explicar este fenómeno?</p>	<p>Hay muchos factores: hay factores protectores y factores de riesgo, pero en este caso serían los factores de riesgo para explicar el fenómeno. Los factores de riesgo principalmente es que los muchachos tengan mucho aislamiento, que es parte de los síntomas de la depresión, pero además a veces no es de depresión sino que es parte de la personalidad, de la estructura familiar o comunitaria, que sea un muchacho aislado.</p>

	<p>Si es alguien muy aislado con poca red de apoyo el factor de riesgo ahí sería la falta de red de apoyo, ya sea familiar o algún amigo. Otros factores de riesgo como el consumo de sustancias, ya sea alcohol, drogas. Es factor de riesgo un muchacho de esa edad que no está estudiando porque el sistema educativo protege porque es red de apoyo. También uno valora la impulsividad, pero ya eso es más clínico porque hay unos muchachos que son más impulsivos que otros, entonces yo valoro qué tan impulsivo es ¿por qué? Porque si tiene ideas suicidas yo puedo tantear y decir bueno esta persona es muy impulsiva podría cometer algo sin pensarlo mucho, entonces también es un factor de riesgo la impulsividad.</p> <p>Muchos de los muchachos que se suicidan es por cocaína, un muchacho que anda medio deprimido o una depresión muy leve y se mete cocaína hacen ese pico hacia arriba y como la cocaína corta abruptamente cuando baja y cae y es ahí donde se matan. Entonces otro factor de riesgo es el consumo de sustancias, especialmente cocaína.</p>
<p>¿Cuál es su valoración con respecto al sistema de salud costarricense para la atención de pacientes menores de edad con ideación suicida?</p>	<p>Agregaría un montón de cosas para mejorarlo. Primero que se haga un tamizaje, un buen tamizaje para ver cuáles muchachos tienen riesgo, yo creo que se hace hay una hojas de tamizaje para adolescentes para la ideación suicida. Después hacer una evaluación correcta para ver si hay riesgo</p>

	<p>suicida a ver qué tan severo es el riesgo y también hay una escala que se utiliza mucho que está incluida en el protocolo del MEP, entonces con esa escala saber si hay cambios de conducta, por ejemplo que se aisló, que ya no le gusta ir al cine, que ya dejó de hablar con algunos amigos, que dejó de jugar lo que antes jugaba, que dejó de hacer actividades, o sea que hubo un cambio de conducta significativo eso sería evaluado.</p> <p>Después que sea valorado por un equipo multidisciplinario, por un psiquiatra que tiene que darle la medicación, también por un psicólogo que tiene que empezar procesos de psicoterapia y también trabajo social de primera vez para poder trabajar con la familia y ver qué factores de riesgo existen, si la familia cuenta con recursos para prevenir un suicidio, todo eso tipo de cosas de una sola vez.</p> <p>Pero yo no sé si eso existe así, porque ahora la caja es muy heterogénea hay lugares que están organizadísimos y otros que no, entonces la Caja ya no es como antes así es y así es en todo lado, ahora yo veo que es muy heterogénea, entonces después de eso, esa persona yo le daría cita de seguimiento con el equipo antes mencionado cada semana, después según el estado a los 15 días y luego a los meses.</p> <p>¿Qué pasa en la Caja? Yo creo que eso no es posible, entonces eso para mí es la principal limitante, luego con los medicamentos</p>
--	---

	<p>también tengo otra queja la fluoxetina de la Caja no es tan buena, de hecho perdió estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia hace años y no se renovaron, los colegas que trabajan en la Caja lo que me han dicho es que dan tres para hacer el efecto ideal, pero eso significa tres veces los efectos secundarios, entonces yo trataría de que en la Caja exista fluoxetina de mejor calidad o que metan otros medicamentos como Altruline pero farmacoterapia no le da la gana y no le da la gana porque ya existe venlafaxina, pero yo a un muchacho de esos no le doy venlafaxina porque es más activador, es más potente con una persona que tiene conducta suicida a uno le da miedo dar algo activador porque todo lo que sea activador puede activar el riesgo suicida. Entonces cuando dicen que los ISRS se asocian al suicidio, yo creo es porque no han hecho estudios para ver que los duales todavía más porque son más activadores aumentan el riesgo suicida.</p>
<p>¿Cuánto afecta la falta de estudios epidemiológicos sobre salud mental en Costa Rica?</p>	<p>Le afecta muchísimo porque como no hay estudios en salud mental epidemiológicos no se pueden establecer prioridades, no se puede conocer el perfil epidemiológico de cuáles son los grupos que están siendo más afectados, cuáles son los factores de riesgo asociados a cierto grupo, incluso cuáles son los factores protectores que se podrían promover o fortalecer y teniendo</p>

	<p>identificados esos grupos tanto por grupo etario como por localización, nivel socioeconómico entonces se podría establecer políticas basadas en la evidencia local, no como las que hay que son basadas en yo no sé dónde Unión Europea, estadounidenses, lo que sea.</p> <p>No hay suficiente voluntad política para que se hagan yo creo, entonces eso es un gran problema, yo creo que no entienden por qué es tan importante, pero son muy necesarios.</p> <p>Cuánto afecta al país, no sé, no te puedo decir lo que sí puedo decir es que si tuviéramos estudios epidemiológicos entenderíamos mejor, tal vez esta epidemia de suicidio que estamos teniendo y es que en estudios fuera de el país el 85% de la población adolescente que comete suicidio tienen antecedentes de depresión.</p> <p>Por eso las campañas que vayan dirigidos a depresión van a ir por ende dirigidas al suicidio.</p>
<p>¿Cuál es la duración de la consulta respecto a la atención de personas de 12-18 años con ideación suicida? ¿En qué consiste el tratamiento?</p>	<p>Siempre es una hora, lo mínimo. A veces uno se extiende más. El tiempo que se da en la Caja es un ridículo 15 minutos me parece una agresión al paciente.</p> <p>Cuando damos fluoxetina sea de la Caja o a nivel privado evidentemente hay efectos secundarios, lo que se ha notado es que el paciente está con depresión severa y tiene ideas suicidas las cuales pueden verse aumentadas en la primera semana porque el</p>

	<p>paciente va a tener la depresión, las ideas suicidas y algunos síntomas que se presentan como ansiedad porque los efectos secundarios le provocan un poco de ansiedad, entonces imagínese un paciente que tiene ideas suicidas la depresión no va mejorar en nada en una semana, más bien se le agrega más estrés a esa persona y eso si es un riesgo por eso a la hora de mandar un antidepresivo yo casi siempre le agregé una benzodiacepina al inicio para protegerlo de ese malestar que le genera la primera semana y ya después se la quitó. Es decir a veces es el problema es el medicamento pero al inicio.</p>
<p>¿Qué mecanismos de seguimiento existen para los casos de personas de 12-18 años de edad con ideación suicida?</p>	<p>En mí caso, el mecanismo de seguimiento siempre es mi teléfono, yo a todos mis pacientes se los doy y les advierto que lo utilicemos para cosas de emergencia, preferiblemente mensaje de texto, eso yo creo que no lo hacen muchos colegas y me parece que no está bien porque si uno le dice al paciente bien que es para caso de emergencia yo me siento más tranquilo y el paciente también, pero en la Caja no se podría hacer eso porque no es posible, pero en la Caja debería existir un mecanismo de seguimiento a través de trabajo social, digamos que el psiquiatra no va dar un seguimiento tan estricto pero trabajo social si podría, pero además en este país debería existir una línea de suicidio, de paciente</p>

	<p>suicida, una línea telefónica como hay en muchos países como está aquí la línea de intoxicación del centro de intoxicaciones, debería existir algo así para suicidio y es algo que hay en muchos países porque a veces la gente lo que ocupa es que los escuchen, con solo que los escuchen eso es suficiente para detener el suicidio de una persona.</p>
<p>¿Considera usted que las universidades están preparando a sus profesionales en salud de acuerdo con las necesidades de la población en materia de salud mental (sí/no)? ¿qué se podría agregar o modificar?</p>	<p>Vieras que yo no estoy seguro porque obviamente nos preparan en enfermedades mentales pero yo no recuerdo que me hayan preparado para suicidios nunca y la preparación en los psiquiatras es muy farmacológica y nada más farmacológica y eso no es suficiente, entonces depende de la carrera así lo preparan a uno.</p> <p>Pero a mí a veces me preocupa más no solo la preparación del profesional porque yo considero que por lo general es buena, lo que me preocupa es la salud mental de los profesionales porque por ejemplo cuando yo trabajé en la UCR como psiquiatra y entonces yo veía como las áreas de salud son las que presentan más trastornos de ansiedad, depresión y también tenían más síntomas suicidas en los estudiantes de salud, que es parte de la presión académica, el maltrato que reciben al menos en la UCR pero entonces eso me preocupa más que no se trabaje la salud mental de la persona. Si uno no trabaja la salud mental de uno entonces</p>

	<p>como uno va a ofrecer ayuda en salud mental y trabajarlo me refiero a identificar cuando uno se siente ahuevado, si es normal ese ahuevado o es algo ya tiene que ver con temas de depresión, que si tengo ideas suicidas entonces no hay que dejarlas pasar, que si tengo un problema de adicción buscar ayuda porque el problema no es tener algo, la mayoría de gente va a tener algo, el problema es no buscar ayuda.</p>
<p>El personal que trabaja en su centro médico ¿cada cuánto recibe actualización profesional/ capacitaciones sobre la atención de salud mental en personas de 12-18 años?</p>	<p>De eso hablaba yo con un amigo que es psiquiatra en New York que a ellos les obligan a un montón de actualizaciones y que aquí no existe nada de eso, aquí uno se gradúa y prácticamente te incorporas al colegio de médicos y si quieres te actualizas o no lo haces, por eso hay cada colega dando consulta y es que no hay una forma de que obliguen al profesional, hay congresitos que se hacen en la parte psiquiatría, pero primero no va todo el mundo porque no pueden y además son caros, pero realmente no hay, uno perfectamente puede no actualizarse en nada y aún así seguir trabajando y eso es un problema.</p> <p>Yo copiaría a Estados Unidos que no solamente tienen que estar actualizándose con cursos y cosas así, sino que también hacen examen para poder obtener la licencia de psiquiatría.</p>

<p>Con respecto al seguimiento de atención de pacientes con ideación suicida ¿Qué coordinación existe entre farmacéuticos y médicos en la atención de pacientes en su centro médico (hospitalario)?</p>	<p>No existe coordinación de nada, pero es que es difícil porque por ejemplo los visitantes vienen y me hablan específicamente del medicamento y a veces solo por vender, pero no todos vienen por vender también a uno lo educan sobre estudios que tienen los fármacos y uno realmente aprende de ellos, pero con las farmacias comunitarias porque cuando yo tengo alguna interacción con ellos es para pelear porque no le dan al paciente algo, entonces el paciente me llama y yo contestó y discuto con el farmacéutico, pero nunca ha sido por otra cosa donde nos ayude con una persona con ideación suicida.</p> <p>Yo creo que ni saben tratar con un paciente con ideación suicida o ni saben, esa formación que usted tiene y eso que estás haciendo súper buenísimo pero eso usualmente los farmacéuticos no lo hacen, no les interesa yo creo o no lo exploran tanto, o lo ven muy complejo, o les da miedo porque si se lo mencionan al paciente porque todavía hay tabú, porque si mencionamos suicidio la gente se suicida realmente no, hay que educar a la gente en temas de suicidio, entonces yo creo que el farmacéutico no llega a ese nivel y es un problema, además se ocupa sensibilidad para eso.</p>
---	---

Nota: Elaboración propia, 2019.