

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

MEDICINA Y CIRUGÍA

**Título de la Investigación: Características de los intentos
de suicidio en población entre los 20 a 35 años de edad,
revisión bibliográfica de los últimos 5 años**

Estudiante: Pamela Solano Fernández

San José, Julio, 2018

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	2
Planteamiento del problema.....	2
Formulación del problema.....	3
Objetivos.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Antecedentes.....	5
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA.....	8
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	64
CAPÍTULO IV: ANALISIS.....	66
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	112
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	120
RECOMENDACIONES.....	123
REFERENCIAS.....	124

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema.

Según la OMS a nivel mundial cada año se suicida un millón de personas, o sea un suicidio cada 40 segundos y Costa Rica no es la excepción, ya que a nivel de Centroamérica se presenta en tercer lugar de las mayores tasas de suicidio.

Debido a esta situación se debe analizar lo que conlleva que esta elevada cantidad de personas lleguen al suicidio y muchas más lleguen al intento de suicidio, ya que esto conlleva a un problema de salud pública y nos involucra a todos debido a que esta situación no discrimina clase social, raza, etc.

También se ha observado que estas cifras van en aumento y no es de extrañarse, ya que en la actualidad se vive con mucho estrés y se dan diversos problemas sociales que pueden ocasionar que la persona llegue a su límite y llegue al intento de suicidio, ya sea como solución de sus problemas o como un llamado de atención para pedir ayuda, en este caso la sociedad se ha vuelto muy cerrada y no le importan los problemas de los demás, sólo se encargan de sus propias situaciones, no se percatan de familiares o amistades que estén pasando por situaciones difíciles y como el intento de suicidio aún se ve como un tabú, no se habla ni abiertamente, ni con cualquiera, ya que lo pueden catalogar de distintas formas y denigrar aún más, en lugar de ayudar, entonces la persona afectada suele guardar esa situación hasta consumar en el acto.

Ya que es un problema de amplia trayectoria sería bueno el análisis, de las distintas causas, situaciones que pueden llevar al intento de suicidio, ver si las víctimas de este tuvieron patrones en común, comparar el ambiente en el que se desenvolvían y los factores que llevaron a la causa de muerte.

Una vez mencionada la preocupación sobre el intento de suicidio a nivel nacional e internacional, se plantea el siguiente problema de investigación.

¿Cuáles han sido las características clínicas, epidemiológicas y el abordaje más utilizado a nivel del mundo para el intento de suicidio en la población de 20 a 35 años?

Formulación del problema.

¿Cuáles han sido las características clínicas, epidemiológicas y el abordaje más utilizado a nivel del mundo para el intento de suicidio en la población de 20 a 35 años?

Objetivos

Objetivo general

Resumir las características clínicas, epidemiológicas y el tratamiento que se ha utilizado en la atención de personas con intento de suicidio en la población de 20 a 35 años en los últimos 5 años.

Objetivos específicos.

- Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de 20 a 35 años con intento de suicidio que se han publicado en los últimos 5 años.
- Comparar el abordaje utilizado en los pacientes de 20 a 35 años con intento de suicidio.
- Analizar si la población LGTB corre mayor riesgo de intento de suicidio y por qué.

Justificación

Al realizar este trabajo, se pretende dar un llamado de atención al personal de la salud, a las familias y en sí al público en general sobre la importancia de los intentos de suicidio, ya que en muchas ocasiones esta problemática se sigue viendo como un tabú, el simple hecho de que le recomienden ayuda profesional como ir donde un psicólogo, ya es motivo

para que la persona se sienta ofendida y en lugar de aceptar esa ayuda, más bien se cierre más y se hunda en sus problemas sin pedir ayuda.

En muchas ocasiones, la persona puede que presente signos como por ejemplo cuando entra en depresión, el problema se da que actualmente la población es muy burlista y despreocupada, entonces suelen ignorar a una persona que intenta pedir ayuda y esta situación es aún peor.

Hay muchas situaciones que llevan al personal de la salud a pasar por alto los signos de alerta, ya que en la actualidad se sabe que muchas personas tratan de aparentar distintas patologías para obtener una incapacidad, entonces muchas veces no se le da la atención correcta a la persona que verdaderamente lo ocupan y se vuelve agravante ya que la víctima no sabe a quién puede recurrir.

La identificación de estos factores es lo que puede llegar a determinar el que se puedan realizar intervenciones sociales adecuadas que minimicen el problema de salud que representa el suicidio en cada país. Sin duda alguna, el estudio y la prevención del suicidio es una responsabilidad que compete a todos los niveles sanitarios. (Vargas et al.2017)

Debido a esto, es importante que el personal en el área de salud sepa identificar a tiempo los signos que estas personas empiezan a mostrar, para dar un correcto abordaje, un seguimiento y la adecuada ayuda que este requiere, pero sin malos tratos ni burlas, sino hacer que la persona sienta seguridad y confianza para que acepte la ayuda y esto lo lleve a una resolución adecuada de la situación que lo llevó a este punto.

También esto no solo se debe de dar en el personal de salud, sino que se debe de dar una buena educación, para que las propias familias, amistades, logren dar el apoyo adecuado a las personas que lo estén necesitando, para esto sería importante las campañas, para hacer que la población se informe al respecto y se dé cuenta que es un problema que puede afectar a cualquiera en un momento vulnerable de su vida y que lo correcto es no pasar por ese momento solo, sino que lo mejor sería buscar alternativas de ayuda.

En la parte médica, es de suma importancia una correcta historia clínica, para indagar sobre posibles patologías de paciente, inclusive si se encuentra bajo mucho estrés, o que

tenga ciertas características que haga pensar al médico en llevar un control más estricto, continuo y completo sobre el estado de este paciente. (Rosen's. 2018.p 1368)

El trato del médico va a ser de suma importancia ya que una problemática en nuestros días es que el médico tiene poco contacto con el paciente, debido a que las consultas se realizan en muy poco tiempo debido a la cantidad de pacientes que acuden a los centros de salud y no se logra detectar a tiempo por ejemplo una depresión. (Rosen's. 2018.p 1368)

La conducta suicida es el resultado de la interacción de diversos factores de riesgo: demográficos, psicopatológicos, biológicos, eventos vitales estresantes y factores que protegen de esta conducta por ello Es importante estudiar los casos de intento de suicidio que se han dado en estos últimos 5 años, para ver que tipo de población está siendo la más afectada, para analizar si siguen patrones, o comparten características, también si la persona tiene antecedentes de alguna patología que puede llevar a esta problemática, ver en qué áreas son en las que se suele dar más el intento de suicidio para una mejor preparación sobre el correcto abordaje que la víctima necesita. (Baca.2014)

Antecedentes

Antecedentes internacionales.

Se estima que el tema del suicidio se ve documentado desde los años 1177/ 1178, pero la Academia Francesa de la Lengua, incorpora el vocablo hasta 1762 y la Real Academia Española hasta 1817. Inclusive en la literatura hebrea en el Antiguo Testamento, se describen casos de suicidio, pero en estos casos no se les denominaba de esta forma, no utilizaban el término, sino que se mencionaba “renunciar a la vida”, “se envenenó”; además se data que en la Antigua griega, se encuentran referencias al suicidio, tales como de Homero, Herodoto, Xenofón, Pausanias, Píndaro y acá tampoco se utiliza el término como tal, se encuentra documentado como “se clavó la espada”, “ató un lazo al techo”.(Salman, 1981,pp11-17)

En culturas primitivas de Mesopotamia se habla del Dios suicida Bel. En Egipto Cleopatra VII se deja morder por un áspid para evitar el ultraje de presenciar la victoria de Augusto, también se dice que los galianos, celtas, vikingos, nórdicos y visigotos consideran

el suicidio razonable por vejez. En China, consideraban el suicidio como acto de honor y lealtad. (Muelas, Ochoa, 2007, p1).

Los mayas tenían su Diosa del suicidio llamada Ixtab, esta se representa colgando de una soga que le rodea el cuello, en la cultura maya se pensaba que el suicidio llevaba directamente al paraíso y que esta Diosa se encargaba de llevarlos. Para ellos era una forma honorable y valiente de morir ante un escenario de derrota inminente. (Bagarragán 2012)

Se data que en las tribus africanas el suicidio era rechazado ya que se asociaba a la brujería. Por otro lado, en la mitología griega Platón rechaza el suicidio ya que se considera que solamente los dioses deciden cuando se abandona la vida. (Muelas, Ochoa, 2007 p1). Debido a todas estas creencias y distintos conceptos sobre el suicidio en el pasado, deja muy claro que no se sabe a ciencia cierta si en el pasado el suicidio era correcto o incorrecto, si era un llamado de dioses, un escape cobarde, o un acto de brujería.

En la actualidad se sabe que el suicidio es un problema muy grave en la sociedad, ya que, según la OMS, el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en varios países, esta problemática concierne tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. También se observa como las tasas de suicidio van en aumento tanto en hombres como en mujeres, la tasa de suicidios en personas jóvenes también se ha visto incrementado. Se ha analizado que los trastornos mentales y consumo de alcohol llevan una fuerte carga en este problema de salud pública. (SUPRE 2012)

Antecedentes nacionales.

Costa Rica no queda exenta de esta problemática ya que en un Informe Subregional de Suicidio de Centroamérica y República Dominicana de 1988 al 2008, se data que en el caso de Costa Rica, se observa un incremento de 4.93 suicidios a 7.14 suicidios por cada 100.000 habitantes, dándole a CR el tercer lugar a nivel de Centroamérica con casos elevados de suicidio. (Herrera, Solórzano, Caldera, 2011)

Se habla que en Costa Rica las 3 provincias que registran mayor producción de suicidios fueron en San José (39%), Alajuela (17%) y Limón (11%). La tasa anual más alta de mortalidad por suicidio corresponde a la provincia de Limón con 7.3 suicidios por cada 100.000 habitantes, seguida por San José con 5,1 y Alajuela con 4.9. Y se reporta que las

edades con mayor predominio van de los 20 a 39 años de edad, y que los problemas más notorios se da por problemas conyugales, problemas con licor o drogas y problemas familiares. También los registros en Costa Rica datan que los meses con más suicidios reportados serían para el año 2009 enero, setiembre y diciembre. (Sáenz, 2011)

De acuerdo al Ministerio de Salud, Costa Rica vigila los intentos de suicidio por primera vez desde el 2013 gracias a la implementación del Decreto 37306-S del 22 de Octubre del 2012 y en el cual los intentos de suicidio deben notificarse al Ministerio de Salud de manera obligatoria por parte de los establecimientos públicos y privados. (2014)

“El Ministerio de Salud desempeña un papel importante al proporcionar liderazgo, rectoría y reunir a los interesados directos de otros sectores del país, de manera que despliegue su rectoría en actividades donde haya mayor necesidad o donde ya existan recursos. De ahí la importancia del sistema de vigilancia, el cual nos brinda la información oportuna para que Secretaría Técnica de Salud Mental diseñe las estrategias a poner en práctica para atender a esta población vulnerable”, explica la Dra. María Esther Anchía Ángulo, Viceministra de Salud. (Ministerio de Saud.2014)

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

En un principio Sigmon Freud para describir el suicidio primero realiza un análisis, donde se destaca que “Para Freud, la personalidad humana surge a partir de un conflicto entre los impulsos biológicos agresivos y que tienden al placer y los límites sociales que la persona ha internalizado. Él pensaba que el resultado de los esfuerzos por resolver este conflicto básico daba como resultado la personalidad”. (Myers.2006)

Freud tenía la teoría de que el conflicto se centraba en 3 sistemas que interactúan entre sí: ello, yo y superyó. Dichos conceptos psicológicos abstractos le ayudaban a comprender la dinámica de la mente. (Myers.2006)

Ello. Es el almacén de la energía psíquica y está contenida por los deseos y las fantasías reprimidas. Es, por lo tanto, totalmente inconsciente. Yo. Se desarrolla una vez el Ello inicia contacto con el exterior. Integra lo Inconsciente (Mecanismos de Defensa) y lo Preconsciente – Consciente (Procesos Intelectuales). Superyó. Su contenido es en gran parte Inconsciente y en menor parte consciente. Representa la parte más socializada de la personalidad. Comprende la Consciencia Moral y el Ideal del Yo. (Valero.2018)

Entonces el Ello como una reserva de energía psíquica inconsciente que lucha todo el tiempo para satisfacer impulsos básicos de agresividad, supervivencia y reproducción. Es decir que el Ello opera según el principio del placer: si no se ve restringido por la realidad, busca gratificación inmediata. Por ejemplo, un bebé recién nacido (gobernado por el ello) que llora para que se satisfagan sus necesidades rápidamente sin importarle lo que pasa en el ambiente. (Myers.2006)

Cuando el Yo se va desarrollando, el pequeño niño aprende a enfrentarse con el mundo real. El Yo se maneja sobre el principio de realidad: busca la satisfacción del Ello pero de un modo más realista, lo que le dará placer a más largo plazo y le evitara el dolor y la destrucción. El Yo contiene pensamientos, recuerdos y juicios parcialmente conscientes. (Myers.2006)

En su teoría, Freud postuló que alrededor de los 4 o 5 años, el Yo reconoce las demandas del Superyó que está empezando a formarse y que le hace considerar lo real pero también lo ideal (es decir, cómo debe ser nuestra conducta). Esta instancia de la personalidad busca la perfección, produciendo sentimientos de orgullo (positivos) o de culpa (negativos). (Myers.2006) Si las demandas del Superyó se oponen a las del Ello, es el Yo el encargado de lidiar entre ambos.

En la actualidad se logra estudiar que desde 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. (Navas 2013)

El suicidio se define como el acto de matarse en forma voluntaria y este se compone de pensamientos suicidas y del acto suicida como tal. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

El término suicidio proviene de 2 vocablos latinos: sui (“de sí mismo”) y caedēre (“matar”) o sea, matarse a sí mismo. (Navas 2013)

A lo que se le llama idea suicida o pensamientos suicidas de acabar con su propia vida, pueden variar en la severidad en función de la finalización de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlo a cabo, la idea suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas(Bobes , Giner, Saiz, 2011)

En el suicida se puede llegar a detectar los actos fatales o suicidio consumado, los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio y los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

Se dice que la ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar del mismo. La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados (Bobes , Giner, Saiz, 2011).

Según Rosen's los médicos de urgencias atienden a un gran número de pacientes con tendencias suicidas e ideación y conductas autolesivas. Dos hechos que son especialmente importante recordar en el cuidado de pacientes suicidas serían, primero que muchos intentos de suicidio ocurren durante una crisis aguda, como pérdida personal o la exacerbación de un psiquiátrico subyacente trastorno.

Esta crisis aguda generalmente tiene un límite de tiempo y puede ser resoluble o tratable. En segundo lugar, los pacientes suicidas son generalmente ambivalente acerca de morir y agradecido por ayuda. Un empático, enfoque centrado en el paciente y basado en la evidencia ofrece la oportunidad para salvar vidas (2018.p. 1366)

Según Rosen's en el 2011, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en el Estados Unidos para adultos entre 18 y 65 años de edad, hay más de un millón de intentos de suicidio y 41,000 suicidios muertes en los Estados Unidos, y las tasas están aumentando, entre 1999 y 2010, la tasa de suicidio ajustada por edad entre los 35 a 64 años de edad aumentó 28.4%, en los Estados Unidos, hay más de 800,000 visitas a departamentos de emergencia cada año por autoinfligirse lesiones. (2018.p. 1366)

Muchos pacientes evaluados por suicidio son dados de alta, en 2008, solo la mitad de las visitas al servicio de urgencias por intentos de suicidio dieron como resultado hospitalización, las tasas de suicidio varían con la edad y son más altas en ancianos, particularmente hombres blancos y los nativos americanos tienen mayores tasas de suicidio que los afroamericanos, hispanos o asiáticos.

Las mujeres intentan suicidarse de tres a cuatro veces más a menudo que los hombres, mientras que los hombres son tres o cuatro veces más probabilidades de morir después de

un intento (debido al uso del más letal) y tienen mayores tasas de mortalidad por suicidio en todos los grupos de edad. Tanto el embarazo como la maternidad parecen proteger contra el suicidio, excepto en casos de depresión posparto. (Rosen's 2018.p. 1366)

La orientación sexual también se asocia con el riesgo de suicidio porque los jóvenes identifican como lesbiana, gay o bisexual tienen un mayor riesgo de suicidio ideación e intentos.

El suicidio también varía geográficamente, con tasas más altas en el oeste de los Estados Unidos, áreas rurales, a mayores elevaciones, y en áreas con niveles más altos de propiedad de armas de fuego. Entre el personal militar, el riesgo de suicidio aumenta en hombres y personas con antecedentes psiquiátricos, abuso de alcohol o antecedentes despliegue. (Rosen's 2018.p. 1366)

Para un mejor entendimiento del trabajo en el área del suicidio, se va a repasar cierta terminología muy importante.

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio.

Comunicación suicida: este es el acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o la intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Los tipos de comunicación suicida son:

Amenaza suicida: que es el acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

Plan suicida: propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

Conducta suicida: esta conducta puede ser potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea hacer notar su intención de morir con alguna finalidad, y también se da que la persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida. (GPC 2010)

También de acuerdo a los estudios se puede ver que la conducta suicida puede no provocar lesiones, puede provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

Autolesión suicida: que va a ser la conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. (GPC 2010) En este caso la persona en si no quiere quitarse la vida, solo desea aparentar que tuvo intención de hacerlo para poder tener atención.

Conducta suicida no determinada: se define como la conducta con un grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte.

Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, dado que no llega a la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método utilizado. (GPC 2010)

Teorías que puede ayudar a comprender por qué miles de personas en el mundo comenten el acto de suicidio.

Suele darse una recaída, en un 25% de personas que intentaron una vez llegar a el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de diez años. Se puede observar que entre 45% y 70% de estas personas quienes intentan el suicidio, suelen sufrir principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, además trastornos de la personalidad y alcoholismo, que a menudo van unidos a una pérdida reciente. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

Para el género masculino, uno de los métodos más utilizado para el suicidio suele ser el ahorcamiento, seguido por el dado con armas de fuego

En el género femenino el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos, principalmente para el suicidio. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

Según la OMS en la mayoría de los países, los intentos de suicidio en su mayoría se dan por mujeres y la tasa de suicidios va en aumento conforme aumenta la edad, dado que las estadísticas datan que las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven, pero también se está dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

El aspecto genético sería otra teoría, ya que en estudios se ha visto que muchos de los que han intentado suicidarse, tienen una historia familiar de actos suicidas, por lo que cabe pensar en la predisposición para desarrollar otros trastornos como la enfermedad bipolar o la esquizofrenia. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

Se dice que entre los gemelos monocigotos y dicigotos, la tasa de suicidio es mayor para los monocigotos. Y también los suicidios que se dan en niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio suele ser frecuente, aunque se desarrollen en una buena familia y un ambiente distinto. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

También se encuentra la teoría del suicidio de Shneidman que describe el psique o dolor emocional, como el principal motivador de un intento. Él postula que el suicidio ocurre cuando el umbral de un individuo para tolerar el dolor psicológico se supera y que este umbral varía entre los individuos. (Klosky.p7.2016)

La teoría de los 3 pasos del suicidio

Paso 1. Desarrollo de la ideación suicida Según el 3ST, el primer paso hacia la ideación comienza con el dolor. Dolor típicamente (pero no necesariamente) significa dolor psicológico o emocional. Nos involucramos en comportamientos que son recompensados y evitamos aquellos que son castigados. Si la experiencia de vivir de alguien se caracteriza por el dolor, este individuo esencialmente está siendo castigado para vivir, lo que puede disminuir el deseo de vivir. (Klonsky.pp14-16.2016)

Es intencional que la teoría no especifique la naturaleza del dolor. Al igual que cualquier estímulo agresivo, puede castigar eficazmente el comportamiento, ya sea una descarga eléctrica, un ruido fuerte o exclusión social, diferentes fuentes de dolor en la vida diaria pueden conducir a una disminución del deseo de vivir. Estos pueden incluir muchos de los factores enfatizados por otros como roles de juego en ideación suicida, como el sufrimiento físico, aislamiento social, pesadez y baja pertenencia, derrota, y auto-percepciones negativas, así como muchos otros pensamientos, emociones, sensaciones y experiencias. (Klonsky, pp14-16, 2016)

Paso 1 hacia la ideación suicida comienza con dolor, independientemente de su origen. Sin embargo, el dolor por sí solo no causará ideación suicida. Si alguien con dolor tiene la esperanza de que su situación puede mejorar y que el dolor puede disminuir, el individuo se esforzará por lograr un futuro con dolor disminuido en lugar de considerar el suicidio. Por esta razón, la desesperanza es también requerida para el desarrollo de ideación suicida. Es decir, si la vida de alguien incluye considerable dolor, y se siente sin esperanza de que el dolor mejore, él considerará terminar con su vida.

La combinación de dolor y desesperanza es lo que lleva a la ideación suicida. Este primer principio del 3ST es coherente con algunos hallazgos de investigaciones recientes clave. Es importante destacar que el 3ST enfatiza que es la combinación de dolor y desesperanza lo que provoca la ideación suicida. Alguien en dolor pero con la esperanza de un futuro mejor continuará para comprometerse con la vida. (Klonsky, pp14-16, 2016)

Paso 2. Idea moderada fuerte versus moderada

Según el 3ST, el segundo paso hacia el comportamiento suicida potencialmente letal ocurre cuando el dolor excede la conectividad. El término conectividad se usa en un sentido amplio. La conectividad puede ser conexión con otras personas, así como a un interés, rol, proyecto o cualquier sentido de propósito o lo que significa que uno tiene una inversión en la vida. El 3ST estipula que alguien que experimenta dolor y la desesperanza y considera que el suicidio solo tendrá una ideación moderada si la conexión sigue siendo mayor que el

dolor. Sin embargo, ideación se vuelve fuerte si el dolor abruma cualquier sensación de conectividad. (Klonsky.pp14-16.2016)

Sin embargo, si el dolor y la desesperanza están presentes, y la conexión se empequeñece por el dolor, el individuo experimentará ideación fuerte y considerará activamente terminar su o su vida La conexión interrumpida es similar a la baja pertenencia y la carga, se piensa que la pertenencia y la carga directamente causan ideación suicida. En el 3ST, el papel principal de la conectividad es proteger contra la ideación suicida creciente en aquellos en riesgo debido al dolor y la desesperanza.

Aunque la conexión interrumpida puede contribuir directamente al dolor y la desesperanza, no se considera necesario para el desarrollo del dolor o la desesperanza, o para el desarrollo de la ideación suicida. Desde la perspectiva del 3ST, muchas personas con tendencias suicidas la ideación no ha interrumpido la conexión, y muchos con una conexión interrumpida no desarrollar ideación suicida. (Klonsky.pp14-16.2016)

Paso 3. Progresión de la ideación a los intentos.

La mayoría de las personas con ideación no hacen un intento de suicidio; por lo tanto, el paso final del 3ST aborda las condiciones bajo las cuales la ideación fuerte conduce a un intento de suicidio. El 3ST propone tres categorías de variables que contribuir a la capacidad de suicidio: disposicional, adquirido y práctico. La disposición se refiere a las variables relevantes con las que nacemos. Por ejemplo, algunas personas nacen con mayor o menor sensibilidad al dolor. Alguien nacido con dolor bajo la sensibilidad tendrá una mayor capacidad para llevar a cabo un intento de suicidio. (Klonsky.pp14-16.2016)

El segundo contribuyente al suicidio capacidad, variables adquiridas. Es decir, habituación a las experiencias asociadas con el dolor, las lesiones, el miedo y la muerte pueden, con el tiempo, conducir a una mayor capacidad para un intento de suicidio. Finalmente, las variables prácticas son factores concretos que hacen que un intento de suicidio sea más fácil. Existen muchos tipos de factores prácticos. Por ejemplo, alguien con

conocimiento y acceso a recursos letales medios, como un arma de fuego, podrían actuar sobre pensamientos suicidas mucho más fácilmente que alguien sin conocimiento y acceso a medios letales. Los contribuyentes prácticos a la capacidad pueden explicar los hallazgos que los anesthesiólogos y otros profesionales médicos tienen tasas de suicidio elevadas.

En los factores sumarios, disposicionales, adquiridos y prácticos contribuyen a la capacidad de intento suicidio, y las personas con ideación suicida fuerte solo harán intentos de suicidio cuando ellos tienen la capacidad de hacerlo.(Klonsky.pp14-16.2016)

Los factores de riesgo suicida

Estos se pueden dividir en factores fijos y modificables, de estos los factores fijos, difícilmente se modificarán a pesar de un buen tratamiento, como lo son el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad, etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo

Modificables como lo son, la ansiedad, la depresión, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas, también tomar en cuenta que los trastornos psiquiátricos llevan a una discapacidad asociada que llevan a distintas consecuencias como la pérdida de empleo, ruptura de relaciones personales, que llevan a un aislamiento social y entran en un círculo vicioso. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

De acuerdo al Rosen's factores de riesgo hay muchos asociados con un mayor riesgo de suicidio, aunque es importante reconocer que algunos de estos tienen asociaciones más fuertes que otros. Algunos factores de riesgo son dinámicos, mientras que otros son estáticos; por lo tanto, para un paciente individual el riesgo puede variar con el tiempo, pero ayudar a alguien a un nivel bajo actual, el riesgo de suicidio puede prevenir la escalada futura a alto riesgo. (2018.p. 1366)

- Autolesiones: Una historia previa de autolesión no suicida o intento de suicidio, incluso en el pasado remoto, es un factor de riesgo importante porque del 10% al 15% de los que intentan suicidarse finalmente morirán por suicidio, el intento de suicidio previo es uno de los predictores más importantes de un intento futuro. Al mismo tiempo, hasta el 80% de los suicidios los que completan no tienen antecedentes de intentos y mueren el primero intento conocido. (Rosen's, 2018.p. 1366)
- Enfermedad mental: La presencia de un trastorno afectivo, especialmente depresión mayor, es también un fuerte factor de riesgo independiente para el suicidio. Existen aumento de las tasas de suicidio en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar trastorno, rasgos o trastorno límite de la personalidad, trastorno de ansiedad, y trastorno de estrés postraumático, en general el suicidio en pacientes con enfermedad mental aumenta con la presencia de intentos anteriores, hospitalización psiquiátrica reciente, sexo masculino, síntomas más severos, desesperanza, trastornos psiquiátricos comórbidos, uso de alcohol o drogas, y antecedentes familiares de suicidio, la presencia de depresión comórbida en el contexto de otros trastornos mentales la enfermedad es un factor particularmente fuerte. En pacientes hospitalizados por trastornos psiquiátricos, el riesgo de suicidio es mayor en el primer mes después del alta, especialmente en la primera semana. Algunos pacientes, particularmente niños y adolescentes, pueden tener un aumento suicida pensamientos o intentos poco después del inicio del medicamento antidepresivo, esto puede deberse a la "movilización de energía" teoría, que sugiere pacientes profundamente deprimidos tienen la energía para intentar el suicidio solo a medida que su condición mejora con tratamiento. El médico debe reconocer el período de tiempo alrededor inicio de la terapia antidepresiva como uno que requiere mayor escrutinio de pensamientos o comportamientos suicidas. (Rosen's, 2018.p. 1366)
- Abuso de alcohol y sustancias: Tanto el abuso del alcohol crónico como el agudo están asociados con el suicidio. Los pacientes con consumo crónico de alcohol tienen más de nueve veces el riesgo de suicidio completado. Los alcohólicos que

mueren de suicidio por lo general tienen múltiples factores de riesgo, incluida la depresión mayor, el desempleo, enfermedad médica y pérdida interpersonal. El consumo agudo de alcohol está asociado con un mayor riesgo de suicidio tanto en personas con y sin abuso crónico de alcohol, y este riesgo persiste durante 24 a 48 horas después de beber, especialmente beber en exceso.²⁴⁻²⁶ Este efecto es más grande entre los adultos más jóvenes y se asocia más a menudo con violencia medios de suicidio (p. ej., armas de fuego o ahorcamiento), El abuso de sustancias es asociado con una mayor frecuencia, repetitividad y letalidad en intentos de suicidio. Las sustancias ilícitas a menudo se detectan en el momento de suicidio; de todos los suicidios en 16 estados en 2010, 33% dieron positivo para el alcohol, 24% para los opiáceos, 20% para los antidepresivos, 15% para marihuana, 8% para la cocaína y 4% para las anfetaminas. (Rosen's, 2018.p. 1366)

- Trastornos mentales biopsicosociales (incluidos los trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático), abuso de alcohol o sustancias Intento de suicidio previo, reciente hospitalización psiquiátrica, Historial familiar de suicidio Historia de trauma o abuso dolor crónico o enfermedad física importante, enfermedad terminal, desesperación Impulsivo y / o tendencias. (Rosen's, 2018.p. 1367)
- Trabajo ambiental o pérdida financiera (por ejemplo, desempleados, personas sin hogar), pérdida relacional o social (p. Ej., Viudo, afligido, encarcelamiento reciente), acceso a medios letales (p. Ej., Pistolas), grupos locales de suicidios con una influencia contagiosa. (Rosen's, 2018.p. 1367)
- Sociocultural: Falta de apoyo social y sensación de aislamiento, estigma asociado con el comportamiento de búsqueda de ayuda, acceso inadecuado a la atención para la salud mental o abuso de sustancias, ciertas creencias culturales y religiosas (p. Ej., Suicidio como una resolución noble de un dilema personal), exposición a través de los medios, y la influencia de otros que han muerto por suicidio. (Rosen's, 2018.p. 1367)

- **Adolescencia:** El suicidio es la tercera causa de muerte en personas de 15 a 24 años, en una encuesta nacional de estudiantes de secundaria en los Estados Unidos Unidos, en el año anterior el 17% había tenido pensamientos serios de suicidio, el 13% había hecho un plan de suicidio, y el 8% había hecho un suicidio intento. Similar a la población adulta, las adolescentes son más probabilidades de intentar el suicidio, mientras que los niños son más propensos a morir por suicidio. La mayoría de los adolescentes que mueren por suicidio han hecho amenazas de suicidio. Factores de riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes los adultos han sido identificados, historia de suicidio intento y de autolesión no suicida son particularmente fuertes factores de riesgo. (Rosen's, 2018.p. 1367)
- **Edad avanzada:** Las tasas de suicidio son particularmente altas en los ancianos, especialmente en los adultos mayores hombres, que representan más del 80% de las muertes por suicidio entre los adultos mayores. Los adultos mayores con intentos de suicidio son más probabilidades de morir por el uso de métodos más letales, más planificación avanzada, y una menor probabilidad de pedir ayuda, tener advertencias reconocidas por otros o tener una crisis exitosa intervención. Tasas de suicidio entre los generación baby boomers cohorte parece ser más alta que en las generaciones anteriores, destacando la necesidad de esfuerzos de prevención del suicidio dirigidos hacia este grupo. Entre los adultos mayores, la depresión es el riesgo más fuerte factor de suicidio, con una prevalencia de hasta 80% entre el deceso de suicidio más viejo. Factores de riesgo adicionales importantes en los ancianos incluyen disfunción cognitiva, disminución de la capacidad funcional, duelo u otros eventos estresantes de la vida, aislamiento social y soledad. (Rosen's, 2018.p. 1367)
- **Enfermedad crónica:** Muchas enfermedades médicas crónicas se asocian con un mayor riesgo de suicidio, particularmente aquellos con dolor crónico o deterioro en

activa de la vida diaria. Infección con inmunodeficiencia humana virus (VIH) o presencia de la inmunodeficiencia adquirida síndrome (SIDA) sigue asociado con un mayor riesgo de suicidio, ambos debido a una mayor incidencia de depresión mayor y a mayores tasas de disfunción cognitiva en pacientes mayores con VIH / SIDA. (Rosen's, 2018.p. 1367)

- Otros factores de riesgo: El estrés financiero puede aumentar el riesgo de suicidio, con ambos hombres y las tasas de suicidio femenino aumentaron en tiempos de recesión y aumento del desempleo. Personas sin hogar con problemas mentales la enfermedad tiene un alto riesgo de suicidio, lo cual se debe en parte a la alta prevalencia de otros factores de riesgo de suicidio. Reclusión reciente es también un factor de riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio en los últimos tiempos los presos liberados se acercan a los de psiquiatría recientemente dados de alta pacientes. (Rosen's, 2018.p. 1367)

También se da otro tipo de clasificación de los factores de riesgo para el suicidio como: Primarios donde se incluyen trastornos psiquiátricos y enfermedades crónicas.

Secundarios que son los que llevan a una actitud disfuncional como el pesimismo.

Terciarios como los son los factores demográficos como la edad, género, periodos vulnerables y formar parte de las personas de las cuales se burlan. (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

Se profundizando un poco más los factores psicosociales la pérdida reciente de los padres en la infancia, la inestabilidad familiar, los rasgos de personalidad como lo son la impulsividad, agresividad, labilidad de humor y un buen estudio familiar de trastornos psiquiátricos como lo son la depresión, la esquizofrenia, la ansiedad, la enfermedad bipolar, el alcoholismo, el suicidio, revisar si el paciente tiene algún tipo de aislamiento social o soledad, desesperanza, analizar el estado civil, si es viudo, divorciado, soltero, casados, etc, si tiene historia previa de hospitalización por autolesiones, tratamiento psiquiátrico

anterior, y ver si tiene enfermedades discapacitantes, dolorosas, terminales. Los enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida a menudo concluyen sus vidas con el suicidio (Gutiérrez, Contreras, Chantal, Rodríguez 2006)

La edad de acuerdo a estudios es un factor muy importante, ya que proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad adulta, el fenómeno que parece existir en todos los continentes es que no está correlacionado con los niveles de industrialización o riqueza. Sin embargo, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad, probablemente por la inmadurez cognitiva de la persona. (GPC 2010)

La Raza también podría ser un factor, las tasas son menores entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos, especialmente los caucásicos que doblan las tasas observadas en otras razas., pero en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU. (GPC 2010)

La Religión más bien podría actuar como factor protector, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los ateos, siendo menores en los practicantes de distintas religiones: como budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes. (GPC 2010)

Por otra parte, un estudio nos demuestra que los agricultores desocupados, comerciantes, guardas y empleadas domésticas figuran como los grupos de mayor índice de suicidios que va entre 45-70%, estas personas con intento de suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad, agresividad y trastornos de la personalidad, ligado al alcoholismo. (Navas 2013)

“En marzo del 2004, la FDA sugiere restringir y vigilar el uso de antidepresivos en pacientes adultos ante la posibilidad de empeorar los síntomas depresivos y la ideación suicida”. (Navas 2013)

En una forma más específica tenemos los factores de riesgo individuales

Trastornos mentales como lo son:

- * La depresión mayor que es uno de los trastornos mentales más comunes asociado a la conducta suicida, ya que según el estudio de (GPC 2010), el riesgo de suicidio es 20 veces mayor respecto a la población general, y se suele dar en todos los rangos de edad, aunque se habla de un mayor riesgo entre los 30 y 40 años, la OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. (GPC 2010).

De acuerdo al DSM-5 el trastorno de depresión mayor se diagnostica con los siguientes criterios:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. (2014. pp.104-105)

* Trastorno bipolar, de acuerdo a la (GPC 2010), entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio, el riesgo de este es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas, siendo 15 veces mayor en estos casos que en la población general.

De acuerdo al DSM-5 para diagnosticar un trastorno bipolar se necesita tener en claro lo siguiente:

Trastorno bipolar I

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor. (2014, pp 71-74)

Episodio maníaco.

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización). (DSM-5. pp 71-74)

- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
 - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.

 - 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).

 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

 - 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes). (DSM-5. pp 71-74)

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas. (DSM-5. pp 71-74)

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica. (DSM-5. pp 71-74)

Episodio hipomaníaco.

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. (DSM-5. pp 71-74)

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansad después de sólo tres horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento). (DSM-5. pp 71-74)

Así mismo para un diagnóstico de trastorno bipolar II, de acuerdo al DSM-5 es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado. (2014. pp.78-82)

Episodio hipomaniaco

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. (DSM-5.2014. pp.78-82)

- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
 - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.

 - 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).

 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

 - 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

 - 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento). (DSM-5.2014. pp.78-82)

Episodio de depresión mayor.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica. (DSM-5.2014. pp.78-82)

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. (DSM-5.2014. pp.78-82)

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. (DSM-5.2014. pp.78-82)

- * Trastornos psicóticos, como lo es la esquizofrenia, que presenta mayor riesgo de suicidio según, (GPC 2010), ya que habla que fundamentalmente los hombres jóvenes son más propensos durante la primera etapa de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria, además esta guía habla de que el riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida.

Para comprender mejor la esquizofrenia de acuerdo al DSM-5, la podemos clasificar con los siguientes criterios:

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). (2014.pp54-45). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la

consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral). (DSM-5. 2014.pp54-45)

- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales). (DSM-5. 2014.pp54-45)
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad. (DSM-5. 2014.pp54-45)
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito). (DSM-5. 2014.pp54-45)

Los trastornos de ansiedad se pueden ver asociados con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Pero no está demostrado si estos los trastornos de

ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. (GPC 2010).

Para lograr diferenciar el conjunto de patologías que forman los trastornos de ansiedad el DSM-5 ayuda a definir con sus criterios correspondientes cada una de ellas:

Trastorno de ansiedad por separación

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego (2014,pp129-130), puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.

7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego. (DSM-5. 2014.pp129-130)

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad. (DSM-5. 2014.pp129-130)

Mutismo selectivo

A. Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones. (DSM-5.2014. p.130)

B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.

- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela). (DSM-5.2014. p.130)
- D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (DSM-5.2014. p.130)

Fobia específica

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). (DSM-5.2014. p.130-131)
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural. (DSM-5.2014. p.130-131)
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM-5.2014. p.130-131)

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social). (DSM-5.2014. p.130-131)

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). (DSM-5.2014. p.132-133)

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). (DSM-5.2014. p.132-133)

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. (DSM-5.2014. p.132-133)
- G. N El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. (DSM-5.2014. p.132-133)
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva. (DSM-5.2014. p.132-133)

Trastorno de pánico

- A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad. (DSM-5.2014. p.133-134)

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.

2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable).

Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos. (DSM-5.2014. p.133-134)

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares). (DSM-5.2014. p.133-134)

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares). (DSM-5.2014. p.133-134)

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación). (DSM-5.2014. p.133-134)

Agorafobia

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).

4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.

5. Estar fuera de casa solo. (DSM-5.2014. p.136-137)

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia). (DSM-5.2014. p.136-137)

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad. (DSM-5.2014. p.136-137)

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural. (DSM-5.2014. p.136-137)

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM-5.2014. p.136-137)

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación). (DSM-5.2014. p.136-137)

Trastorno de ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). (DSM-5.2014. p.137-138)
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem. (DSM-5.2014. p.137-138)

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM-5.2014. p.137-138)
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante. (DSM-5.2014. p.137-138)

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. (DSM-5.2014. p.138-139)
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. (DSM-5.2014. p.138-139)

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/ medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos). (DSM-5.2014. p.138-139)

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM-5.2014. p.138-139)

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. (DSM-5.2014. p.142-143)

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. (DSM-5.2014. p.142-143)

- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional. (DSM-5.2014. p.142-143)
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM-5.2014. p.142-143)

Trastornos alimenticios, de acuerdo a un estudio que se analiza en la (GPC 2010), una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tenía antecedentes de conducta suicida, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general cuando se habla de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta mayor riesgo de suicidio, principalmente las mujeres adolescentes.

Con el DSM-5 podemos definir mejor los siguientes trastornos alimenticios:

- A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes (2014. pp.190-191):
 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.

4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada (DSM-5.2014. pp.190-191):
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución. (DSM-5.2014. pp.190-191)
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional. (DSM-5.2014. pp.190-191)

Anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. (DSM-5. 2014.p191)
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. (DSM-5. 2014.p191)

Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes (DSM-5. 2014.pp192-193):

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. (DSM-5. 2014.pp192-193)

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiado se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (DSM-5. 2014.pp192-193):

Abuso de alcohol y de otras sustancias se dice que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias, o sea que este estaría catalogado como un factor precipitante que se puede asociar con el suicidio, de acuerdo a la (GPC 2010), el

riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general.

Otro factor muy importante es el insomnio y no hay que dejarlo de lado ya que es una problemática que afecta a muchos y es muy desgastante y tedioso.

De acuerdo al DSM-5 el insomnio se diagnosticaría con base a los siguientes criterios:

Trastorno de insomnio

A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes (DSM-5. pp.203-204):

1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.) (DSM-5. pp.203-204)

2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.) (DSM-5. pp.203-204)

3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.

D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses. (DSM-5. pp.203-204)

- E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia). (DSM-5. pp.203-204)
- G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
- H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio. (DSM-5. pp.203-204)

Trastorno de hipersomnia

- A. El individuo refiere somnolencia excesiva (hipersomnia) a pesar de haber dormido durante un período principal que dura al menos siete horas, con uno o más de los síntomas siguientes (DSM-5. pp.204-205):
 1. Períodos recurrentes de sueño o de caerse de sueño en el mismo día.
 2. Un episodio principal de sueño prolongado de más de nueve horas diarias que no es reparador (en decir, no descansa).
 3. Dificultad para estar totalmente despierto después de un despertar brusco.
- B. La hipersomnia se produce al menos tres veces a la semana durante un mínimo de tres meses. (DSM-5. pp.204-205)

- C. La hipersomnolia se acompaña de malestar significativo o deterioro en lo cognitivo, social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La hipersomnolia no se explica mejor por otro trastorno del sueño y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia o una parasomnolia). (DSM-5. pp.204-205)
- E. La hipersomnolia no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento). (DSM-5. pp.204-205)
- F. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la presencia predominante de hipersomnolia. (DSM-5. pp.204-205)

Narcolepsia

- A. Períodos recurrentes de necesidad irrefrenable de dormir, de abandonarse al sueño o de echar una siesta que se producen en un mismo día. Estos episodios se han de haber producido al menos tres veces por semana durante los últimos tres meses. (DSM-5. p.206)
- B. Presencia de al menos una de las características siguientes:
 - 1. Episodios de cataplejía, definida por (a) o (b), que se producen como mínimo algunas veces al mes:
 - a. En los individuos con enfermedad de larga duración, episodios breves (segundos o minutos) de pérdida brusca bilateral del tono muscular con conservación de la consciencia que se desencadenan con la risa o las bromas. (DSM-5. p.206)

- b. En los niños o en otros individuos en los seis meses posteriores al inicio, episodios espontáneos de muecas o de abrir la boca y sacar la lengua, o hipotonía general sin un desencadenante emocional evidente. (DSM-5.p.206)

2. Deficiencia de hipocretina, según el valor de inmunorreactividad de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo (LCR) (inferior o igual a un tercio del valor en individuos sanos analizados con la misma prueba, o inferior o igual a 110 pg/ml).

La concentración baja de hipocretina-1 en el LCR no se ha de observar en el contexto de lesión, inflamación o infección cerebral aguda. (DSM-5.p.206)

3. Polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM (movimientos oculares rápidos) inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño con un valor medio inferior o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM al inicio del sueño. (DSM-5.p.206)

Disforia de género

Disforia de género en adolescentes y adultos.

- A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes(DSM-5.p.240):

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).

2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa

(o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.

4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). (DSM-5.p.240)

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM-5.p.240)

Otra disforia de género especificada

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La categoría de otra disforia de género especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de disfunción sexual. Esto se hace registrando “otra disforia de género especificada” seguido de un motivo específico (p. ej., “disforia de género breve”). (DSM-5.pp.241-242)

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar utilizando la designación de “otra especificada” es el siguiente:

El trastorno actual cumple los criterios sintomáticos de disforia de género, pero su duración es inferior a seis meses.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de la disforia de género. La categoría disforia de género no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una disforia de género, e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. (DSM-5,pp.241-242)

Fisiopatología

De acuerdo a la literatura del Rosen's, se habla de que el suicidio es una mezcla compleja de factores sociales, genéticos y factores psicológicos. La investigación actual sugiere una base biológica para la depresión y el suicidio que involucra a los sistemas serotoninérgicos. Las personas que intentan suicidarse han alterado la función del receptor de serotonina y bajos niveles de serotonina. (2018.p. 1368)

También se habla que la base genética del suicidio no es claramente entendida, pero varios genes que afectan la serotonina el sistema ha sido implicado. Mecanismos potenciales adicionales incluyen una excesiva neurotransmisión noradrenérgica e hiperactividad del eje hipotalámico de la hipófisis, pero los estudios son contradictorios. Bajos niveles de suero y líquido cefalorraquídeo (LCR) factor neurotrófico derivado del cerebro, un factor neurotrófico que regula el desarrollo neuronal, la función y la supervivencia, también tienen ha estado asociado con el suicidio. (Rosen's.2018.p 1368)

Factores genéticos y biológicos

Se dice que en la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. (GPC 2010) Esto concuerda con el estudio (Bobes et al 1996) en el que se habla que de todos los neurotransmisores relacionados directa o indirectamente con las conductas suicidas y para suicidas es la serotonina (5-HT), ya que esta es la que ha recibido mayor atención y ha sido la más investigada. Varios estudios han evidenciado la disminución de la actividad serotoninérgica central con manifestaciones de tipo suicida.

Se relacionan 4 estudios con la serotonina y el suicidio:

El primero habla de los estudios cerebrales postmortem en suicidios consumados, en los cuales se encuentran concentraciones de 5-HT en el área rombocefálica significativamente bajas, también se observa la existencia de un descenso de los lugares de unión para la imipramina, sobre todo a nivel de la corteza prefrontal. (Bobes et al 1996)

El segundo estudio habla sobre la serotonina y el ácido 5-hidroxiindolacético en LCR. De acuerdo (Bobes et al 1996) en un estudio donde observaron a 68 pacientes con depresión, se encontró una distribución bimodal del metabolito de serotonina, el 5-HIAA de modo que el 40% de los que tenían tasas bajas de 5-HIAA en LCR y el 15% de los que tenían tasas normales habían realizado al menos una tentativa de suicidio en su enfermedad. Todos los que habían tenido tentativas de suicidio, tenían tasas bajas de 5-HIAA. (Bobes et al 1996)

El tercero trata de estudios a nivel plaquetario, este se desarrolla gracias a que las plaquetas de sangre periférica comparten múltiples características con las neuronas serotoninérgicas del SNC, las plaquetas de la sangre periférica tienen mecanismos activos de captación para los transmisores, pueden almacenar serotonina en gránulos especiales, sus mitocondrias contienen MAO, capaces de bloquear la captación de serotonina y por último, que en humanos, el transportador plaquetario de 5-HT es idéntico al neuronal. Estos

estudios plaquetarios sirven para determinar los cambios de la serotonina debido a la actividad en plaquetas.

El cuarto estudio es el Test Neuroendocrinos de tipo serotoninérgico, este puede medir las respuestas del sistema monoaminérgico, mientras que los estudios no funcionales del eje hipotálamo- hipofosario no son capaces de detectar los cambios en las áreas diencefálicas. (Bobes et all 1996)

Desde el punto de vista biológico, en la (GPC 2010)habla de que los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica, como los factores genéticos que serían los polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH o del gen del receptor 5-HT_{2A}36, también los factores bioquímicos como los bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, los bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre, los altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos, bajos niveles de colesterol en sangre y una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo.

Otro factor sería la enfermedad física o discapacidad

Lo que es el dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad en una parte o totalidad del cuerpo, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad como lo es un diagnóstico de cáncer, o una enfermedad de tipo terminal se relacionan con mayor riesgo de suicidio. También los pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ven muy afectados, pero se ha visto una buena respuesta y una disminución con la administración de los antirretrovirales y actualmente es comparable con la de otras afecciones crónicas, siendo un 2-4% más elevada que en la población general. (GPC 2010)

Características clínicas

El potencial de suicidio debe considerarse en pacientes con factores de riesgo de suicidio, en pacientes que "involuntariamente" ingieren una sobredosis o han tenido heridas de bala "accidentales", muñecas laceradas, accidentes automovilísticos o caídas desde alturas.

También se debe de considerar pensamientos suicidas o comportamiento en pacientes que se presenta al departamento de emergencias varias veces debido al incumplimiento de tratamiento de sus trastornos médicos. (Rosen's.2018.p 1368)

Pacientes que no expresan abiertamente su depresión o que sean suicidas, pero que exhiben uno o más signos de alto riesgo.

Las presentaciones descritas deberían ser evaluadas con un enfoque simpático "graduado". La relación puede establecerse primero durante un período de práctica médica general y de historia psiquiátrica, con una evaluación del hogar del paciente, trabajo y situación social, seguido de preguntas específicas sobre los signos y síntomas de depresión y pensamientos suicidas. Tal cuestionamiento no coloca el concepto de suicidio en mente de alguien que no lo ha estado considerando. El enfoque descrito anteriormente puede describirse como indicado cribado (cuestionamiento de aquellos con factores de riesgo agudos de la "bandera roja") de suicidio, como factores estresantes psicosociales. (Rosen's.2018.p 1368)

Un sistema más sistemático para el enfoque de detección sería la detección selectiva, lo que es el cuestionamiento de todos los pacientes en grupos de alto riesgo, como aquellos con riesgo crónico, factores de suicidio como intentos previos o enfermedad mental. (Rosen's.2018.p 1368)

La detección universal del riesgo suicida implica interrogar a todos los pacientes sobre pensamientos o comportamientos suicidas. El objetivo para la seguridad del paciente requiere que la Comisión Conjunta o sea "hospitales generales que traten a las personas con trastornos del comportamiento, para identificar pacientes en riesgo de suicidio".

Términos que debe evitar (debido al juicio de valor sugerido) incluyen cometidos o suicidio exitoso, gesto suicida, acto manipulador y suicidio amenaza. (Rosen's.2018.p 1368)

Pruebas de diagnostico

Una evaluación médica enfocada se debe realizar principalmente mediante la obtención de un historial adecuado del paciente y el examen físico examen.

La historia debe incluir detalles sobre el pensamiento suicida del paciente (incluidos inicio y frecuencia), planes (incluidos métodos, intención de actuar y acceso a medios letales) y

comportamientos (incluidos intentos anteriores o recientes, así como abortados o interrumpidos) intentos). Otros puntos importantes incluyen asistencia médica previa y condiciones psiquiátricas, pacientes ambulatorios o pacientes ingresados previamente atención, medicamentos actuales y uso actual de drogas o alcohol (incluido el uso reciente). (Rosen's.2018.pp 1368-1369)

La historia también debe evaluar los síntomas sugestivos de enfermedad médica concomitante. La intoxicación no debería ser un impedimento para tomar un historial, pero el proveedor debe repetir la entrevista cuando el paciente está sobrio

El examen debe evaluar si hay evidencia de ingestión de droga, trauma, o enfermedad médica asociada, así como evidencia de Comportamiento autolesivo como cortarse la muñeca. (Rosen's.2018.pp 1368-1369)

Hacer un examen del estado cognitivo, signos vitales, pupilas, piel y sistema nervioso son útiles en detectar condiciones orgánicas, particularmente toxidromes asociados con ingestiones comunes. En el caso de estado mental alterado, el proveedor debe determinar si la condición es causada por un agente orgánico (médico) o funcional (psiquiátrico).

El médico debe identificar a las afecciones que requieren tratamiento agudo en el servicio de urgencias o en el futuro próximo y notar los hallazgos incidentales que requieren una mayor atención ambulatoria o condiciones que pueden afectar la atención psiquiátrica. (Rosen's.2018.pp 1368-1369)

Laboratorios generales

Prueba de embarazo (en mujeres en edad fértil)

Hemograma completo (por sospecha de anemia)

Química sérica (por sospecha de electrolito anormalidades)

Análisis de orina (por sospecha de infección)

Pruebas de función hepática (LFT), amoníaco (para sospecha enfermedad hepática o uso de ácido valproico)

Estudios de coagulación

La hormona estimulante de la tiroides (TSH) (por sospecha tirotoxicosis o anormalidad tiroidea) (Rosen's.2018.p1369)

Laboratorios toxicológicos

Detección de orina para drogas de abuso (para explicar de manera aguda estado mental alterado; para ayudar en curso cuidado psiquiátrico)

Nivel de etanol (para explicar mentalmente alterado estado; para ayudar a la atención psiquiátrica en curso)

Pruebas de posible ingestión tóxica (p. Ej., Aspirina, acetaminofeno, espacio osmolar sérico)

Niveles séricos de medicamentos mensurables (p. Ej., Litio, ácido valproico, fenitoína) (Rosen's.2018.p1369)

Otros estudios

Electrocardiograma de imagen (EKG) (en pacientes con insuficiencia cardíaca historia o en medicamentos que se sabe que afectan el corazón conducción) Radiografía de pecho

Tomografía computarizada (TC) de la cabeza (para explicar estado mental alterado agudamente) (Rosen's.2018.p1369)

Medidas de prevención

Controlar el abuso o dependencia alcohólica cuando la persona lo presenta, así como también de otras sustancias de abuso.

Eliminar si es posible el acceso armas de fuego.

En la historia clínica, detectar correctamente los antecedentes familiares de suicidio, así como también detectar enfermedades psiquiátricas, como la depresión mayor.

Estar pendientes de situaciones que ponen a la persona bajo mucha tensión, así como también lo son enfermedades terminales o eventos abrumadores para la persona. Con esto también prestar mucha atención si la persona expresa deseos de morir ya que es un gran signo de alarma.

Analizar el rol familiar es de mucha importancia ya que una crisis familiar puede llevar a serias consecuencias en el rol de una persona. (Navas 2013)

Abordaje

Para el abordaje en la revisión de la (GPC 2010) se encuentran varios tipos de terapias

Terapias de corte cognitivo-conductual

Se les denominan terapias de corte cognitivo-conductual a aquellas modalidades de terapia que comparten técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales.

Terapia dialéctico-conductual

Modelo de terapia desarrollado por Linehan, esta es para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta suicida crónica, aunque su uso se ha extendido a otras poblaciones. Se puede decir que es un tratamiento integrador cuya base fundamental es la teoría conductista, diferentes elementos de la terapia cognitiva y algunos aspectos de las terapias de apoyo.

Consiste en sesiones individuales, grupales y apoyo telefónico, con esto se trata de reducir las conductas autolesivas además de la conducta suicida.

Entre los objetivos de esta, se encuentra la regulación emocional, partiendo del supuesto de que la personas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad experimentan emociones de forma muy intensa y lábil, además de la eficacia interpersonal, que tiene por objetivo el cambio y la mejora de las relaciones interpersonales, y también el aumento de la tolerancia a la ansiedad. (GPC 2010)

Terapia de resolución de problemas

El darle a la persona una mayor perspectiva de resolución de problemas podría contribuir a reducir la carga que lleva a la persona a la idea suicida, este tipo de terapia habitualmente

comienza con un listado y priorización de problemas, propuesta y selección de las estrategias para afrontarlos, posibles obstáculos y monitorización de todo el proceso. (GPC 2010)

Terapia familiar

Acá se entiende la familia como un sistema en el que todos los miembros están interrelacionados, de forma que, si uno de los miembros presenta un problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución.

Algunas características comunes de las intervenciones familiares de acuerdo a (GPC 2010) son:

Fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas como lo son la cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta y con esto se da una retroalimentación.

La persona afectada debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.

Administración Hospitalaria

El cuidado de pacientes potencialmente suicidas requiere una actitud empática y un enfoque centrado en el paciente. Los pacientes se sienten más cómodos discutiendo problemas personales cuando el personal de atención médica es amigable, sin prejuicios y muestran apoyo. Los médicos pueden mejorar la atención explicando a los pacientes qué esperar de la evaluación (p. ej., duración estimada de la espera) y atención a comodidades (p. ej., comida, mantas o televisión). (Rosen's.2018.p1369)

Los especialistas capacitados, cuando están disponibles, también pueden actuar como defensores de los pacientes y de familias ya que esto puede mejorar la experiencia.

Si el paciente está calmado también puede mejorar la satisfacción del paciente y la probabilidad de seguimiento. Desafortunadamente, el personal de emergencias puede no ser comprensivo hacia los pacientes que intentan suicidarse, a menudo porque creencias

personales o debido a una capacitación, tiempo o personal para proporcionar una evaluación psiquiátrica apropiada. Ellos pueden percibir el comportamiento del paciente como abusivo o manipulador y puede frustrarse con una disposición ineficaz y opciones de seguimiento. No anticipar y superar estos factores pueden resultar en una evaluación inadecuada del paciente y reforzar la baja autoestima de estos pacientes. (Rosen's.2018.p1369)

La primera prioridad en el manejo de pacientes es completar un enfoque evaluación médica para identificar y tratar afecciones médicas asociadas que puede ser la base de un estado mental alterado del paciente o suicida comportamiento. La presencia de una orden de no resucitar en un paciente con un intento de suicidio plantea dilemas éticos y legales, dado el debate sobre si el intento de suicidio fue el resultado de un "racional" decisión. Las políticas varían entre los estados, y desafortunadamente no hay pautas definitivas para los médicos de atención de emergencia. (Rosen's.2018.p1369)

Precauciones de suicidio

El servicio de emergencias debe garantizar la seguridad del paciente y evitar el intento suicidio o autolesiones dentro del departamento. A ningún paciente suicida se le debe permitir que se vaya antes de que se complete una evaluación.

Pacientes suicidas que son tranquilos y cooperativos deben ser ubicados en un área donde el personal pueda observarlos con seguridad, teniendo un "cuidador" dedicado o guardia de seguridad para ver al paciente y reducir la necesidad de restricciones. La visita de familiares o amigos puede ofrecer apoyo al paciente, pero no deben usarse como cuidadores porque podrían no intervenir si el paciente intenta salir. El uso de pulseras "wander alert", que activan alarma si el paciente cruza un umbral establecido, puede ayudar en supervisión. (Rosen's.2018.p1369)

El personal de seguridad o el servicio de urgencias deben buscar pacientes suicidas por posibles armas, medicamentos y otras posesiones que podrían usarse para infligir lesiones (por ejemplo, cinturones, corbatas, y cordones de zapatos largos); hacer que el paciente se cambie en una bata puede facilitar este proceso.

La habitación del paciente también debe ser limpia sin objetos potencialmente dañinos, incluidos medicamentos, instrumentos, y objetos de vidrio. (Rosen's.2018.p1369)

Evaluación de riesgo

Los objetivos centrales de la evaluación del riesgo de suicidio son identificar los tratamientos e intervención para informar sobre la toma de decisiones, la disposición (incluida la posible hospitalización psiquiátrica).

La probabilidad de un intento de suicidio inminente impulsará la disposición de:

Hospitalización psiquiátrica

Consulta psiquiátrica de emergencia

Alta con seguimiento ambulatorio.

Muchos pacientes suicidas requerirán una consulta de salud mental para ayudar con el proceso, pero los pacientes con bajo riesgo de suicidio pueden ser manejados el médico de emergencia y el hogar dado de alta sin una formal consulta de salud mental. Por lo tanto, también se hace la evaluación de dolor en el pecho y otras molestias físicas, el médico de emergencias. (Rosen's.2018.p1369)

.

Todas las evaluaciones de riesgo de suicidio deben realizarse cuando el paciente está sobrio. Pacientes intoxicados que respaldan pensamientos suicidas aún pueden estar en riesgo incluso si rechazan estos sentimientos cuando están sobrios.

Las evaluaciones de riesgos también deben incluir información de "garantías" como un familiar o amigo, porque los pacientes pueden brindar información falsa o incompleta., sin embargo, el médico puede hacer tal contacto sin consentimiento en casos cuando la revelación de información de salud protegida es necesaria para prevenir o mitigar una amenaza de seguridad inminente y grave para un individuo o el público. (Rosen's.2018.p1369)

Disposición

Hospitalización psiquiátrica

Siguiendo los principios de empatía, centrado en el paciente, colaborativo, la hospitalización voluntaria es preferible a la hospitalización involuntaria. La eficacia de la hospitalización como medida preventiva a largo o medio plazo es controvertida y una referencia rápida a pacientes ambulatorios la atención a menudo es preferible cuando es posible y apropiado. (Rosen's.2018.p1370)

La hospitalización no ha demostrado que prevenga el suicidio en el futuro y puede incluso precipitar consecuencias psiquiátricas adversas (ej., aumento de los sentimientos de desesperanza y dependencia). Aun así, a pesar de la falta de datos más concretos, la hospitalización sigue siendo una intervención primaria cuando los pacientes se consideran extremadamente suicidas

Los enfoques terapéuticos incluyen comportamiento dialéctico terapia, terapia cognitiva conductual y evaluación colaborativa y manejo de los suicidios. (Rosen's.2018.p1370)

Tratamiento

Podemos dividir los tratamientos en 4 grupos:

- Benzodiacepinas: son un grupo de psicofármacos ampliamente prescritos desde su introducción en la práctica clínica a principios de los años 1960. Estos fármacos cuentan con una alta eficacia terapéutica en el tratamiento de la ansiedad. También se utilizan en el insomnio por su grado de seguridad. (Fernández et al.2013)

Se utilizan por su acción cuádruple efecto farmacológico, ya que son ansiolíticos, sedante o hipnótico, anticonvulsivo y miorrelajante.

Las BDZ también reducen el miedo, la ansiedad y producen euforia. Esto explica el potencial de abuso de estas drogas con su empleo excesivo, que culmina con la dependencia física del fármaco.

Algunos de estos fármacos son: estazolam, alprazolam, midazolam, diazepam, flurazepam y clonazepam. (Fernández et al.2013)

- Antidepresivos: Los antidepresivos son medicamentos que alivian los síntomas de la depresión. Pueden ser de cuatro tipos: ISRSs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina), IRSNs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina), tricíclicos, IMAOs (Inhibidores de la Monoaminoxidasa).

Los antidepresivos se pueden utilizar para tratar la depresión de moderada a severa, la ansiedad severa y ataques de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, el dolor crónico, los trastornos de la conducta alimentaria y trastorno de estrés postraumático. (Philip.2009)

- Reguladores del afecto: también pueden llamarse anticíclicos o eutimizantes. Son medicamentos psiquiátricos utilizados para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, caracterizados por oscilaciones muy marcadas en el humor y la energía. El más común de estos es el trastorno bipolar, en el cual los estabilizadores suprimen las oscilaciones entre episodios maníacos y depresivos. Estos fármacos también pueden servir para tratar el trastorno límite de la personalidad, además sirven para controlar la impulsividad y episodios de ira. Muchos estabilizantes del estado de ánimo son fármacos antiepilépticos, como el Valproato o la lamotrigina, antipsicóticos como risperidona, olanzapina, quetiapina, benzodiacepinas y el litio como estabilizador del estado de ánimo. (Loo.2011)
- Antipsicóticos: estos se dividen en dos grupos, pero el mecanismo de acción común de estos es que bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2, en concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.

Antipsicóticos típicos: Las características más importantes clínicamente son los síntomas extrapiramidales, la sedación y, en menor medida, los efectos anticolinérgicos y la hipotensión ortostática.

Algunos de estos son la clorpromazina, tioridazina que son de baja potencia y los de alta potencia como el haloperidol, flufenazina, trifluoperazina.

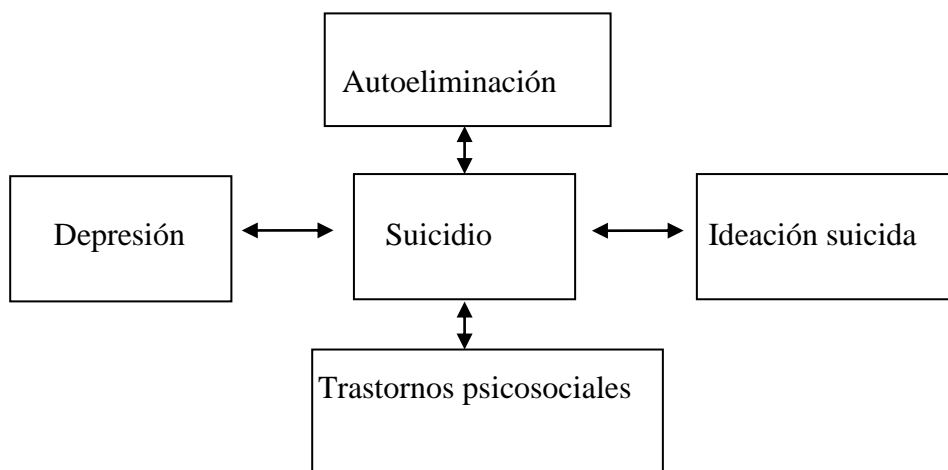
Antipsicóticos atípicos: menos propensión a producir síntomas extrapiramidales, incluida la discinesia tardía, no producen aumento en la secreción de prolactina, suelen ser más eficaces para controlar los síntomas negativos de la esquizofrenia, y pueden ser eficaces en pacientes resistentes a los antipsicóticos típicos. Algunos de estos son Clozapina, Sertindol, Risperidona, Olanzapina y Quetiapina. (Ceruelo, García. 2007)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

El presente documento es un estudio bibliográfico, no pretende ser una investigación original ni analítica, ni un estudio primario. Busca recopilar y sintetizar lo que otros estudios primarios o investigaciones originales han encontrado, con el fin de que sirva para referencia en la práctica y toma de decisiones.

Restricciones y limitaciones: Únicamente se utilizarán artículos de los últimos 5 años.

Para este estudio bibliográfico se utilizaron las siguientes palabras clave:



Fuentes de datos: Binass, Google, SCAD y SciELO

-Criterios de inclusión:

-Idioma de los artículos: español e inglés

-Artículos de los últimos 5 años

-Artículos de revistas médicas

Criterios de exclusión:

-No se tomarán en cuenta datos pediátricos, población joven menor a 20 años, ni la población mayor a 35 años.

-Tampoco se tomará en cuenta para la comparación y análisis aquellos artículos de más de 5 años.

-No se incluirán artículos sin año de publicación

Índice de abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos

5-HT: receptor de serotonina

LCR: líquido cefalorraquídeo

5-HIAA: ácido 5-hidroxiacético

SNC: Sistema Nervioso Central

MAO: Monoaminoxidasa

5HT2A36: Receptor antagonista

5-HT1A: Receptor antagonista

5-HT2A: Receptor antagonista

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

LGTB: lesbiana, gay, transexual, bisexual

3ST: 3 pasos al suicidio

TSH: hormona estimulante de la tiroides

BDZ: benzodiazepinas

ISRSs: inhibidores selectivos de la receptación de serotonina

IRSNs : inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y noradrenolina

IMAOs: inhibidores de la monoaminoxidasa.

CAPÍTULO IV: ANALISIS

Características epidemiológicas en Costa Rica

De acuerdo al Anuario Policial, en Costa Rica el suicidio se constituye en la cuarta forma de muerte violenta más común. (2014.p.141)

De acuerdo a las características que podemos encontrar en Costa Rica demográficamente se citan las siguientes:

- Por provincias:

Cuadro # 1 Tasa de suicidio por cada 1000.000 habitantes

Provincia	Año	
	2013	2014
Total	7,7	6,3
San José	8,5	5,3
Alajuela	7,4	5,8
Cartago	7,3	7,4
Heredia	5,7	5,6
Guanacaste	8,9	6,9
Puntarenas	6,9	7,4
Limón	8	9,3

Como se puede observar en el cuadro en el año 2013 Guanacaste, San José y Limón tuvieron la mayor tasa de suicidio, mientras que en el 2014 cambian porcentajes y provincias, con mayor dato de suicidio se encontraría Limón, seguida por Cartago y Puntarenas. (Anuario Policial. 2014.p.144)

Cuadro # 2

<u>Provincia</u>	<u>Año</u>		<u>Variación</u>	<u>Tasa por cada 100 mil</u>
	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>anual</u>	<u>habitantes, 2014</u>
TOTAL	362	302	-60	6,3
San José	130	83	-47	5,3
Alajuela	69	55	-14	5,8
Cartago	39	38	-1	7,4
Heredia	27	27		5,6
Guanacaste	32	25		6,9
Puntarenas	31	34		7,4
Limón	34	40		9,3

De acuerdo al cuadro, se logra observar que la provincia de San José es la que cursa con mayor problemática de suicidios, pero también vemos que para el 2014 disminuye considerablemente, seguido por Alajuela, Limón y Cartago, cuyos porcentajes también disminuyen. (Anuario Policial. 2014.p.158)

Por otro lado, en el 2014, un estudio hecho por el Ministerio de Salud, dice que las Regiones Central Sur y Central Este registran el 52,64% del total de casos; mientras en provincias de residencia del paciente San José y Cartago notifican el 55,68% de casos. (2017)

- Según el cantón:

En el 2014, el Ministerio de Salud realiza un estudio donde se dice los 10 cantones con mayor número de casos son:

Cartago 50 casos

Vásquez de Coronado 45 casos

San Ramón 42 casos

Goicoechea 36 casos

Pococí 31 casos

Paraíso 24 casos

Oreamuno 24 casos

Liberia 22 casos

Pérez Zeledón 19 casos

Puriscal 17 casos

De acuerdo a García et al. (2017) con el estudio realizado se destacaron los 10 cantones con tasas anuales de suicidio más alta:

Dota (San José, tasa= 13.4)

Tarrazú (San José, tasa= 12.1)

León Cortés (San José, tasa= 10.9)

Alvarado (Cartago, tasa= 10.4)

Pococí (Limón, tasa= 9.5)

Talamanca (Limón, tasa= 8.1)

Matina (Limón, tasa= 7.9)

Abangares (Guanacaste, tasa= 7.9)

Guácimo (Limón, tasa= 7.3)

Cañas (Guanacaste, tasa= 7.3)

En el estudio de García et al se habla sobre la problemática del suicidio en el cantón de Dota, donde se partió de un enfoque psicosocial y de salud comunitaria. (2017.p.166)

Como parte de sus resultados, en el estudio se mencionan que entre los factores de riesgo más relevantes para el suicidio en esta zona está el impacto que tiene en los estados de ánimos, la sensación de encierro y la imposibilidad de ver un futuro más allá de los límites

geográficos, ya que se consideran una comunidad muy pequeña y alejada, de la cual es difícil salir. (García et al. 2017.p.166)

Citando otros factores de riesgo de la zona, mencionan los relacionados con el peso que tiene una moral muy conservadora, la preservación de ciertos valores asociados al patriarcado, el machismo que predomina en la comunidad, la estigmatización de las personas jóvenes de crearlas vagas(os) y no darles importancia a sus opiniones, los cuales son elementos que llegan a tener un peso significativo en las relaciones sociales. (García et al. 2017.p.166)

- Según sexo biológico por provincias:

Cuadro # 3

Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes

Provincia	Total	Sexo biológico	
		Hombres	Mujeres
Total	6,3	10,4	2,2
San José	5,3	8,4	2,1
Alajuela	5,8	9,7	1,7
Cartago	7,4	13,1	1,6
Heredia	5,6	8,7	2,5
Guanacaste	6,9	12,0	1,7
Puntarenas	7,4	11,8	2,7
Limón	9,3	14,4	3,9

Como podemos observar en la tabla, hay una marcada diferencia entre hombres y mujeres en la tasa de suicidio, ya que en el 2014 la Tasa para los suicidas masculinos es del 10,4 por

cada 100.000 habitantes mientras que las suicidas tienen una Tasa del 2,2 por cada 100.000 habitantes, con este dato notamos que la Tasa de Suicidio masculino es casi de cinco veces mayor que la calculada para el sexo femenino. (Anuario Policial. 2014.p.144-145)

Cuadro #4

Tasa de suicidio por cada 1000.000 habitantes

Provincia	Sexo biológico	
	Hombres	Mujeres
Total	10,4	2,2
San José	8,4	2,1
Alajuela	9,7	1,7
Cartago	13,1	1,6
Heredia	8,7	2,5
Guanacaste	12,0	1,7
Puntarenas	11,8	2,7
Limón	14,4	3,9

Como se observa en la tabla, en hombres se muestra una mayor cantidad de suicidios en Limón, seguido por Cartago y Guanacaste, mientras que en mujeres se puede observar que la provincia con mayor porcentaje coincide con la de hombres que es Limón, seguido por Puntarenas y Heredia. (Anuario Policial. 2014.p.146)

- Causa del evento:
Cuadro # 5

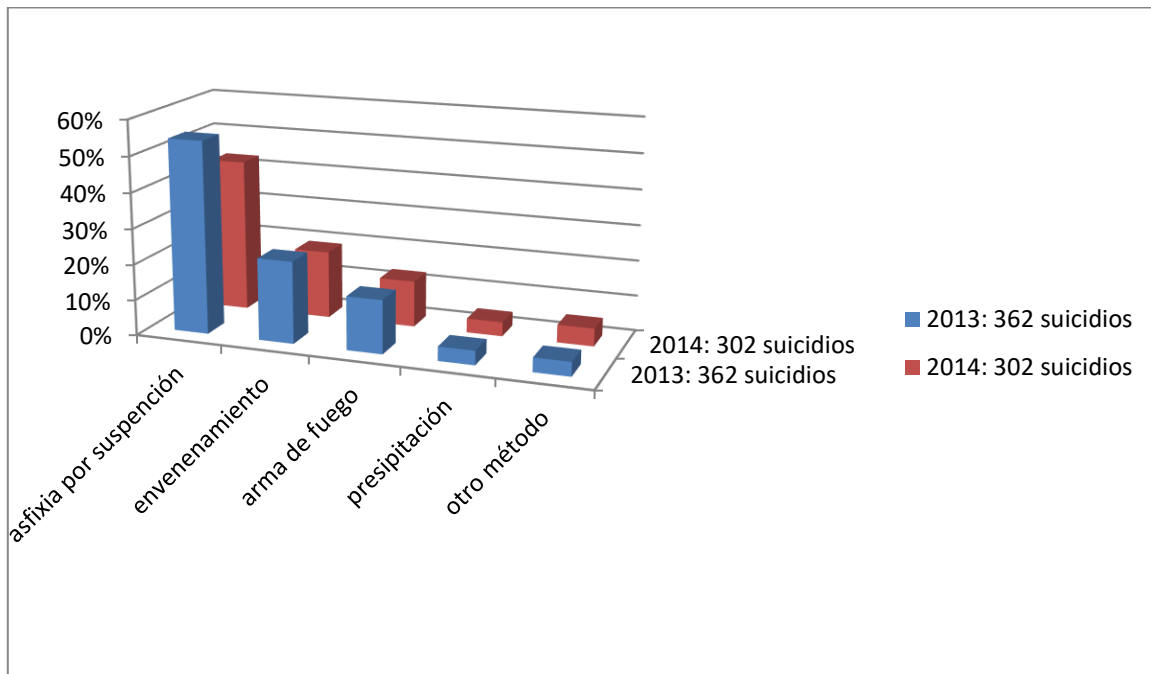
Móvil o causa del evento	Total			Variación absoluta
	2013	2014		
Total	362	302		-60
Problema personal	14	27		13
Problema económico	32	37		5
Problema con droga	22	26		4
Problema mental	30	33		3
Problema familiar	26	27		1
Problema con la justicia	9	10		1
Depresión soledad	3	3		0
Problema de pareja	115	96		-19
Problema con el licor	13	8		-5
Depresión por muerte de familiar	14	10		-4
Problema de salud	18	16		-2
Problema laboral	3	1		-2
Ruleta rusa	2	0		-2
Información ignorada	61	8		-53

Como se logra observar, par el 2013 el mayor agravante es el problema de pareja con un total de 115, luego le siguen los problemas económicos y problemas mentales o mejor dicho una enfermedad psiquiátrica, mientras que para el 2014 la primer causa sigue siendo el problema de pareja pero en un menor número, seguido por el mismo orden de problemas económicos y problemas mentales a diferencia que estos dos últimos aumentan en comparación al 2013. (Anuario Policial. 2014.pp.147-148)

- Método empleado:

En el año 2010-2013 se realiza un análisis en nuestro país en donde se estudia el lugar del hecho, en ambos sexos, en el cual ocurren los suicidios, el 51,57% ocurrieron en la vivienda; y de acuerdo al método utilizado el 58,8% corresponde a ahorcamiento. (Ministerio de Salud.2014)

Gráfico # 1



En el gráfico claramente podemos identificar que los 3 métodos más comunes son los mismos para el 2013 y 2014, que serían la asfixia por suspensión, envenenamiento y arma de fuego, con la diferencia que para el 2014 los números disminuyen. (Anuario Policial. 2014.p.148)

De acuerdo al estudio realizado por García et al, el método utilizado para suicidarse, la asfixia por ahorcadura fue el más frecuente con un 46% de los casos, seguido por intoxicación con un 31% y el arma de fuego representó un 20%. (2017.p. 164)

Cuadro # 6

Método empleado	Género	
	masculino	Femenino
total	100%	100%
Asfixia por suspensión	52%	44%
Envenenamiento	20%	35%
Arma de fuego	18%	6%
Precipitación	4%	8%
Otros métodos	6%	8%

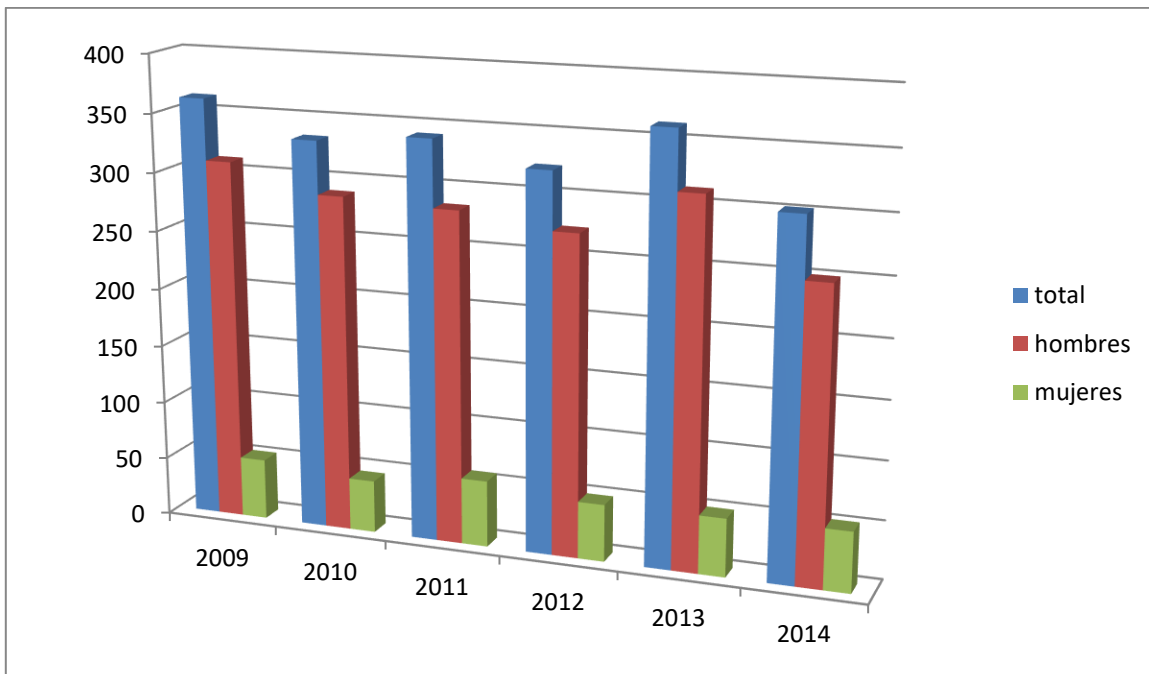
Por otro lado si comparamos los métodos con el género se puede ver que el género masculino acude más a la asfixia por sumersión que la mujer, y que la mujer utiliza más el envenenamiento que el hombre, también se puede comparar que el hombre tiene mayor tendencia a utilizar el arma de fuego que la mujer, y la mujer utiliza más la precipitación que el hombre. (Anuario Policial. 2014.p.150)

Para el año 2015 el número más marcado se da por la asfixia por ahorcadura con 201 casos, seguido por intoxicación con 62 casos, y el arma de fuego con 35 casos; mientras que para el año 2016 sigue con el mayor número de casos la asfixia por ahorcadura con 211 casos, seguido por el arma de fuego con 38 casos y la intoxicación con 28 casos. (Medicina Legal de Costa Rica. 2017.p10)

- Sexo biológico:

Al analizar un estudio de Costa Rica realizado en el 2014, con respecto a los intentos de suicidio notificados al Sistema de Vigilancia de enero a agosto de 2014, se obtiene los datos de que ocurrieron 625 casos, de los cuales el 59,2% son mujeres. (Ministerio de Salud.2014)

Gráfico # 2

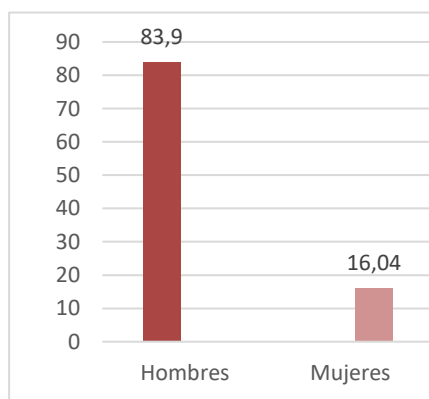


En este gráfico se observa una marcada diferencia entre el volumen para hombres y para mujeres, ya que el volumen del suicidio masculino es significativamente mayor (aproximadamente de 5 a más de 6 veces) que el femenino, también se observa que al pasar de los años, la variabilidad para las mujeres no es mucha a excepción del 2010 y 2011 donde se observa mayor cambio, y en los hombres se observa un marcado aumento en el 2013, con un importante descenso para el 2014. (Anuario Policial. 2014.p.151)

De acuerdo a los gráficos señalados por las imágenes como gráfico número 3 y 4 del artículo de Medicina Legal de Costa Rica, la tasa de mortalidad por suicidio por 100,000 habitantes para el género masculino fue de 8.4 y 7.6, mientras que la tasa de las mujeres fue de 1.6 y 1.3 en el año 2015 y 2016 respectivamente. (2016.p.6)

Gráfico # 3

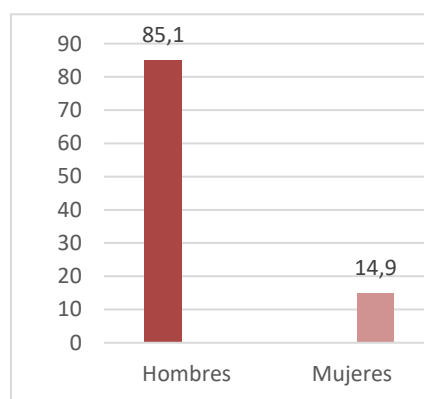
Suicidios por género año 2015



	Hombre	Mujer
Casos	267	51

Gráfico # 4

Suicidios por género 2016



	Hombre	Mujer
Casos	257	45

En comparación con las estadísticas del 2013 y 2014, se observa que en el 2015 baja considerablemente en hombres y para el 2016 sigue disminuyendo, este mismo patrón se observa en mujeres.

De acuerdo al estudio García et al, los hombres se suicidan más, pero las mujeres realizan un mayor número de intentos de suicidio. Edad. Se presentan principalmente en personas adultas, aunque existe un elevado riesgo en adolescentes y personas adultas mayores. (2017.p.167)

En un análisis de nuestro país del período 2010 al 2013 hubo un promedio de 318 suicidios por año, de los cuales el 85,8% fueron hombres. (Ministerio de Salud.2014)

- Grupos de edad:

De acuerdo con el Anuario Policial, el 85% de los decesos ocurrieron en personas que tenían de los 18 a los 64 años cumplidos, el 41% de adultos jóvenes (de 18 a 34 años) y 44% de adultos medios (de 35 a 64 años). También sé que el 9% que representan los 32 suicidios cometidos por adultos mayores (65 o más años de edad cumplida) y el 6% que significan los 15 suicidios en personas menores de edad. (2014.p.154)

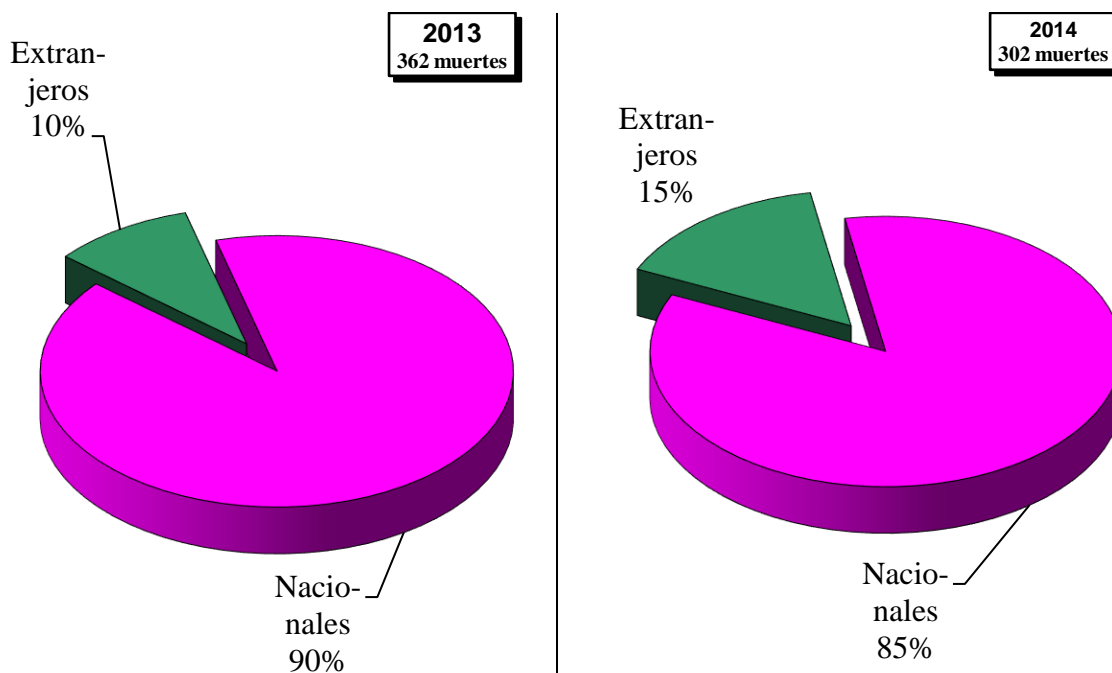
En el año 2014 se realiza un estudio en Costa Rica donde se obtiene que los grupos de edad con mayor porcentaje son los de 15 a 24 años edad con un 34,84% del total. (Ministerio de Salud 2014)

Por otro lado, en el año 2015, el rango de edad que predominó fue de 21-31 años, siendo más frecuentes en hombres. En el año 2016, el rango de edad que predomina en hombres fue de 31-30, sin embargo, en mujeres fue de 31-40. Es importante destacar que en promedio los suicidios sucedieron en ambos géneros entre la tercera, cuarta y quinta década de la vida. (Medicina Legal de Costa Rica. 2017.p6)

- Nacionalidad:

Gráfico #5

Distribuciones porcentuales del 2013 y 2014 de los suicidios consumados por costarricenses y extranjeros



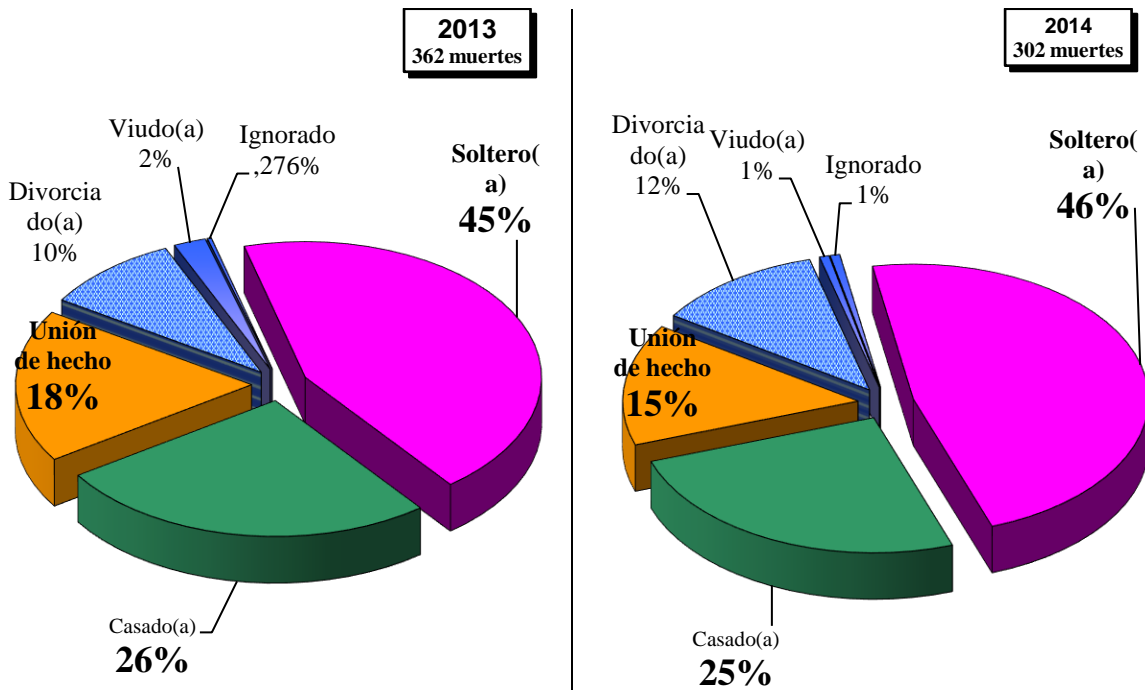
Elaborado por: Sección de Estadística, Dirección de Planificación

Como se observa del año 2013 a 2014, hay un incremento significativo de suicidios en extranjeros, llevando a que el porcentaje baje para los nacionales. (Anuario Policial. 2014.p.156)

- Estado civil:

Gráfico # 6

Distribuciones porcentuales del 2013 y 2014 de los suicidios consumados según estado civil



Elaborado por: Sección de Estadística, Dirección de Planificación

Al analizar este gráfico se observa una marcada diferencia de porcentajes, ya que el mayor en el 2013 y 2014, es el estado civil soltero, seguido por el casado y unión de hecho, luego le siguen el estado divorciado y viudo con porcentajes menores. (Anuario Policial. 2014.p.159)

De acuerdo al estudio García et al, en cuanto al estado civil. Ocurre más en personas solteras, divorciadas y viudas. (2017.p.167)

- Ocupación

Cuadro # 7

<u>Profesión, Oficio u</u> <u>Actividad Económica o</u> <u>Social</u>	<u>Número de suicidios</u>			<u>Porcentajes</u>	
	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>Variación</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>
TOTAL	<u>362</u>	<u>302</u>		<u>100%</u>	<u>100%</u>
Desempleado	30	35		8%	12%
Operario agrícola o jornalero	29	34		8%	11%
Agricultor	40	24		11%	8%
Labores del hogar(*)	30	23		8%	8%
Pensionado	28	21		8%	7%
Comerciante	22	18		6%	6%
Estudiante de secundaria	11	10		3%	3%
Guarda de seguridad	12	10		3%	3%
Otras	160	127		44%	42%

(*) No incluye la empleada doméstica

De acuerdo a esto podemos ver que las personas desempleadas, el operario agrícola o jornalero, el agricultor y las labores del hogar, son los que llevan un mayor peso en el tema del suicidio. (Anuario Policial. 2014.p.160)

Según el estudio realizado por García et a las principales ocupaciones fueron operarios(as) y técnicos(as), seguido de agricultores(as) y finalmente desempleados(as). San José fue el principal lugar de residencia, seguido de Alajuela y Puntarenas. (2017.p164)

- Relación sexo y edad:

Cuadro #8

<u>Grupo de Edad</u>	<u>Sexo</u>	
	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>
<u>Total</u>	<u>481</u>	<u>89</u>
De 10 a menos de 15 años	3	3
De 15 a menos de 18 años	5	3
De 18 a menos de 20 años	11	5
De 20 a menos de 25 años	33	7
De 25 a menos de 30 años	32	7
De 30 a menos de 35 años	23	5
De 35 a menos de 40 años	20	1
De 40 a menos de 45 años	25	5
De 45 a menos de 50 años	16	5
De 50 a menos de 55 años	26	4
De 55 a menos de 60 años	30	1
De 60 a menos de 65 años	13	2
De 65 y más años	13	4

Con base a este cuadro se podría decir que en las edades de los 20 a los 35 años, los hombres y mujeres tienen una mayor tendencia al suicidio, mientras que en las otras edades

vemos disconcordancias como los hombres de 55 a 60 años, tienen un porcentaje muy elevado, lo contrario a las mujeres. (Anuario Policial. 2014.p.161)

Gráfico # 5

Distribución de suicidios por rango de edad y género año 2015

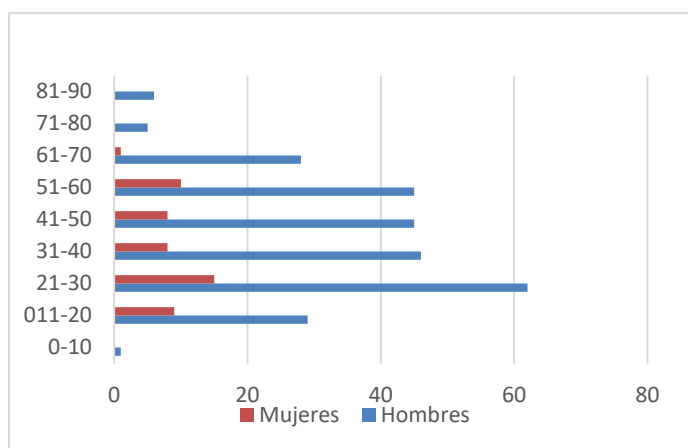
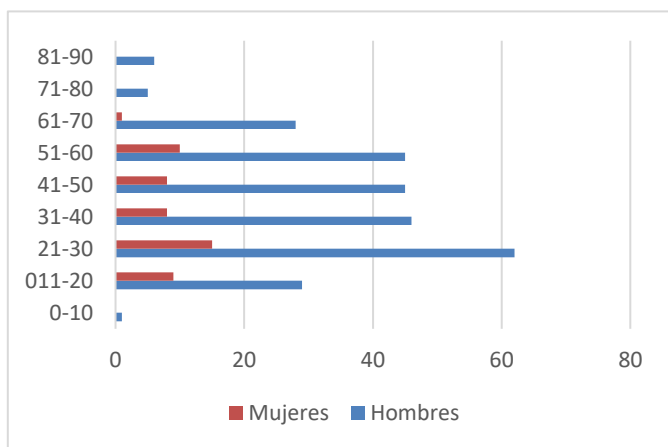


Gráfico #6

Distribución de suicidios por rango de edad y género año 2016



De acuerdo a los gráficos de Medicina Legal de Costa Rica para los años 2015 y 2016 se sigue dando una marcada diferencia entre hombres y mujeres. En ambos años la mayor incidencia en hombres es de 21 a 30 años, el cual coincide con las mujeres en el año 2015, ya que para el 2016 es más relevante el rango de edad entre los 31 y 40 años. (2017.p8)

- Relación causa y estado civil:

Cuadro # 9

Suicidio Femenino

<u>Causa final reportada</u>	Estado Civil				
	<u>Casada</u>	<u>Divorciada</u>	<u>Soltera</u>	<u>Unión de Hecho</u>	<u>Viuda</u>
Depresión por soledad	---	---	1	---	---
Problema con droga	---	1	---	2	---
Problema con licor	---	1	---	---	---
Problemas de pareja	4	2	6	2	---
Problema de salud	3	1	2	---	1
Problema económico	---	---	1	---	---
Problema familiar	3	---	1	1	---
Problema mental	2	1	6	3	---
Problema personal	---	---	8	---	---

De acuerdo al cuadro, se observa mayor afectación en la mujer soltera mayoritariamente con problemas personales, problemas de pareja y por problema mental. (Anuario Policial. 2014.p.162)

Características clínicas

- Patologías psiquiátricas:

Según el estudio de García et al, hay factores personales predisponentes para la conducta suicida estaban la depresión y las pobres habilidades sociales. También se dice que a los hombres les afectaba más la creencia de que sus problemas no tenían solución, mientras que en las mujeres era más incidente el malestar emocional. (2017.p.165)

También se habla respecto de los factores familiares, el abuso físico, psicológico y sexual, el alcoholismo, la comunicación disfuncional y el autoritarismo que potenciaban la presencia de conductas suicidas. (García et al.2017.p.165)

- Genéticas

En el estudio realizado por García et al, se encontró también a los aspectos genéticos o biológicos como son usualmente vinculados a los trastornos mentales. A parte de estos, también los aspectos familiares como problemas económicos, vínculos débiles, problemas de pareja, violencia, muerte de personas cercanas. (2017.p.167)

Características epidemiológicas a nivel internacional

De acuerdo a Ruiz et a la tasa de mortalidad por suicidio en la Ciudad de Panamá para el año 2011 fue de 7.27 suicidios en 100 mil habitantes y 9.66 suicidios en 100 mil habitantes para el año 2012. (p3.2015)

- Sexo biológico

De acuerdo a la revisión de Rangel et al, en Colombia, según las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), para el 2013, los casos de necropsia en los que la causa probable de muerte se identificó como suicidio fueron 1461 en hombres y 349 en mujeres, para una relación de 4:1 y una tasa de 3.84x100000 habitantes. (p708.2015)

En un estudio realizado por la Universidad del Norte, en donde se analizan distintos países del Caribe se obtienen datos de género, para los cuales, un 44% corresponde a prioritariamente femenino, y el 23% prioritariamente masculino. (Pianowski, Oliveira, Nunes.p91.2015)

Con respecto a Panamá, de acuerdo a Ruiz,Kup (2015) en un estudio de medicina legal, de una muestra de 259 casos de suicidio, el 88% corresponde al sexo masculino y el 12% al sexo femenino.(p3.2015)

De acuerdo a la Revista Argentina de Ciencias del comportamiento, las razones entre los sexos femenino y masculino fueron de 1.56:1 en intento de suicidio. (Lopez.p47.21017)

- Grupos de edad:

De acuerdo al estudio realizado por Pianowski et al, en donde se analizan varios países del Caribe, de analiza que la prevalencia se encuentra en los adolescentes (15 a 19 años) con un 22.2% y luego el adulto joven (18 a 44 años) con 13,6% casos. (p91.2015)

En Panamá la edad media en hombres corresponde a 39 años y en mujeres 27 años. (Ruiz et al.p3.2015)

En Argentina las edades más prevalentes para intento de suicidio de acuerdo a femenino y masculino serían, de 15 a 24 años 161 casos femeninos y 96 masculinos, de 25 a 34 años 73 casos femeninos y 52 casos masculinos, de 35 a 44 años 40 casos femeninos y 22 casos masculinos. (López et al.p48.2017)

- Estado civil

En Panamá, en cuanto al estado civil un 40.65% eran solteros, un 28.6% estaban unidos, el 26.9% casados, 2.75% separados y un 1% viudos. (Ruiz et al.p3.2015)

- Método empleado

Según un estudio en México del 2014, se reportan 5718 suicidios a nivel nacional, de los cuales un total de 4406 han sido por ahorcamiento, 596 casos por arma de fuego, 523 por envenenamiento y 26 casos por precipitación. (Aguila et al.2014)

También, este estudio demuestra que las mujeres son las que utilizan más la intoxicación y los venenos, mientras que los hombres utilizan otros métodos como la estrangulación y el arma blanca. (Aguila et al.2014)

De acuerdo al estudio realizado por Ruiz et al en Panamá, los métodos más empleados se han clasificado de la siguiente forma: (p4.2015)

Ahorcadura 77.6%

Envenenamiento 11.2%

Arma de fuego 7.3%

Precipitación 3.3%

- Lugares

Según un estudio en México del 2014, el lugar me mayor riesgo donde se comete suicidio en la casa de habitación, en segundo lugar, en la vía pública y tercer lugar en la cárcel. (Aguila et al.2014)

En Panamá el principal ambiente donde se consumaron los suicidios fue la casa del occiso (81.6%) seguido de vía pública (12.93%), trabajo (4.86%) e instalación carcelaria (1.08%). (Ruiz et al.p4.2015)

- Estados más frecuentes

En México los 3 estados con mayor índice de suicidios registrados son en el Estado de Mexico 600 casos, Jalisco con 453 casos y el Distrito Federal con 413 casos. (Aguila et al.2014)

En Panamá, de acuerdo al área geográfica con mayores casos de suicidio son los corregimientos de Alcalde Díaz (6.49%) Chilibre (5.41%) y Tocumen (4.32%) localizados a las afueras de la Ciudad de Panamá. (Ruiz et al. P4.2015)

- Países

En el estudio realizado por Pianowski et al, se destaca que en cuanto a los países se identificó que de los 176 artículos investigados por la Universidad de Norte, 80 (45,5 %) se referían a investigaciones hechas en los Estados Unidos, con una publicación muy superior a los demás países. Estados Unidos junto con Corea, Australia, Francia e Italia presentaron seis estudios, lo que representa el 3,4 % del total de referencias analizadas. El segundo país que publicó más sobre ideación suicida fue Canadá con sólo ocho estudios (4,5 %), seguido de Alemania con siete (4,0 %). En Brasil fueron encontradas tres investigaciones sobre suicidio, completando 1,7 % de los estudios analizados en la presente revisión. (p92.2015)

De acuerdo a la revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, se dice que en china, predominan los suicidios de mujeres, Polonia y Canadá tienen una razón de 4:1 de masculino femenino, Bretaña y Francia tienen una razón de 1.7:1 de masculino femenino y para Lima Perú, hay una relación de de 7.8:1 en masculino femenino. (López.2017)

- Escolaridad

De acuerdo a un estudio realizado en países del Caribe, de acuerdo a la escolaridad, el predominante sería el pre-universitario con 25% de los casos, seguido por el universitario con 9,1%. (Pianowski et al.p91.2015)

- Ocupación

En Panamá de acuerdo al estudio de Ruiz et al (2015) los casos de suicidio por ocupación se dividen en:

Técnicos 22.58 %

Jubilados 13.44 %

Independientes 12.36 %

Profesional 9.14 %
Desocupados 8.6 %
Estudiantes 8.06 %
Seguridad 6.99 %
Agricultores 6.45 %
Transporte 5.91 %
Ama de casa 5.37 %
Privados de libertad 1.07 %

Características clínicas a nivel internacional

- Patologías psiquiátricas:

De acuerdo a la Universidad de Nueva Inglaterra – Australia, muchas veces suele afirmarse que más del 90% de las personas que mueren por suicidio tienen trastornos mentales, pero sería bueno recalcar que también es cierto que la mayoría de las personas con los trastornos mentales, más del 98%, no mueren por suicidio. (Klonsky et al.p6.2016) Entonces lo que se puede decir es que los trastornos mentales confieren un mayor riesgo de suicidio que otros.

El papel de la impulsividad en el suicidio es particularmente notable porque la impulsividad ha sido durante mucho tiempo conceptualizado como un factor de riesgo clave para los intentos de suicidio. (Klonsky et al.p6.2016)

La depresión parece ser uno de los predictores más fuertes de la ideación suicida pero no parece distinguir aquellos que han intentado suicidarse de aquellos que han experimentado ideas suicidas sin intentos (May y Klonsky 2015).

La desesperanza es bien conocida por demostrar una predicción prospectiva de intentos de suicidio y suicidio en estudios a muy largo plazo. (Klonsky et al.p6.2016)

En México de acuerdo al estudio realizado por Aguila et al, las mujeres sufren casi el doble de depresión que los hombres, con un porcentaje de 14.4% para mujeres y un 8.9% para los hombres. (2014)

En Panamá, en una muestra el 18% de los casos presentaba diagnóstico por enfermedad psiquiátrica mientras que un 82% no lo presentaba. Las enfermedades psiquiátricas más frecuentes consignadas en los expedientes son la depresión y esquizofrenia. (Ruiz et al.p5.2015)

Según el estudio realizado por la Universidad del Norte, los cuadros clínicos en salud mental son: (Pianowski et al.pp 93-94.2015)

Trastorno Depresivo 32,4%
Trastornos Relacionados a Sustancias 11,9%
Trastorno Depresivo/Ansiedad 5,1%
Trastorno Bipolar 4,5%
Trastornos del Humor 2,3%
Trastornos Psicóticos 2,3%
Trastornos Exteriorizantes e Interiorizantes 2,3%
Trastornos de Ansiedad General 1,1%
Trastorno de Estrés Post-traumático 1,1%
Trastorno Obsesivo Compulsivo 1,1%
Trastorno Depresivo/Bipolaridad 0,6%
Trastorno Depresivo/ Alimenticio 0,6%
Trastorno de Pánico 0,6%
Trastorno Dismórfico Corporal 0,6%

Y en cuanto a condición médica: (Pianowski et al.pp96-97.2015)

Dolor/Dolor crónico 4%
Disturbios del sueño 2,3%
SIDA 1,1%
Enfermedad de Huntington 1,1%
Esclerosis múltiple 0,6%

Síndrome de Intestino Irritable 0,6%
Hepatitis C 0,6%
Gestación y post-parto 0,6%
Enfermedad de piel 0,6%
Enfermedad renal crónica 0,6%
Enfermedad de Parkinson 0,6%
Enfermedad coronaria 0,6%
Hospitalización/intento de suicidio 0,6%

Características psicológicas

Desesperanza 5,1%
Autoestima 4%
Impulsividad 3,4%
Agresividad 3,4%
Personalidad (general) 3,4%
Resiliencia 2,3%
Impulsividad/Desesperanza 1,1%
Autocrítica 1,1%
Impulsividad/Agresividad 0,6%
Deseo social 0,6%
Apego 0,6%
Extraversión 0,6%
Dramatización 0,6%
Despersonalización 0,6%
Autoregulación 0,6%
Manías 0,6%
Sensibilidad y ansiedad 0,6%
Factores cognitivos
Pensamiento (maquinación) 1,1%
Reactividad cognitiva 0,6%
Estilo cognitivo 0,6%
Habilidades cognitivas 0,6%

En un estudio realizado por Redón et al de Colombia sobre vivencias de varios sobrevivientes de intento de suicidio se llega a la conclusión que los entrevistados expresaban como una vivencia dolorosa, que algunos relacionaron con el intento suicida. La soledad se relacionó con la experiencia de sentir el rechazo de las personas significativas y de sentirse abandonado por ellas. (p95.2016) Las personas que no han logrado una adecuada interiorización se tornan vulnerables a las pérdidas, las cuales ocasionan estados de fragmentación y estados depresivos en los que derivan el sentimiento de minusvalía.

También se analizó que las carencias del desarrollo psicológico y la ausencia de recursos internos sólidos son elementos que hacen vulnerable a la persona frente a las fallas de los recursos externos, esto se relaciona con la historia vital de la persona y con las experiencias de la infancia que impidieron el desarrollo de relaciones sólidas y confiables con familiares o cuidadores.

En otra de las personas entrevistadas, entrevista, se evidenció la relación del desequilibrio de su vida con la relación conflictiva de sus padres y la sensación de no haber tenido un hogar. (Rendón et al.p96.2016)

Una de las entrevistas describía la relación entre la ilusión de morir con el fracaso para lograr soluciones a sus dificultades y como un escape a ellas. (Rendón et al.p96.2016)

En México, según Baca, Aroca(2014) los factores psicopatológicos más comunes serían:

- Trastornos mentales (90-95 fallecidos por suicidio)
- Trastornos afectivos
- Alcohol/drogas
- Trastornos de personalidad
- Desesperanza
- Anhedonia
- Impulsividad
- Alta reactividad emocional
- Historia personal de intentos de suicidio

Factores biológicos

- Heredabilidad 50%
- Hipofunción serotoninérgica

- Otras variables

Según Pianowski et al apoyo familiar abarcó estudios que consideraban la estructura familiar, la relación con la familia y la presencia de la familia junto a pacientes en riesgo o post-tentativa de suicidio se hallaron en un total de 16 (9,1 %) de los estudios analizados. (p95.2015)

En lo que se refiere al apoyo social, fueron considerados estudios que abarcaban cuestiones de orden social como instituciones educativas, religiosas y de salud, actividades comunitarias, proyectos sociales, y otros dirigidos al público con ideación o intento de suicidio, a la carencia de estas y la relación con la ideación suicida en la comunidad, se verificó un total de 22 (12,5%) en las referencias analizadas. (Pianowski et al.p95.2015)

Las condiciones socioeconómicas, los recursos de habitación y los cuidados físico y social fueron relacionados en 14 estudios (8 %) y su posible relación con el desarrollo de la ideación suicida. La variable sexualidad (1,7 %) fue considerada en tres investigaciones que relacionaron la ideación suicida con identidad sexual, orientación sexual y/o dificultades de orden sexual. (Pianowski et al.p95.2015)

Descripción de otras variables encontradas en los estudios: (Pianowski et al.p98.2015)

Medicamentos 4,5%

Calidad/ritmo de vida 4%

Desempeño profesional/academic 3,4%

Hereditariidad 2,3%

Profesionales – intervención 2,3%

Envejecimiento 2,3%

Religiosidad 1,1%

Imagen corporal 1,1%
Búsqueda de ayuda 1,1%
Juzgamiento moral sobre suicidio 1,1%
Automutilación 0,6%
Funcionamiento interpersonal 0,6%
Dolor psicológico 0,6%
Deseo de morir/no existir 0,6%
Impulso de tirarse de lugares altos 0,6%

En México de acuerdo a Baca et al (2014) se catalogan ciertos eventos vitales estresantes como posibles causas:

- Problemas familiares
- Problemas conyugales
- Problemas legales
- Profesiones (militares, médicos, policías)
- Maltrato perinatal
- Enfermedad terminal

- Trastornos adictivos

En España el suicidio se encuentra como la primera causa de muerte no natural, y el juego patológico es uno de sus principales factores de riesgo de los trastornos adictivos. (Verdura et al.p1.2015)

Su prevalencia en España se ha incrementado de manera exponencial desde la legalización del juego en 1977.(Verdura et al.p2.2015)

De acuerdo a la revisión de Verdura et al, los jugadores patológicos tienen 3,4 veces más riesgo de llevar a cabo un intento de suicidio que la población general, también en este menciona que en el juego patológico no es infrecuente que se asocie a trastornos por uso de alcohol y otras sustancias. (Verdura et al.p2.2015)

Abordaje en Costa Rica

De acuerdo a un estudio realizado por el Ministerio de Salud en Costa Rica, para el abordaje del tema de intentos de suicidios, la Secretaría Técnica de Salud Mental propone tres clases de estrategias para contrarrestar los factores de riesgo. (2014)

- **Prevención universal:**
Estas son diseñadas para llegar a toda una población, con esto se procura aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión. (Ministerio de Salud.2014)
- **Prevenciones selectivas:**
Estas se dirigen a grupos vulnerables, como las personas que han padecido traumas o abuso, también los afectados por conflictos o desastres, los refugiados, migrantes y los familiares de personas suicidas, mediante lo que llaman “guardianes” adiestrados que estos ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los que se brindan por medio de líneas telefónicas. (Ministerio de Salud.2014)
- **Estrategias indicadas:**
Estas van dirigidas a personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, esta consiste en el seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, mediante la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias. La prevención también puede desarrollarse fortaleciendo los factores protectores, como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas. (Ministerio de Salud.2014)

De acuerdo al estudio realizado por la escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica, la familia y el grupo de pares (los amigos), suelen ser los primeros referentes al pensar en redes de apoyo, sin embargo, estos grupos pueden cumplir un papel tanto como factor protector como factor de riesgo, depende de si brindan contención y apoyo o más bien son violentos y generan expulsión. (Maroto.p 29.2017)

Lineamientos para el abordaje comunitario del suicidio

De acuerdo al estudio realizado por Maroto (2017) La comunidad es un proceso colectivo construido, gestado y vivido de una forma dinámica, no debe ser entendida necesariamente como un colectivo homogéneo, además de la pertenencia y los vínculos, también puede existir el conflicto, el disenso y la exclusión.

Entonces, una vez comprendido esto, el abordaje comunitario llega a tener una gran relevancia porque permite fortalecer las estrategias de promoción de la salud y la prevención del suicidio, y con esto se podría llegar a ver cuáles resultados a mediano y largo plazo. (Maroto.p29.2017)

1. Promoción de la salud y prevención del suicidio

De acuerdo a la promoción de la salud mental, esta se orienta por acciones tendientes a crear entornos y condiciones de vida que permitan modos de vida saludables como una estrategia sostenible en el tiempo y que busca resultados a largo plazo. (Maroto.p30.2017)

En relación a este tema, nuestro país no existe una cultura de promoción de la salud mental y al contrario, persisten mitos y estigmas de gran peso referentes a la consulta psicológica, la cual en muchas ocasiones erróneamente se entiende como un signo de locura y no como la búsqueda de un espacio de apoyo y contención.

Para esto es muy importante comprender que la habilitación de espacios de escucha es como una estrategia de promoción de la salud, eje que se abordará posteriormente. (Maroto.p30.2017)

2. Investigación centrada localmente

En este análisis se toma en cuenta la importancia de realizar algún tipo de diagnóstico o investigación para conocer dinámicas locales vinculadas con el suicidio, los recursos disponibles para trabajar y las estrategias utilizadas previamente. Además, este trabajo permite ver y posicionar el tema a nivel local, el cual suele estar invisible en el espacio público a pesar de su presencia en la vida cotidiana y esto no debería de darse.

La investigación o el diagnóstico deben estar orientados de acuerdo a los recursos y los intereses de las personas o instituciones a cargo del seguimiento de esta iniciativa. Pero con esto, es muy importante indagar sobre los factores de riesgo y los factores protectores específicos a cada comunidad, ya que estos deben orientar el trabajo. (Maroto.p31.2017)

Al estudiar, los factores protectores, se sabe que son fundamentales para trabajar la promoción y prevención de la salud mental, sin embargo, se ha estudiado muy poco al respecto. Se sabe que los que cumplen un rol fundamental son, los pares, la familia, la comunidad, entre otros. (Maroto.p31.2017)

3. Participación multisectorial e interdisciplinaria

Este punto debe ser abordado de manera integral y sistemática por parte de la sociedad, lo cual implica un tratamiento multisectorial e interdisciplinario.

La participación multisectorial refiere al involucramiento de actores comunitarios muy diversos. (Maroto.p31.2017)

De acuerdo al estudio de Maroto (2017) se presentan los que fueron identificados en el proceso de consulta:

- Municipalidades: Estas tienen un rol fundamental en la articulación de actores a nivel local y la implementación de estrategias orientadas a la promoción de la salud y el fortalecimiento de la identidad y los vínculos comunitarios.

- Personal de salud: El personal del primer nivel de atención suele conocer a la población y además cumplen un rol fundamental en la articulación con los otros niveles de atención en salud.

- Personal especializado en salud mental, e idealmente capacitado en el manejo de la conducta suicida: Incluye tanto el personal vinculado a las instituciones como aquellas personas que son de la comunidad y pueden realizar aportes importantes, tanto en su trabajo profesional (por ejemplo, atención clínica, articulación de grupos de apoyo) como trabajo voluntario.

- Instituciones educativas: Estas han sido identificadas como un lugar preferencial para el abordaje del suicidio en tanto las personas menores de edad son una población considerada prioritaria por tener mayor riesgo suicida.

Además, es un espacio clave para el desarrollo psicosocial, tiene incidencia tanto sobre competencias sociales, el plano cognitivo, la configuración de la identidad, el grupo de pares y la red de apoyo, entre otros. Asimismo, desde estas se facilita la referencia hacia los centros de salud en caso de ser necesario.

- Personal de primera respuesta (cruzrojistás y policías): Esta población se enfrenta directamente el tema en la atención de las emergencias, pero usualmente no tiene la capacitación requerida en esta temática específica.

- Organizaciones no gubernamentales que trabajen directamente el tema: Son actores importantes porque suelen tener personal capacitado y experiencia en el desarrollo de diversas estrategias. No obstante, pocas veces tienen presencia a nivel local por limitaciones económicas.

- Iglesias (tanto sus líderes religiosos como grupos organizados): Pueden brindar un aporte como red de apoyo para personas en riesgo y familias en momentos de crisis.

- Cualquier grupo organizado de la comunidad: Independientemente del eje que reúna a un grupo, este se puede convertir en red de apoyo para una persona con riesgo suicida. Pueden ser grupos relacionados a actividades culturales y artísticas, deportivas, empoderamiento de mujeres, ambientales, entre muchos otros.

- Población en general. Son actores fundamentales. Es preciso mantener estrategias que fomenten la participación activa de personas interesadas y comprometidas. De esta forma

se amplían las posibilidades de identificar y referir de manera oportuna las personas con riesgo suicida. (Maroto.pp32-33.2017)

4. Respeto a la diversidad cultural

Es de mucha importancia saber que se debe respetar las pautas culturales tanto en la construcción de las propias categorías de salud y enfermedad existentes en la comunidad, así como las estrategias de organización, participación, acompañamiento y atención que ya han sido exitosas y responden a patrones culturales propios. Esto tiene una significación muy particular cuando se trabaja en comunidades indígenas, sin embargo, debe ser un principio general.

“Cada pueblo y cada cultura debe tener formas propias de afrontar el suicidio y éstas deberían ser incorporadas a los protocolos de las instituciones a cargo de la salud” (Maroto.pp33-34.2017)

5. El rol de los servicios de salud del primer nivel de atención

En la actualidad, la labor del primer nivel de atención se ha visto prácticamente reducida a la referencia de casos, sin ni siquiera tener un seguimiento de estos cuando las personas regresan a la comunidad o de las personas sobrevivientes, según corresponda.

No obstante, la intervención de trabajadoras y trabajadores del primer nivel de salud es muy estratégica porque generalmente tienen una vinculación mucho más directa con la comunidad. (Maroto.p34.2017)

Estos servicios son articuladores de ésta con el sistema médico asistencial, en muchos casos se constituyen en la fuente de los primeros cuidados sanitarios para la población y, al estar insertos en las pautas culturales del lugar, son conocedores de las redes de sostén y de apoyo psicológico validadas por la población, para controlar la crisis. (Maroto.p34.2017)

6. Algunas características básicas de los proyectos o programas

- Un espacio físico propio. Este espacio debe ser independiente de otros servicios, ser un espacio “acogedor” y de muy fácil acceso a la población meta. Para esto se deben evitar barreras económicas (gastos por traslado) y sociales (el estigma de ser parte de un servicio de salud mental en un hospital, por ejemplo). Esto brinda un referente a las personas de dónde pueden acudir en caso de requerir ayuda, así como una apropiación como una iniciativa local. (Maroto.pp34-35.2017)

- Tener una política de “puertas abiertas”. Si bien se atiende población con un perfil muy definido e incluso se puede realizar algún proceso de tamizaje o evaluación del riesgo, las personas pueden Una primera atención, aunque sea informativa, se brinda de manera inmediata y se establecen parámetros para el seguimiento o la referencia si es del caso. (Maroto.pp35-35.2017)

- No se solicitan requisitos institucionales para el ingreso. Ambos servicios tienen vinculación al sistema público de salud, sin embargo, no requieren que las personas cumplan requisitos formales como tener un seguro social, por lo tanto, si una persona cumple con el perfil establecido, se atiende dentro del modelo sin pedirle otros requisitos administrativos. (Maroto.pp35-35.2017)

- Atención interdisciplinaria. El modelo tiene una base interdisciplinaria de acuerdo a los objetivos establecidos (prevención o atención). Sin embargo, ninguno de los dos tiene la atención centrada en el modelo médico ni farmacológico, el énfasis está en la escucha, el acompañamiento y el fortalecimiento del vínculo. El acompañamiento se realiza tanto presencial durante la visita de la persona al centro, como telefónico o en visitas a la casa en caso de ser requerido. (Maroto.pp35-35.2017)

-Atención grupal. El énfasis es gestionar espacios grupales, tanto de actividades de promoción de la salud como terapéuticos. (Maroto.pp34-35.2017)

7. La escucha en el ámbito comunitario

En este ámbito comunitario lo que se debe indagar ¿quién o quiénes están cumpliendo este rol de escucha? Estos serían actores fundamentales a involucrar en las estrategias para la prevención del suicidio. (Maroto.p35.2017)

Esto no le quita importancia al lugar del escucha ofrecido por profesionales en salud mental, si estos espacios de escucha estuvieran habilitados a nivel familiar o comunitario no existirían altas tasas de suicidio en algunas localidades en particular. Esto interroga de manera directa el rol de las y los profesionales en psicología en estas comunidades, quienes deberían habilitar espacios para canalizar estas demandas. (Maroto.p35.2017)

8. El fortalecimiento del vínculo en el ámbito comunitario

Este punto es un tema muy complejo, ya que a partir de su análisis teórico trasciende, los objetivos de este artículo, sin embargo, sí es importante plantear algunas reflexiones sobre el fortalecimiento del vínculo en los procesos de prevención del suicidio. (Maroto.p36.2017)

Los vínculos pueden presentarse como un factor protector o como un factor de riesgo, es así como las intervenciones psicosociales deben orientarse a fortalecerlos.

Tener un vínculo de sostén permite una posibilidad de reciprocidad y en ese sentido, la comunidad es fundamental para el crecimiento del ser humano. (Maroto.p35.2017)

Abordaje a nivel internacional

- Colombia:

De acuerdo al artículo de Rangel, Suárez, Escobar, el médico de atención primaria debe decidir qué hacer con un paciente que ha atentado contra su vida o manifiesta ideación

suicida. Posiblemente puede interconsultar a psiquiatría; sin embargo, ocasionalmente esto se difiere. (p707.2015)

En este estudio se analizaron varios tipos de escalas que se pueden usar como instrumento de ayuda para definir una conducta en un paciente con riesgo suicida, pero no reemplazan la entrevista psiquiátrica. Esto puede ayudar al pronóstico y orientar el tratamiento inicial del paciente, definiendo la necesidad de hospitalización según el riesgo encontrado y la priorización de valoración psiquiátrica.

Entre las escalas analizadas en esta revisión bibliográfica, podemos encontrar:

- **Scale For Suicide Ideation (SSI) :**

Esta escala cuantifica el grado de planeación de un intento suicida evaluando dimensiones de pensamientos autodestructivos. Se compone de 19 ítems que se califican de 0 a 2, donde 0 corresponde a de moderado a fuerte, 1 a débil y 2 a ninguno. (Rangel et al.p709.2015)

Se evalúan tres factores: deseo suicida activo, deseo suicida pasivo y preparación del acto suicida. La escala se llena con base en las respuestas obtenidas en una entrevista semiestructurada. (Rangel et al.p709.2015)

- **Self-Rated Scale For Suicide Ideation (SR-SSI):**

Esta es una traducción exacta de la escala descrita anteriormente y tiene 19 ítems, además se califica igual. Puede llenarse con lápiz y papel o en computador. Para la escrita se encontró una validez concurrente buena con la SSI. (Rangel et al.p710.2015)

- **Modified Scale For Suicide Ideation (MSSI):**

En esta escala se tiene el propósito de utilizarla como un instrumento que se pueda aplicar por personal diferente al psiquiatra. Las modificaciones que se realizan respecto a la original consisten en: añadir preguntas rápidas, agregar preguntas adicionales relacionadas con ideas suicidas, modificar la puntuación, establecer una secuencia para la aplicación de la escala y el desarrollo de los ítems de tamizaje que al inicio de la escala se califiquen y

permitan aplicarse de una forma costo efectiva. Es escala está aprobada para adultos y adolescentes, consta de 18 ítems que se califican de 0 a 3 y evalúa tres factores: deseo suicida, preparación para el intento y capacidad percibida para realizar el intento. (Rangel et al.p.710.2015)

- **Plutchik Suicide Risk Scale:**

Esta se utiliza como un instrumento auto aplicado que se compone de 26 ítems que se califican con sí o no. Estos se encargan de evaluar intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos. Es fácil y rápido de administrar, de 1-2 minutos y distingue pacientes con tentativa de suicidio, con antecedentes de ideación o con intentos suicidas. (Rangel et al.p.711.2015)

- **Suicide Assessment Scale (SUAS):**

Esta escala fue construida para medir el riesgo de suicidio en el tiempo. Se compone de 20 ítems que se califican de 0 a 4 con base en una entrevista semi estructurada y tarda de 20 a 30 minutos. Al establecer el riesgo suicida tiene la ventaja de evaluar los dominios afecto, estado corporal, control y afrontamiento, reactividad emocional, pensamientos y comportamientos suicidas, a diferencia de otros instrumentos que solo evalúan un dominio. (Rangel et al.p.711.2015)

- **Modified Suicide Assessment Scale y Suicide Assessment Scale Self Rated (SUAS-S):**

Esta escala está compuesta por 20 ítems, cada uno está calificado en términos de gravedad de 0 a 4 puntos y se agrupan en cinco áreas: afecto, estado físico, autocontrol, reactividad emocional, pensamientos suicidas y comportamiento. (Rangel et al.p.712.2015)

- **Suicide Intent Scale (SIS):**

Esta escala lo que busca medir el deseo de morir y la expectativa de que la muerte resulte del intento. Se compone por 15 ítems que se califican de 0 a 2. La primera parte se compone de ocho ítems que miden las circunstancias del intento, es decir, los hechos objetivos. Los siete ítems siguientes evalúan las expectativas y percepciones relacionadas con el intento, la parte subjetiva. (Rangel et al.p.712.2015)

- **Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ):**

Esta escala es una modificación del Suicidal Ideation Questionnaire dirigido a adolescentes, evalúa ideación suicida y es auto aplicado. Se compone de 25 ítems que se califican de 0 a 7, de acuerdo con la frecuencia de aparición de las cogniciones referidas. Sus dominios son suicidio como retribución de los otros; como una forma de que los demás se percaten del valor de la persona, pensamientos de que a nadie le interesa que la persona viva, y como una forma de solucionar los problemas. (Rangel et al.p.712.2015)

De acuerdo a Rangel et al, se postulan las escalas Modified Scale for Suicide Ideation y Plutchik Suicide Risk Scale por cumplir con las características psicométricas, por tener un tiempo de aplicación adecuado en el servicio de urgencias y por sus preguntas sencillas para ser utilizadas en atención primaria. (p.714.2015)

Propuestas para la prevención y el abordaje de la conducta suicida en ambientes universitarios

En un estudio realizado por una Universidad de Bogotá, dentro de las propuestas implementadas se ubica una serie de acciones de múltiples niveles enfocadas en la identificación y transformación de factores de riesgo, con esto se trata de promover habilidades para la vida y estilos de vida saludable más un fomento de la búsqueda de ayuda e identificación de síntomas. (Barrios et al.pp4-6.2017)

Para estas acciones que esta institución implementa, se incluyen el uso de las cátedras regulares para promover el dialogo sobre los hechos de la vida y reflexiones personales sobre la propia experiencia académica y personal (por ejemplo frente a los procesos de perdida académica y/o de la calidad de estudiante) y las electivas diseñadas para promover prácticas de autoconocimiento y facilitar la expresión de la emocionalidad, ya que estas son problemáticas del diario vivir de los estudiantes y que no muchos se percatan de ello. (Barrios et al.pp4-6.2017)

Es muy importante tomar en cuenta que las campanas de educación social y sensibilización van dirigidas a toda la comunidad universitaria, que a través de talleres que abordan aspectos de vulnerabilidad psicológica y estrés académico describen una mezcla indiferenciada de enfoque de riesgos a los que se ven sometidos estos estudiantes. Para ejemplificar lo antes mencionado, se ilustran esta integración con las campanas de “ciberconvivencia” y los talleres educativos sobre el manejo de emociones, habilidades sociales, muerte y duelo, perdidas afectivas (rupturas de pareja), conflictos familiares, orientación sexual, proyecto de vida y enfermedad mental, entre otros, todo a lo que se pueden ver expuestos en este ambiente, aparte de lo que ha dejado la experiencia de las vivencias en este lugar. (Barrios et al.pp4-6.2017)

También, en esta misma línea, “se identifican los programas de screening y entrenamiento a gatekeepers (guardianes) dentro de los ambientes universitarios, que consisten en desarrollar un conjunto de estrategias diseñadas para educar y capacitar a todos aquellos susceptibles de tener ese primer contacto con los estudiantes en riesgo”. (Barrios et al.pp4-6.2017)

Por otro lado, están las acciones de promoción e identificación de las redes de apoyo que constituyen los propios compañeros, y que en algunas universidades son llamados “monitores-tutores”, estas personas se capacitan como pares en un trabajo de acción de contención, soporte y búsqueda de recursos. También están los “brigadistas”, quienes son trabajadores que reciben una capacitación especial para ocasiones de crisis y eventos catastróficos facilitando el adecuado reporte y activación del sistema de atención de

urgencias; y la asesoría espiritual ofrecida por las divisiones de pastoral universitaria, en las instituciones con tradición religiosa. (Barrios et al.pp4-6.2017)

Otra de las herramientas de detección consiste en las “figuras mediadoras” o “consejeros”, cuya función es la de escuchar al estudiante y articular las funciones de bienestar dentro de cada una de los programas académicos, a través del sistema de alertas tempranas y los llamados Programas Apoyar o de desarrollo integral estudiantil, que tienen como tarea identificar estudiantes en riesgo (ya sea de carácter académico o psicosocial), centralizando la información de seguimiento, los reportes y atenciones en los mismos consejeros. (Barrios et al.pp4-6.2017)

De acuerdo al estudio realizado por la Universidad de Nueva Inglaterra, se observa que la terapia conductual dialéctica es un tratamiento multimodal que combina estrategias conductuales y de aceptación, la DBT fue desarrollada para poblaciones con amplias historias de comportamientos autolesivos y suicidas, y se ha utilizado y estudiado principalmente en muestras con trastorno límite de la personalidad. Los ensayos controlados aleatorios han encontrado que los pacientes que recibieron DBT tuvieron menos autolesiones (Klonsky.pp9-10.2016)

Otro tratamiento, la terapia cognitiva para la prevención del suicidio, está basado en la teoría cognitiva de Beck, este se enfoca en mitigar desesperanza, evaluando y desafiando la precisión de los supuestos de los pacientes, y brindando a las pacientes estrategias de afrontamiento y habilidades para resolver problemas. (Klonsky.pp9-10.2016)

De acuerdo al estudio de Klonsky et al, los tratamientos para el suicidio tienden a enfocarse en modalidades individuales y / o grupales. Sin embargo, los enfoques para la prevención del suicidio pueden implementarse a nivel de la comunidad o el gobierno. (p10.2016)

Estos enfoques incluyen restricción de medios, educación médica y programas escolares. Por ejemplo, el acceso a armas de fuego en los Estados Unidos, las armas de fuego son la principal causa de muerte por suicidio en los Estados Unidos, y las leyes que regulan la

disponibilidad de las armas de fuego varían según el estado. (Klonsky.p10.2016) aparte de armas se habla de la regulación de pesticidas letales, con esto se trata de bloquear lo que esté al alcance de las personas como método de suicidio.

Abordaje a nivel periodístico:

De acuerdo a un estudio realizado por la universidad de La Sabana en Colombia, las noticias repetitivas sobre el suicidio de un personaje público pueden precipitar el suicidio de personas vulnerables, adolescentes y jóvenes, por lo que se indica que en la presentación de este tipo noticias se cumplan las siguientes indicaciones al reportar un suicidio, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud:

- No debe aparecer la noticia en primera página ni en la última, que sería la inicial para los que comienzan a leer el diario al revés.
 - No deben aparecer fotos del fallecido.
 - No se debe describir el método utilizado con lujo de detalles, pues sirve a otros de referencia si están indecisos respecto a cuál medio utilizar para autodestruirse.
 - No deben ofrecerse explicaciones simplistas ni únicas de lo sucedido, pues el suicidio es una conducta compleja que responde a causas biológicas, psicológicas y sociales.
 - No debe equipararse el suicidio con atributos valiosos del carácter ni valores morales dignos de imitar, como la valentía, la lealtad, el valor, el amor, la dignidad, el honor, el altruismo, la sensibilidad y el sentimiento solidario, etc.
 - No deben recalcarse únicamente los aspectos positivos de la personalidad del difunto, sino también los posibles factores que facilitaron el suicidio, como el padecimiento de una enfermedad mental, el abuso de drogas y alcohol, los intentos suicidas previos, los ingresos psiquiátricos, la falta de apoyo familiar y social, etc.
 - No debe aparecer la palabra suicidio como sinónimo de éxito, salida, opción o solución.
 - No se debe ofrecer el suicidio como una forma de solucionar las dificultades de la vida.
- (Suárez, Barrera, Gómez, Velasquez, Guzmán, García.p155.2017)

En este tema es de suma importancia saber el manejo que se le da al tema del suicidio y a las personas que han tenido algún tipo de conducta suicida ya que tiene implicaciones bioéticas que involucran el respeto por las personas, es necesario conocerlas, a fin de optimizar la información y facilitar la comunicación de factores protectores, más que hacer hincapié en información que puede generar factores de riesgo. (Suárez et al.p156.2017)

Análisis de población LGTB con respecto al suicidio

Estadísticas:

Las probabilidades de intentar suicidarse son aproximadamente de 2 a 7 veces mayores para lesbianas, hombres homosexuales y bisexuales (LGB) que para heterosexuales. (Meyer et al.2016)

También los estudios sugieren que las personas LGB siguen teniendo mayor riesgo de suicidio en lo que tienen que ver los primeros períodos de desarrollo, ya que las disparidades de orientación sexual en la tendencia suicida persisten en la adultez temprana. (Meyer et al.2016)

Según Rocha, de acuerdo a este estudio realizado en Colombia, cabe mencionar que la población joven LGB, según varios estudios, tiene entre 1.5 y 3 veces más ideación suicida que otros jóvenes no-LGB.(p.539.2015)

Factores de riesgo:

-Procesos de estrés: estos se ven relacionados con los prejuicios y el estigma contra las personas LGB y podrían estar relacionados con ideas e intentos de suicidio. Un ejemplo de esto es la apertura temprana sobre la orientación sexual y ser identificados como LGB por los padres, esto puede prestarse para la divulgación de la identidad LGB, que puede llevar al rechazo familiar de la persona LGB, y a su vez, el rechazo familiar se asocia con un mayor riesgo de intentos de suicidio. (Meyer et al.2016)

-Buscar consejería de un consejero religioso o espiritual tuvo un impacto dañino: ya que en el estudio realizado por Meyer et al, al evaluar el impacto de la salud mental o el tratamiento médico, religioso o espiritual en el suicidio, no se evidencia de un efecto protector de recibir salud mental o tratamiento médico en un intento de suicidio. (2016)

Es decir, los encuestados que buscaron salud mental o tratamiento médico algún tiempo antes de su intento de suicidio fueron tan probables como los encuestados que no buscaron tratamiento de salud mental para tener un intento de suicidio o intento de suicidio grave después de este tiempo. Por lo tanto, buscar tratamiento no explica la raza o la disparidad étnica que observamos en los intentos de suicidio. (Meyer et al.2016)

A pesar de los importantes cambios sociales que conducen a mejorar las actitudes hacia las minorías sexuales, las personas afiliadas a la religión en los Estados Unidos tienen más actitudes antigay que aquellas no afiliadas a la religión. Por ejemplo, el 48% de los estadounidenses dice que hay un conflicto entre sus creencias religiosas y la homosexualidad. Es relevante en la discusión del tratamiento para las personas LGB observar que muchos grupos religiosos tienen puntos de vista antigay explícitos. (Meyer et al.2016)

-Homofobia internalizada: se asocia con un mayor riesgo de comportamiento suicida tanto directamente y por su asociación con síntomas depresivos, uso de sustancias y bajo bienestar psicológico. (Meyer et al.2016)

-De acuerdo al estudio realizado por Mustanski et al, la desesperanza, los síntomas de depresión, los síntomas de desorden, la impulsividad, la victimización, edad fuera de casa, la atracción del mismo sexo y el poco apoyo familiar son fuertes factores de riesgo. (2013)

-También, la tendencia a informar en exceso sobre los intentos de suicidio entre jóvenes LGBT, o que los jóvenes LGBT pueden, ser más propensos a participar conductas de intento de suicidio no letales. (Mustanski. 2013)

-La edad más temprana al salir, es decir, divulgar orientación sexual y estar más " fuera " de la familia y la comunidad a una mayor ideación e intentos suicidas, mientras que otros han encontrado el efecto opuesto. (Mustanski. 2013)

-La no conformidad de género y la victimización basada en LGBT también han sido enlazadas a suicidio. (Mustanski. 2013)

-Una historia de intento de suicidio fue el predictor más fuerte de intentos futuros, incluso después de controlar por concurrentes síntomas. (Mustanski. 2013)

-prejuicio sexual es una gran amenaza para el bienestar físico y mental de lesbianas, gays, bisexuales y travestis y/o transexuales. (Rocha.p538.2015)

-La violencia en contra de las minorías sexuales: esta ha impedido un ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos a esta población. Esto claramente afecta la autoestima, favorece la desesperanza e, indefectiblemente, les conduce al riesgo de experimentar ansiedad, victimización, persecución, abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, depresión y suicidio o riesgo suicida. (Rocha.p539.2015)

-la discriminación: esta tiene una fuerte asociación con los padecimientos mentales, el aislamiento por parte del heterosexismo, el rechazo familiar y la falta de acceso a salud y educación. (Rocha.p539.2015)

-Negar factores protectores:

I. Matrimonio con hijos

II. Acceso a tratamientos con antidepresivos

III. Ejercicio y dieta apropiada, que están íntimamente relacionados con el nivel socioeconómico y la inserción laboral, y que son de bajo nivel en muchas de estas personas, especialmente en los transgéneros y/o transexuales

IV. Flexibilidad cognitiva o habilidad para adaptarse a procesos cognitivos, para tolerar y manejar situaciones inesperadas, cualidades difíciles de desarrollar cuando la desesperanza,

la angustia y el estrés son los sentimientos producidos por la violación sistemática de los derechos de la población LGBT. (Rocha.p540.2015)

-Endodiscriminación: que promueve el aislamiento, la pérdida de apoyo social, las conductas suicidas, y en la mayoría de los casos, “el deterioro de la salud mental, en este caso, el estigma social ha generado que los sitios de encuentro y de homosocialización, como bares y zonas de esparcimiento, se conviertan en especie de guetos, donde hay diferencias incluso entre los sitios de gays, lesbianas, transgeneristas y transexuales. (Rocha.p541.2015)

Abordaje

De acuerdo al estudio de Meyer et al, en general, la población LGB busca tratamiento a tasas más altas que los heterosexuales. No obstante, las altas tasas de utilización de servicios entre los LGB se acompañan de altas tasas de intentos de suicidio. Una explicación para esta discrepancia incluye que la población LGB recibe un tratamiento insatisfactorio o inútil. (2016)

-La aceptación de la familia: Se asocia con una mayor autoestima, apoyo social y un mejor estado general de salud y protege contra la ideación y el comportamiento suicida. (Meyer et al.2016)

-Programas de prevención: Los que están basados en la comunidad se centran en el cambio ambiental o se dirigen al público en general como lo son las líneas directas, campañas de concienciación pública, regulación de elementos letales como armas de fuego y estándares de medios para evitar el sensacionalismo suicida, etc. (Meyer et al.2016)

-Identificación temprana y la intervención: Por lo tanto, la educación ya sea del público como de los médicos es importante para que los riesgos de suicidio se puedan identificar a tiempo para que una intervención tenga efecto. (Meyer et al.2016)

-Identificación de jóvenes en riesgo: Conectarlos con recursos, tales como apoyo entre pares, selección de toda la escuela, entrenamiento de portero y habilidades para sobrellevar el aprendizaje. (Meyer et al.2016)

De acuerdo a Meyer et al (2016) buscar salud mental o tratamiento médico no se asoció con menores probabilidades de un intento de suicidio; buscar un tratamiento religioso o espiritual se asoció con mayores probabilidades de un intento de suicidio.

Para medir el apoyo social se utiliza la escala multidimensional del apoyo social percibido es una medida de apoyo social que incluye 4 elementos para medir el apoyo familiar y el apoyo mutuo. (Mustanski. 2013)

Luego para medir la no conformidad de género se utilizó una escala con 5 ítem llamada Boyhood Gender Conformity Scale en hombres y una adaptación validada de 4 elementos para niñas Las escalas consisten en elementos evaluar la frecuencia de pensamientos y comportamientos tipificado culturalmente como masculino y femenino. (Mustanski. 2013)

También se encuentra la escala de Victimización LGBT con una medida de 10 ítems donde se evalúa la frecuencia de las experiencias de vida de la victimización " porque eres o fuiste pensado ser, gay, lesbiana, bisexual o transgénero "(Mustanski. 2013)

De acuerdo a un estudio realizado en Colombia, la política pública debe contener componentes como los que se han planteado en países latinoamericanos como Brasil: (Rocha.pp.541-542.2015)

1. Articulación de la política de promoción de los derechos de los homosexuales,
2. Legislación y justicia,
3. Cooperación internacional,
4. Seguridad,
5. Educación,

6. Salud: Formalización del Comité Técnico en Salud de la Población LGBT en el Ministerio de Salud con el objetivo de estructurar una Política Nacional de Salud para esta población,
7. Trabajo,
8. Derechos culturales,
9. Política para juventudes,
10. Política para mujeres,
11. Política contra el racismo y la homofobia.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de 20 a 35 años con intento de suicidio

Características epidemiológicas:

- A nivel de provincias, de acuerdo al Anuario policial (2014), en el 2013 las provincias con mayor cantidad de suicidios fueron San José, Alajuela y Cartago, y para el año 2014, se ve una disminución de casos con una distribución mayor en San José, Alajuela y Limón.
- A nivel de cantones, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud (2014), el mayor número de casos se dan en Cartago, Vásquez de Coronado y San Ramón, mientras que para el 2017 en un estudio de García et al destacan, Dota, Tarrazú y León Cortés.
- A nivel de sexo biológico por provincias, en el estudio realizado por el Anuario policial (2014) se obtiene que hay un mayor porcentaje de suicidio de hombres en Limón, Cartago y Guanacaste, mientras que para mujeres se da más en Limón, Puntarenas y Heredia.
- A nivel de la causa del evento, de acuerdo al Anuario policial (2014), para el 2013 los mayores números se dan por el problema de pareja, seguido por los problemas económicos y las enfermedades psiquiátricas, mientras que para el 2014 son exactamente los mismos en escala de frecuencia.
- A nivel de método empleado, un análisis muestra que para el 2013 y 2014, los métodos más empleados se dan por medio de asfixia por sumersión, por envenenamiento y en tercer lugar por arma de fuego, (Anuario Policial. 2014), datos parecidos son dados por el Ministerio de Salud (2014) donde dice que el método

más utilizado se da por medio del ahorcamiento, estos datos sigue coincidiendo de acuerdo con el estudio realizado por el Anuario Policial (2014) para el género masculino, ya que los mayores datos se encuentran dados por asfixia por sumersión, envenenamiento y arma de fuego, mientras que en el género femenino, en primer lugar se da por asfixia por sumersión, envenenamiento y en tercer lugar precipitación, y para los años 2015 y 2016 de acuerdo al estudio realizado por Medicina Legal (2017) en primer lugar sigue estando asfixia por ahorcadura seguido por intoxicación y envenenamiento, la variante al pasar de los años se da en el tipo de asfixia y luego los casos por arma de fuego disminuyen mientras que la intoxicación se posiciona en el segundo lugar.

- A nivel de sexo biológico, de acuerdo al análisis hecho por el Anuario Policial(2014), hay una marcada diferencia entre hombres y mujeres para los años 2009, al 2014, donde la mayor cantidad se da hombres, respecto al estudio realizado por el Ministerio de Salud (2014) de 625 casos reportados, el 59,2% son mujeres, luego para el año 2015 y 2016 según las estadísticas dadas por García et (2017), a los hombres siguen teniendo mayores números que las mujeres, pero las mujeres tienen más intentos.
- A nivel de edades, en el estudio realizado por el Anuario Policial (2014) un 41% se da en adultos jóvenes de 18 a 34 años, y en adultos un 44% de 35 a 64%, mientras el de acuerdo al Ministerio de Salud para el año 2014 el grupo de mayor porcentaje de un 34.84 es para la población entre los 15 y 24 años, mientras que para el año 2015 según Medicina Legal (2017) el rango de edad que predominó es de 21 a 31 años y para el 2016 se divide en un porcentaje de mayor para hombres de 31 a 31 años, mientras que para las mujeres es de 31 a 40años.
- A nivel de nacionalidad, de acuerdo al Anuario Policial (2014) en Costa Rica para el año 2013, de 262 muertes, 10% fue d extranjeros, 90% nacionales y para el año 2014, 15% fueron extranjeros y 85% nacionales.

- A nivel de estado civil según el Anuario Policial (2014), para los años 2013 y 2014 el mayor porcentaje corresponde a solteros, seguidos por casados y de unión de derecho, datos que coinciden con el estudio de García et al (2017), donde vemos que en primer lugar están las personas solteras, luego divorciados seguidos por viudos.
- A nivel de ocupación para los años 2013 y 2014, los mayores porcentajes se den en personas desempleadas, operario agrícola o jornalero, y las labores del hogar (Anuario Policial.2014), mientras que para en el estudio realizado por García et al (2017) los primeros lugares fueron para operarios y técnicos, seguido por agricultores y finalmente desempleados.
- A nivel de causa y estado civil, según el estudio del Anuario Policial (2014) en mujeres se encuentra una mayor cantidad en las que son solteras con problemas personales, seguido por las que tienen problemas de pareja y problemas mentales.

Características clínicas

- A nivel psiquiátrico, de acuerdo al estudio de García et al, (2017), la mayoría son dados por depresión y pobres habilidades sociales, también cabe mencionar, el abuso físico, psicológico y sexual, el alcoholismo, comunicación disfuncional y el autoritarismo.
- A nivel genético, se encuentran aspectos biológicos o genéticos que usualmente pueden estar vinculados a trastornos mentales. (García et al. 2017)

Características epidemiológicas a nivel internacional

- A nivel de sexo biológico, en Colombia según las estadísticas del INMLCF para el 2013 se identifican 1461 hombres versus 349 mujeres (Rangel et al.2015), en

Panamá, de 259 casos, 88% corresponde al sexo masculino y un 23% al sexo femenino (Ruiz et al.2015), mientras que en un estudio realizado por la Universidad del Norte que incluye varios países del Caribe, se obtienen datos de un 44% para mujeres y un 23% para hombres (Pianowski et al. 2015), y con este coincide un estudio en Argentina donde se documenta una razón de 1.56:1 de mujer-hombre (Lopez.2017)

- A nivel de edad, en un estudio realizado por Pianowski et al (2015) en donde se analizan datos de varios países del Caribe, se encuentra una prevalencia en adolescentes de 15 a 19 años con un porcentaje de 22 y le sigue el adulto joven de 18 a 44 años con un 13,6%; mientras que en Panamá el análisis lo realizan de acuerdo a sexo biológico, dando como resultado una prevalencia de 39 años en hombres y 27 años para mujeres (Ruiz et al,2015), y por otro lado en Argentina las edades más recurrentes van de los 15 a 24 años, seguido de los 25 y 34 años. (López et al.2017)
- A nivel de estado civil en Panamá, acorde a Ruiz et al (2015), un 40.65% de los casos eran solteros, un 28.6% en unión y le sigue un 26.9% eran casados.
- A nivel de método empleado, en un estudio realizado en México por Aguila et al (2014) se obtiene que, de 5718 casos reportados en ese país, 4406 casos han sido por ahorcamiento, 556 casos por arma de fuego y 523 casos por envenenamiento, mientras que en Panamá el estudio realizado por Ruiz et al (2015) demuestra que el método más empleado ha sido ahorcadura con 77.6%, envenenamiento con un 11.2% y arma de fuego un 7.3%.
- A nivel de lugares donde se comete el acto, en México de acuerdo al estudio de Aguila et al (2014), donde se corre mayor riesgo es en la casa de habitación, en segundo lugar, la vía pública y en tercer lugar la cárcel, mientras que en Panamá el estudio realizado por Ruiz et al (2015), demuestra que en primer lugar coincide con México, ya que la mayoría se consumaron en la casa, seguido por vía pública y en tercer lugar en el trabajo.

- A nivel de estados, en México en primer lugar se encuentra el estado de México con 600 casos, luego Jalisco con 453 casos y en tercer lugar el Distrito Federal con 413 casos (Aguila et al.2014), mientras que en Panamá, según Ruiz et al (2015) los corregimientos con mayor índice de suicidio son Alcalde Días con un 6,49%, Chilibre con un 5.41% y Tocumen con un 4.32%.
- A nivel de escolaridad según el estudio de Pianowski et al (2015), en países del Caribe se da mayormente en pre- universitario con un 25%, seguido de universitario con un 9,1%.
- A nivel de ocupación, de acuerdo a Ruiz et al (2015), en Panamá se dan mayores casos en las personas con técnicos, jubilados y les sigue los trabajadores independientes.

Características clínicas a nivel internacional

- Patologías psiquiátricas, con base en el estudio realizado por la Universidad de Nueva Inglaterra España-Australia, según Klonsky et al (2016), dice que la impulsividad es un factor clave para los intentos de suicidio, la desesperanza da una predicción de intentos de suicidio, mientras que de acuerdo a May y Klonsky (2015), la depresión es uno de los factores predictores más fuertes, en la investigación expuesta por Aguila et al (2014), coincide con el factor de la depresión y se agrega que en mujeres se presenta casi el doble que en hombres, por otro lado Panamá también, menciona como principal factor la depresión y agrega la esquizofrenia (Ruiz et al.2015) y en el estudio de la Universidad del Norte el trastorno depresivo también se encuentra en primer lugar, seguido por trastornos relacionados a sustancias (Pianowski et al.2015).
- Factores biológicos, en México, según Barca et al (2014), estos factores se dividen en heredabilidad e hipofunción serotoninérgica.

- Otros factores, como se puede observar en el la investigación de Pianowski et al (2015) es muy importante el factor de apoyo familiar, apoyo social (instituciones educativas, religiosas, de salud), también este estudio toma en cuenta las variables como los medicamentos, la calidad/ritmo de vida, desempeño profesional, entre otros, y en México en relación a Baca et al (2014) se encuentran los problemas familiares, problemas conyugales, problemas legales etc.
- Trastornos adictivos, un estudio en España, habla sobre la problemática del juego patológico que lleva a factores de riesgo como los trastornos adictivos y llevan al suicidio (Verdura et al.2015).

Comparación de abordaje

Abordaje en Costa Rica

De acuerdo con el Ministerio de Salud en Costa Rica (2014), se proponen tres clases de estrategias que sería como número uno la prevención universal (para toda la población), número dos prevención selectivas (dirigido a grupos vulnerables) y número tres estrategias indicadas (seguimientos a quienes salen de los establecimientos de salud); luego por otro lado, en el estudio realizado por Maroto (2017), el abordaje propuesto consiste en una serie estrategias:

- 1) Promoción de la salud y prevención del suicidio
- 2) Investigación centrada localmente
- 3) Participación multisectorial e interdisciplinario
- 4) Respeto a la diversidad cultural
- 5) El rol de los servicios de salud del primer nivel de atención
- 6) Algunas características básicas de los proyectos o programas
- 7) Escucha en el ámbito comunitario
- 8) El fortalecimiento del vínculo en el ámbito comunitario

Abordaje a nivel internacional

En Colombia, el estudio de Rangel et al (2015) para los médicos de atención primaria lo que se analizan son ‘la utilización de una serie de escalas para ayudar al pronóstico y orientar el tratamiento inicial del paciente y no necesariamente sólo mandar a interconsulta a psiquiatría, por otra parte también en Colombia, se hace una serie de propuestas para el abordaje y la prevención de la conducta suicida en ambientes universitarios, este estudio es realizado en la Universidad de Bogotá por Barrios et al (2017) se ubican acciones de múltiples niveles enfocadas en la identificación y transformación de factores de riesgo, para estas acciones se incluye el uso de cátedras para promover el diálogo, prácticas de autoconocimiento y facilitar la expresión de emociones, se realizan campañas de “ciberconvivencia”, talleres educativos, programas de entrenamiento a guardianes, redes de apoyo, “monitores tutores”, “brigadistas” entre otros.

Otra Universidad que también actúa en este tema, es la Universidad de Nueva Inglaterra, según Klonsky et al (2016) se analiza la terapia conductual dialéctica que combina estrategias conductuales y de aceptación, además de la teoría cognitiva de Beck para mitigar la desesperanza, y enfoques que incluyen la restricción de medios, la educación médica y programas escolares.

En Colombia también nos encontramos otro estudio realizado por la Universidad de La Sabana, en donde Suárez et al (2017) aborda el tema a nivel periodístico, donde se siguen las recomendaciones de la OMS para la publicación de noticias de contenido suicida y no hacer promoción de esta.

Riesgo que corre la población LGTB en el intento de suicidio

En el estudio Meyer et al (2016) se destaca que la probabilidad de intento de suicidio es de 2 a 7 veces mayor en la población LGB, también habla sobre el riesgo que hay en los primeros periodos de desarrollo que llegan a persistir en la adultez temprana en cambio en Colombia se habla de un riesgo del 1.5 a 3 veces mayor (Rocha.2015).

Entre los factores de riesgo analizados se encuentran los procesos de estrés relacionados por los prejuicios y el estigma hacia la población son riesgos significativos que podrían estar relacionados con ideas e intentos de suicidio de la población LGB, en este caso , la apertura temprana sobre la orientación sexual y ser identificados como LGB por los padres aumenta el riesgo de intentos de suicidio en jóvenes, debido a la divulgación de la identidad que se puede ver acompañado de un rechazo familiar, y este rechazo es un factor de suicidio muy importante (Meyer et al. 2016), la consejería espiritual o religiosa también puede tener un impacto dañino y no se evidencia como factor protector, por los factores antigay de la religión, los entornos religiosos no aumentan la homofobia internalizada entre los feligreses LGB en comparación con las personas LGB que no asisten a servicios religiosos (Meyer et al.2016), la homofobia internalizada, se asocia con un mayor riesgo de comportamiento suicida tanto directamente y por su asociación con síntomas depresivos, uso de sustancias y bajo bienestar psicológico (Meyer et al.2016), estar fuera de la familia y comunidad, la no conformidad de género, la desesperanza, síntomas de depresión, impulsividad, victimización, edad fuera de casa, poco apoyo familiar (Mustanski.2013), exceso de información sobre los intentos de suicidio de jóvenes LGB, no conformidad de género, victimización, historia de intento de suicidio (Mustanski.2013) , prejuicio social, violencia contra población LGB; esta ha impedido un ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos a esta población, esto afecta el autoestima, favorece la desesperanza, les conduce al riesgo de experimentar ansiedad, victimización, persecución, abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, depresión y suicidio o riesgo suicida la discriminación, tiene una fuerte asociación con los padecimientos mentales, el negar factores protectores como lo son el matrimonio con hijos, acceso a tratamientos con antidepresivos (tomar en cuenta el factor de un seguro médico), el ejercicio y dieta apropiada, que están íntimamente relacionados con el nivel socioeconómico, la flexibilidad cognitiva o habilidad para adaptarse a procesos cognitivos y también se debe tomar en cuenta otro factor de riesgo que es la endodiscriminación, ya que con este sé que promueve el aislamiento, la pérdida de apoyo social y conlleva a un mayor riesgo de suicidio en esta población (Rocha.2015).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Al concluir este estudio, cabe resaltar la importancia tanto nacional como internacional de lo que es el suicidio y el intento de suicidio, ya que se estima que por cada suicido consumado, pueden ocurrir hasta 20 intentos.

Por ello, la importancia de poder reconocer características clínicas y epidemiológicas, para lograr identificar a la población más propensa y tomar las medidas adecuadas para evitar que se consume el acto.

En Costa Rica desde el año 2009 al 2016, los hombres son los que comenten un mayor acto de suicidio, pero las mujeres son las que tienen un mayor número de intentos, y a nivel internacional, estudios realizados en Colombia y Panamá, coinciden con un número mayoritario de hombres que consuman el acto, en cambio el estudio de países del Caribe y Argentina tienen en común que las mujeres son las que tienen un mayor registro de suicidios.

En cuanto a edades, en Costa Rica el mayor porcentaje de suicidio corresponde al adulto joven, que va de los 18 a 30 años, en países del Caribe, Panamá y Argentina predomina en adolescentes y adulto joven.

Si hablamos de estado civil, en Costa Rica los estudios coinciden en que la población más propensa son los solteros, y de datos internacionales, de los artículos analizados Panamá era el único país que contaba con ese dato y coincide en que los solteros son los más propensos.

Respecto a la causa del evento, en Costa Rica los niveles más altos son los que están dados por problemas de pareja, seguido de problemas económicos.

Es importante tomar en cuenta que cuando se habla de ocupaciones, en Costa Rica las estadísticas indican que un mayor índice corresponde a personas desempleadas, operario agrícola y jornaleros, en países del Caribe se da mayormente en preuniversitarios y en Panamá los casos que predominan son los técnicos y jubilados.

El método empleado más utilizado en Costa Rica es la asfixia por ahorcadura o sumersión, estos datos coinciden con la información de México y Panamá, donde encontramos que en primer lugar se da la asfixia por ahorcadura.

México y Panamá tienen en común que en cuanto a los lugares donde se comete suicidio, el que presenta mayores datos es la casa de habitación.

Cuando hablamos de provincias en Costa Rica, el foco mayoritario se encuentra en San José, en México el principal estado es el estado de México y en Panamá el principal corregimiento es Alcande Días, todos estos coinciden con ser céntricos.

Por otro lado, en Costa Rica cuando hablamos de cantones, el mayor número de casos se dan en Cartago, Vásquez de Coronado, San Ramón, Dota, y Tarrazú, todos en zonas montañosas.

En cuanto a patologías psiquiátricas, tanto en Costa Rica, como los estudios internacionales, tienen como un común denominador la depresión, factores biológicos o genéticos, también el apoyo familiar y social es un factor muy importante.

Cuando hablamos de abordaje, muy pocos estudios evidencian que Costa Rica tenga y ponga en práctica un buen protocolo para el manejo de personas con intento suicida, se tienen estrategias, pero con poca evidencia que funcione, a nivel internacional, en Colombia a nivel de atención primaria se utilizan escalas para pronosticar y orientar el tratamiento inicial del paciente, también llama la atención que en este país y en la Universidad de Bogotá y por otro lado la Universidad de Nueva Inglaterra, tienen programas especializados para actuar y confrontar los factores de riesgo que pueden llevar al suicidio, otro punto que llama la atención, en Colombia se toma en cuenta el abordaje a nivel periodístico, donde se dan una serie de recomendaciones a seguir para no hacer una promoción inadecuada o divulgación de este tema.

Lamentablemente a nivel estadístico la población LGTB corre un riesgo de 2 a 7 veces más elevado de cometer un suicidio en comparación con los heterosexuales, y tienen riesgos elevados relacionados con procesos de estrés por prejuicios y el estigma de la sociedad, también en cuanto a consejería religiosa o espiritual se considera un riesgo, la

homofobia internalizada por asociación con síntomas depresivos, la desesperanza, depresión, impulsividad, victimización, edad fuera de casa, atracción hacia el mismo sexo y el poco apoyo familiar son también un gran problema de riesgo, esto asociado a la tendencia de informar en exceso sobre intentos de suicidio, la no conformidad de género, el prejuicio social, violencia en contra de esta población, la discriminación, también muy importante, la historia de intento de suicidio previo, el negar factores protectores y la entodiscriminación, todo esto en conjunto llevan a que la población LGTB corra un mayor riesgo .

RECOMENDACIONES

De acuerdo a este análisis se puede ver que el suicidio y los intentos de suicidio son una problemática mundial que debe ser atendida de inmediato, pero que las instituciones lamentablemente no siguen los protocolos.

Como se estudió anteriormente, el Ministerio de Salud en Costa Rica propone estrategias para contrarrestar los factores de riesgo, lo que hace falta es poner en práctica estos protocolos, educar y concientizar a la población para que el tema del suicidio no siga siendo un tabú para la población.

Sería adecuado realizar más campañas, en centros de educación (como en Colombia donde tienen todo un protocolo), en lugares de trabajo, centros de salud en los tres niveles, analizar las estadísticas y visitar los lugares más propensos crear centros de ayuda, donde la población en riesgo pueda acudir.

También tanto a nivel de atención primaria como los hospitales, se debe educar al personal, porque un intento de suicidio es una emergencia, y debe ser tratada adecuadamente, es importante que el personal hospitalario se humanice y siga un protocolo con estos pacientes.

Desde el punto de vista de educación también es bueno recalcar que en los distintos centros se debe educar promoviendo los valores, una adecuada tolerancia, respeto y aceptación a la población LGTB, en este aspecto aún falta mucho camino por recorrer.

Y como se analizó en un artículo, para combatir esta problemática se debe educar también a los medios de comunicación, ser más estrictos y que cumplan las normas establecidas por la OMS, para no promover el suicidio.

Actualmente en Costa Rica se acaba de empezar un protocolo, pero los entes a cargo aún no han empezado a ejercer sus acciones, esperemos que esto se llegue a poner en práctica y que las instituciones no hagan caso omiso.

REFERENCIAS

Aguila (2014) Situación Actual de Suicidio en México

Anuario Policial (2014) PERSONAS FALLECIDAS EN COSTA RICA POR SUICIDIO, DURANTE EL 2014. Dirección de Planificación Sección de Estadística. Costa Rica

Baca, G (2014) Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Servicio de Psiquiatría, España.

Barragán (2012) Ixtab, la diosa del suicidio. UNIÓN Yucatán

Barrientos, A; Gutierrez, B; Ballesteros, C; Zamora, V; Agudelo, Gutierrez, B; Tatis, A; Sarmiento, L; Cuspoca, Castillejo, C; Rodríguez, M (2017) Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales, Bogotá 2004-2014. University and suicidal behavior: institutional response and actions, Bogotá 2004-2014

Bobes, G., Contreras, M., Gonzales, G., Portilla, M (1996) Bases biológicas de las conductas suicidas y parasuicidas.

Ceruelo, B; García, R (2007) Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. Farmacéutica. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

Fernández, G; González, V (2003) Bases científicas para el uso de las benzodiacepinas. Revista Cubana Med. Ciudad de La Habana.

García, C; Barrantes (2017) ¿Qué sabemos del suicidio de adultos en Costa Rica? Características sociodemográficas y factores de riesgo. Revista Pensamiento Actual - Vol 17. Costa Rica

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avaluat 2010/02.

Guía de Intervención mhGAP (2012) OMS

Gutierrez, G., Contreras, M., Orozco R., Roselli, C. (2006) El suicidio, conceptos actuales.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal México

Herrera, R., Solórzano, T., Caldera, A. (2011) Informe Subregional del suicidio. Centroamericano y República Dominicana.

Loo, H (2011) Estabilizadores del estado de ánimo

López (2017) Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento. Vol. 9, N°1

Maroto (2017) EL SUICIDIO EN EL ÁMBITO COMUNITARIO: LINEAMIENTOS PARA SU ABORDAJE

Meyer, Teylan, Schwartz (2016) The Role of Help-Seeking in Preventing Suicide Attempts among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals

Ministerio de Salud (2014) Día Mundial de Prevención del Suicidio

Muelas,N., Ochoa, M (2007) Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Mustanski, T; Liu (2013) A Longitudinal Study of Predictors of Suicide Attempts Among. Department of Medical Social Sciences, Northwestern University
Feinberg School of Medicine

Navas, O (2013) Abordaje del suicidio en atención Primaria

Philip, Timms (2007) Antidepresivos. Royal College of Psychiatrists. España

Pianowski, Sousa, Fernández; Nunes, Baptista (2015) Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. psicología desde el caribe

Rangel, G; Suárez, B; Escobar, Córdoba (2015) Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá

Rendón, Q; Rodríguez, G(2016) Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. Rev colomb psiquiat

Ruíz, A; Ku, Pecho (2015) Factores asociados al suicidio en Panamá según casos realizados en la Morgue Judicial 2011- 2013. Medicina Legal de Costa Rica

Rocha (2014) El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63

Sáenz, R (2011) Aportes para una epidemiología del suicidio en Costa Rica. Escuela de psicología, Universidad Católica

Salman, R (2011) Futuro imperfecto: Dimensión Hermenéutico – Simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún. Universidad Iberoamericana. México DF

Suárez, Barrera, Gómez, Velásquez, Guzmán, García (2017) Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿habría riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles?. Pers bioet. Vol 1

Vargas, Sanabria; Espinoza, Morales (2017) SUICIDIOS EN COSTA RICA DURANTE LOS AÑOS 2015 Y 2016. Medicina Legal de Costa Rica

Verdura, Vizcaíno; Fernández, Vianlains, Iban, Baca, García (2015) Características sociodemográficas y comorbilidad de sujetos con juego patológico e intento de suicidio en España. Revista Colombiana de psiquiatría