

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE PRESENCIA O NO DE
PATOLOGÍAS MEDICO/PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES
CON IAE/SUICIDIO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS A NIVEL
LATINOAMERICANO.**

**PROYECTO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA
Y CIRUGÍA**

AUTOR

MARLON ENRIQUE HERNÁNDEZ ESPINOZA

ARANJUEZ, SAN JOSÉ, ABRIL, 2020

DEDICATORIA

Dedico de manera especial este proyecto a mi madre Rita y a mi abuela María del Socorro, pues ellas fueron y son el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, ambas sentaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ellas tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, pues sus virtudes infinitas y el gran corazón de ambas, me llevan a admirarlas cada día más.

Gracias Dios por concederme a la mejor madre y abuela.

Igual, dedico éste proyecto a mis hermanas y a mi tío Carlos, que son personas que me han ofrecido apoyo, amor y calidez, principios que reflejan el significado de mi familia, a la cual amo.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a la dedicación, paciencia y ganas de mis tutores el Dr. Ramírez, y el Dr. Pérez, en transmitirme sus conocimientos y dedicación, he logrado importantes objetivos, como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y con ello poder obtener una afable titulación profesional.

Gracias a mi familia, a ti Man, y amigos, Laura, Paola, Carrie, Jérica, y Natalia, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, y en mis expectativas, gracias a mi abuela por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés eran para mí como agua en el desierto; gracias a mi madre por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada momento en el que estuvo a mi lado guiándome durante mi vida.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de ésta tesis.

Contenido

CAPITULO I: PROBLEMA.....	12
Planteamiento del problema.....	12
Formulación del problema.....	13
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Justificación.....	15
Antecedentes.....	18
Proyecciones.....	23
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL.....	24
Definición de suicidio.....	24
Factores de Riesgo en IAE – Suicidio.....	27
Evaluación y diagnóstico, del Intento Suicida.....	32
Prevención y Tratamiento.....	35
Definición de Depresión.....	37
Factores de riesgo no biológicos.....	39
Factores de riesgo biológicos.....	40
Factores de riesgo psicosociales.....	48
Factores psicodinámicos.....	43
Trastorno depresivo mayor.....	44
Distimia.....	45
Trastorno Bipolar.....	48
Trastorno bipolar I.....	49
Trastorno bipolar tipo II.....	51
Cuadro clínico en bipolaridad.....	51
Tratamiento.....	54
Esquizofrenia.....	59
Epidemiología.....	62
Factores de Riesgo:.....	65
Diagnóstico.....	65

Clínica.....	66
Síntomas y signos premórbidos.	67
Impulsividad, violencia, suicidio y homicidio.	68
Suicidio en trastornos esquizofrénicos:	68
Tratamiento.....	68
Trastorno de ansiedad.....	70
Síntomas de la ansiedad:.....	71
Consideraciones científico-biológicas del trastorno de ansiedad.	72
Trastorno de ansiedad social:	74
Epidemiología.	75
Etiología.	75
Factores neuroquímicos.	75
Diagnóstico.	76
Tratamiento.	77
Trastorno de ansiedad generalizada.....	78
Etiología.	78
Factores biológicos.	78
Factores psicosociales.....	79
Diagnóstico.	79
Tratamiento.	80
Trastornos por abuso de sustancias	81
Alcoholismo.....	82
Tratamiento	85
Opiáceos.	86
Cocaína.	86
Trastorno de adaptación	87
Etiología.....	88
Diagnóstico y cuadro clínico.	88
Relación con el suicidio.....	89
Tratamiento.....	89
Trastornos obsesivos compulsivos.....	90
Trastorno dismórfico corporal.....	90

Diagnóstico.....	91
Pronóstico.....	92
Tratamiento.....	92
Trastornos de personalidad.....	92
Trastorno de personalidad limítrofe.....	92
Tratamiento.....	94
Trastorno de la personalidad Histriónica.....	95
Personalidad pasivo-agresiva.....	97
Trastornos Somatomorfos.....	97
Trastorno de Somatización.....	98
Trastorno por dolor.....	99
CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO.....	100
Método.....	100
Estrategias de búsqueda.....	100
Palabras Clave.....	101
Criterios de Inclusión.....	101
Criterios de Exclusión.....	101
Fuentes de información.....	102
Tabla. Notas de información.....	102
Categorías de análisis.....	109
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	111
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	155
Conclusiones.....	155
Recomendaciones.....	159
Referencias.....	161

TABLAS

Tabla 1. Conceptos relacionados con el término Suicidio.	24
Tabla 2. Trastornos mentales frecuentemente relacionados con el suicidio/IAE.....	30
Tabla 3. Tasas de prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos depresivos.	39
Tabla 4. Criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor.....	44
Tabla 5. Criterios diagnóstico DSM-5 para trastorno depresivo persistente (distimia).....	46
Tabla 6. Criterios diagnóstico para Episodio Maníaco en trastorno bipolar tipo I.	49
Tabla 7. Criterios diagnóstico para Episodio Hipomaníaco en trastorno bipolar tipo I.....	50
Tabla 8. Síntomas clínicos predictivos del trastorno bipolar.	54
Tabla 9. Fármacos utilizados en trastorno bipolar.	55
Tabla 10. Principios del tratamiento de los trastornos bipolares.....	58
Tabla 11. Criterios diagnóstico para esquizofrenia.....	65
Tabla 12. Criterios diagnóstico para Trastorno de ansiedad social.....	76
Tabla 13. Criterios diagnóstico para trastorno de ansiedad generalizada.	79
Tabla 14 Sustancias de abuso más comunes y sus efectos.....	82
Tabla 15. Características de los patrones del alcoholismo primario.	83
Tabla 16. Determinantes analíticas que ayudan al diagnóstico de alcoholismo.	85
Tabla 17. Síntomas asociados al uso de opiáceos.	86
Tabla 18. Efectos psíquicos de la cocaína.....	87
Tabla 19. Criterios diagnósticos para trastorno de adaptación.....	88
Tabla 20. Ubicación de los defectos imaginarios más comunes.	91
Tabla 21. criterios diagnósticos para trastorno de personalidad limítrofe.	93
Tabla 22. Criterios diagnóstico para Trastorno de personalidad Histriónica.....	95
Tabla 23. Síntomas comunes asociados a trastorno de somatización.	98
Tabla 26. Trastornos dolorosos y sus comorbilidades frecuentemente relacionadas.....	132
Tabla 27. Similitudes etiológicas, funcionales y estructurales entre el dolor crónico, la depresión, y la ansiedad.....	134
Tabla 28. Síntomas positivos y negativos en Esquizofrenia.	144

FIGURAS

Figura 1. Portada del libro Anatomy of Melancholy (1621).....	37
Figura 2. Fotografía de Emil Kraepelin.	38
Figura 3. Medicamentos antidepresivos.....	54
Figura 4. Emil Kraepelin.....	60
Figura 5. Eugene Bleur.....	61
Figura 6. Karl Jaspers.....	61
Figura 7. Síntomas comunes en cuadro de ansiedad.....	70
Figura 8. Locus Cerúleo.....	73
Figura 9. Descripción de la Cascada de comportamiento social.....	111
Figura 10. Sistema Ecológico Social del ser humano.	116
Figura 11. Microsistema.....	117
Figura 12. Mesosistema.....	119
Figura 13. Exosistema.....	124
Figura 14. Macrosistema.....	126
Figura 15. Trastornos mentales frecuentemente relacionados con IAE y suicidio.....	128
Figura 16. Depresión.....	129
Figura 17. Ansiedad.....	138
Figura 18. Trastorno Bipolar.....	140
Figura 19. Abuso de Sustancias.....	141
Figura 20. Trastorno de Personalidad.....	142
Figura 21. Esquizofrenia.....	143
Figura 22. Fortalezas en atención primaria.....	146
Figura 23. Atención Multidisciplinaria.....	147
Figura 24. Tiempo insuficiente.....	150
Figura 25. Insensibilidad del personal.....	151
Figura 26. Pocas Investigaciones.....	153

RESUMEN

Los trastornos mentales son, sin duda, patologías que en nuestra actualidad, afectan a una gran parte de la población mundial, siendo el trastorno depresivo el de mayor incidencia; de igual manera, y según reportes de la Organización Mundial de la Salud, los casos de comportamiento autolítico, como de ejecución de suicidio consumado, al igual que los trastornos mentales, han tenido un crecimiento alarmante al redor del mundo, y no cabe duda, que los trastornos psiquiátricos son la base, en muchas ocasiones, de éstos desenlaces fatalistas.

En ésta investigación, se expone, teóricamente, algunos de los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el suicidio, y a partir de una revisión bibliográfica de literatura científica de los últimos 5 años a nivel latinoamericano, se logra demostrar que, no sólo la presencia de patologías médico/psiquiátricas tienen relación con el antecedente de IAE, o con el suicidio consumado, sino que también existen múltiples factores adicionales, acá expuestos, que son los que también influyen en su ejecución; motivo por el cual es de suma importancia consolidar una visión amplia, ante esta problemática tan delicada.

De igual manera, ésta investigación resalta aquellas fortalezas y debilidades que tienen los centros de atención primaria en el abordaje y seguimiento de estos casos, además, este proyecto pretende ser un aporte que permita en futuras investigaciones, profundizar el tema del suicidio, orientados a demostrar que no sólo el antecedente personal de enfermedad psiquiátrica es la condición por excelencia para ejecutar de un acto autolítico, sino que éste es un acto multifactorial.

CAPITULO I: PROBLEMA

Planteamiento del problema.

Al analizar el tema sobre el Intento de Autoeliminación (IAE)/Suicidio, se puede apreciar que es un fenómeno cuya incidencia va en aumento de una forma preocupantemente acelerada, tanto en nuestro país como a nivel mundial, “según la Organización Mundial de la Salud en el año de 2002 el suicidio ocupó el lugar número 13 como causa de muerte, con 14,5 casos por 100 000 habitantes” (Krug, 2002, citado por, García *et al* 2010, p.714).

Según Miro (2005), citado por, Sarmiento, Sánchez, Vargas y Álvarez (2010) “La conducta suicida es definida como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta, con diverso grado de intento letal, e incluye el intento suicida y el suicidio consumado” (p.2). Se extrae de lo anterior que el suicida tiene como objetivo principal generarse un daño que pueda provocarle la muerte (suicidio consumado), o bien, un daño grave, pero no lo suficiente como para ser letal (IAE), la diferencia entre el suicidio y el Intento de Autoeliminación (IAE), depende directamente de las intenciones de quién lo ejecuta, como del método que utilice para ello.

Del tema suicidio, se desprende el término “intento de autoeliminación” que de acuerdo con el interés del protagonista del acto, y de la efectividad del método que elija para autolesionarse, se puede concebir o comprender el IAE desde las dos siguientes aristas: en un primer escenario refiriéndose a “cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida, y como un segundo escenario cuando el sujeto fracasa en su intento de darse muerte una vez realizado el acto”(Miro, 2005, citado por, Sarmiento, Sánchez, Vargas y Álvarez, 2010, p.2), al tratar a un paciente con historia de IAE, es importante valorar las características de la situación en específico, esto con la finalidad de identificar patrones que permitan al clínico brindar un buen abordaje terapéutico.

Identificar a los pacientes que ejecutan planes fallidos de suicidio, o bien IAE, es de gran importancia, puesto que tienen tendencia a repetir estas conductas que “se asocian con un riesgo elevado de obtener un desenlace fatal, su estudio es importante porque los datos recolectados se utilizan para la intervención de un nuevo intento de suicidio” (Según Zahl, 2004, citado por, Castro, Martínez, Camacho y Rueda, 2010, p.706), no solamente es relevante conocer el historial del paciente por estadística, si no también, para determinar el eventual pronóstico, que sería clave en el manejo profesional de este tema tan delicado.

Tanto en territorio latinoamericano, como a nivel mundial, de la mano con el suicidio se ha visto un notorio aumento del bullying, definido como “un tipo de violencia, en unos casos velada y, en otros, plenamente visible, intencionada y perjudicial cuyos protagonistas son jóvenes escolares” (Olweus (1978), citado por, Muñoz, 2016, p.73), las víctimas de este tipo de violencia son generalmente personas con mayor vulnerabilidad e inestabilidad emocional, lo que genera que los afectados puedan ejecutar un suicidio efectivo o bien intento de autoeliminación. La mayoría de estos problemas se desarrollan en el ámbito escolar, colegial, e incluso universitario, por lo que, desde una perspectiva más amplia, no siempre el protagonista es necesariamente un joven escolar.

Un grupo poblacional de alto riesgo en este tema, son aquellas personas sexualmente diversas (LGBTIQ), ellos “han mostrado una de las más elevadas prevalencias en este problema de salud mental” (Cochran, 2000, citado por, Tomicic et al, 2016, p.723) esto principalmente debido a que “la población LGBT se ve altamente afectada por problemas de salud mental relacionados con el estigma y la discriminación” (Mayer, 2003, citado por, Tomicic et al, 2016, p.724) situación que se proyecta como un potencial factor de riesgo inminente que condiciona a la persona sexualmente diversa a cometer un eventual suicidio/IAE.

Esta realidad social a la que se enfrenta el colectivo LGBTIQ, genera en una gran parte de ellos “problemas de salud mental tales como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social, conflicto con los pares y victimización, lo cual incrementaría los factores de riesgo individuales para el suicidio” (Hass, 2011, citado por, Tomicic et al, 2016, p.724). Como consecuencia directa del entorno social en el que viven muchas personas independientemente de su orientación sexual, provoca que éstos desarrollen estilos de vida que subsanan sus debilidades emocionales, que de forma futura se convertirán factores de riesgo adicionales para ejecutar un suicidio o IAE.

En consideración con todo lo planteado, se realizará una revisión de literatura científica publicada a nivel latinoamericano en los últimos 5 años, que logre identificar la relación que existe entre el suicidio/IAE, y el padecimiento de ciertas patologías psiquiátricas, como también situaciones sociales que protagonizan como evidentes factores de riesgo.

Formulación del problema.

¿Qué patologías psiquiátricas, como condiciones sociales están vinculadas con la exacerbación del Intento de Autoeliminación y suicidio consumado en América Latina, en los últimos 5 años?

Objetivos

Objetivo general

Identificar en la literatura científica latinoamericana las patologías médico/psiquiátricas como condiciones sociales que demuestren estar vinculadas con IAE/Suicidio

Objetivos específicos.

- Relacionar el componente social y su influencia en el intento de autoeliminación y suicidio.
- Mostrar cuáles patologías psiquiátricas tienen mayor relación con el intento de autoeliminación y suicidio.
- Enunciar las debilidades y fortalezas que existen en el manejo médico de primer nivel en casos de intentos suicidas y suicidio.

Justificación

Tanto el suicidio como el IAE, encabezan, en la actualidad, como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, provocando aproximadamente el “1.8 por ciento del total de las defunciones” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005, citada por, Jiménez y Cardiel, 2013, p.211) lo que equivale aproximadamente a “un suicidio por cada 40 segundos y a 20 intentos de suicidio por cada uno consumado” (OMS (2005), citada por, Jiménez y Cardiel, 2013, p.211) lo que para este año 2020 generaría aproximadamente un millón y medio de muertes consumadas por suicidio.

El entorno social es un pilar determinante y esencial en temas de suicidio/IAE, esto debido a que, si existen “vínculos sociales más estables dentro de una sociedad, menores serán los riesgos de cometer suicidio” (Jiménez y Cardiel, 2013, p.207) esto coloca al personal de salud, y educativo, tanto familiar e institucional, como una de las principales fuentes de información, que fortalezcan el entorno social, generando la disminución categórica, de las posibles debilidades sociales que promuevan la ideación suicida.

Sin duda, el suicidio debe ser valorado tanto de forma integral, como multidimensional, debido a que, en la mayoría de los casos, el suicidio consumado o el IAE, no es generado por una única causa, conocer esto provoca el desarrollo de una gran habilidad por parte personal de salud tratante al considerar y tomar “en cuenta diversos aspectos socio demográficos como el sexo, la raza, la ocupación o el estado civil” (Jiménez y Cardiel, 2013, p. 207) entre otros, que puedan determinar tanto el pronóstico como el abordaje/tratamiento del paciente con ideación suicida.

Según, Pérez (2013), “Existen tendencias mundiales frente a características tan importantes del suicidio como el rango de edad. Los jóvenes, y en tendencia ascendente, los adolescentes y niños, son los nuevos protagonistas de este fenómeno.” (p.95). Esta problemática que afecta en gran parte a la población joven latinoamericana se debe generalmente a “problemas interpersonales en el contexto escolar, variables psicológicas, las [sic] exposición a situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual (...)”. Lo anterior, aunado a la carencia de redes de apoyo y la pobre desarrollada inteligencia emocional en la población joven, favorecen a la ejecución de suicidios. (Vianchá, Bahamón, y Alarcón, 2013, p.113).

Además de lo anteriormente citado, el suicidio en la población joven tiene como factores de riesgos predisponentes “la aparición de problemáticas propias de la sociedad actual, tales como el acoso escolar, los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato.” (Vianchá et al, 2013,

p.113). Ligado al tema del bullying, el maltrato o acoso escolar, favorece al debilitamiento de la inteligencia emocional desde edades tempranas, generando en etapas de adolescencia, donde hay mayor inestabilidad emocional, la creación de ideas suicidas que en el peor de los casos culminan con suicidios consumados.

En relación con el suicidio/IAE, según Gómez, Borges (1996), citados por, Jiménez y Cardiel, (2013) “afirman que el aumento de este fenómeno entre la población adolescente y de adultos jóvenes enfatiza la necesidad de desarrollar programas para su prevención” (p.211). A nivel latino, como mundial, se debe de hacer un mayor esfuerzo por establecer guías de atención, seguimiento, y abordaje de pacientes con historial de IAE, evitando así eventuales suicidios consumados, partiendo del hecho, de que la gran mayoría de la población joven no tiene habilidades comunicativas que favorezcan a prevenir esta problemática.

Los grupos minoritario, y en especial aquellos conformados por población sexualmente diversa, se demuestra que “en la población LGBT los procesos relacionados con el suicidio (ideación e intentos) son más prevalentes que en la población heterosexual” (Tomicic et al, 2016, p.731). Este fenómeno, que genera una mayor presencia de suicidios en el colectivo LGBT se debe según Tomicic et al, (2016), a la existente;

vulnerabilidad de las personas LGBT evidenciada en los estudios y la relación de esta con la construcción sociocultural de la diversidad sexual asociada al estigma, discriminación, distintas formas de violencia, faltas de apoyo, barreras de uso de los servicios de salud, entre otros fenómenos. (p.731)

Lo anterior recae nuevamente en el comportamiento social. Una de las mejoras en este contexto es el de fortalecer las modalidades de convivencia entre las personas, lograr generar una real aceptación sobre la diversidad, no sólo en el ámbito de orientación sexual, identidad de género, si no, también en cuanto a temas como tipos de familia, religión, etnia, discapacidades físicas, o de aprendizaje, entre otras, que pueden llegar generar vacíos emocionales, que acompañados con falta de intervención familiar, o social, e inclusive institucional/profesional, generan en el afectado, o en la mayoría, la ideación suicida.

Es importante no desviar la atención únicamente a los factores, o condiciones sociales que predisponen a los grupos minoritarios al suicidio, si no también, conocer los factores protectores, con la finalidad de fortalecerlos, dentro de estos se encuentran “la presencia de apoyo social que en general fue el más frecuentemente reportado” (Tomicic et al, 2016, p.731).

“Específicamente, se muestra la importancia del apoyo familiar” (Mustanski et al., 2013; Espelage et al., 2008, citados por, Tomicic et al, 2016, p. 731), y “la presencia de un ambiente social inclusivo” (Espelage et al., 2008; McAndrew, 2010, citados por, Tomicic et al, 2016, p. 731) como factores protectores.

Los múltiples trastornos psiquiátricos, representan factores de riesgo que predisponen al suicidio, muchos de estos enfermos psiquiátricos desarrollan ““Deseos de estar muerto”, principalmente aquellos que padecen “trastornos depresivos, psicótico, distimia, bipolaridad, ansiedad generalizada, agorafobia y dependencia a drogas y tabaco.” (Saldivia, Silva, Kohn, y Vicente, 2013, p.1279).

De acuerdo con Saldivia, Silva, Kohn, y Vicente (2013), “Para la ideación suicida fueron significativos el trastorno psicótico, bipolaridad, trastorno depresivo, distimia, agorafobia, dependencia al alcohol, abuso y dependencia a drogas, dependencia de tabaco y trastorno por somatización.” (p.1279) Esto, deja en evidencia que el personal de salud, al enfrentarse con pacientes que presenten alguno de los anteriores trastornos mencionados, realice una historia clínica exhaustiva, desmenuzando en profundidad, con el objetivo de identificar indicios que le hagan sospechar sobre un potencial IAE, o bien un suicidio.

Algunas enfermedades médicas, propician tanto la ideación suicida como el suicidio consumado, tal es el caso de los “pacientes con cáncer con un diagnóstico temprano de tumor primario desconocido” (Quan, Fick, Stuart, (2002), citados por, Palacios y Ocampo, 2011, p. 179), esto principalmente por el curso de la enfermedad, que se caracteriza por:

el dolor, la disminución de la funcionalidad, la fatiga, la baja calidad de vida percibida, el pronóstico de sobrevida en la enfermedad avanzada y el pobre diagnóstico, el diagnóstico impreciso, el manejo deficiente del dolor, la metástasis y el tratamiento con medicamentos antidepressivos u opioides pueden considerarse como factores moderadores del suicidio en los pacientes con cáncer. (pp. 180-181)

Según Palacios y Ocampo (2011), “los tipos de cáncer que con mayor frecuencia se han asociado al suicidio son el de pulmón, cabeza y cuello, tracto gastrointestinal y próstata” (p.179), sin embargo, lo anterior no descarta, que algún otro tipo de cáncer actúe como factor de riesgo al suicidio, sin embargo, la intención es demostrar, las causas más frecuentes durante el desarrollo del suicidio en este proyecto.

En torno a el impacto del suicidio e IAE, se puede decir que “poco se ha logrado reducir las tasas de mortalidad de suicidio, y de igual manera, poco es lo que se sabe acerca de las bondades de los tratamientos psiquiátricos y de otras intervenciones que buscan prevenir el suicidio” (Blumenthal, (1996), citado por, Navarro y Tuesca, 2003, p.21). Para disminuir las tasas de mortalidad a causa del suicidio, se pretende demostrar que estrategias de abordaje deben aplicarse, o fortalecerse, con el fin de determinar cuál tratamiento, médico, farmacológico, terapéutico, o social, debe brindar el personal de salud, al paciente afectado, en aras de proteger tanto su salud como integridad.

Antecedentes

El suicidio se ha presentado desde inicios de la humanidad, sin embargo, de acuerdo con la época histórica, como cultura, en la que se defina el término suicidio, se pueden encontrar diferentes explicaciones relacionadas con su significado, estas divergencias son el resultado de la variedad de principios que engloba la definición del suicidio, tales como, la filosofía, el entorno social, la religión, intelecto e incluso, situaciones económicas. (Vicente y Ochoa, 2007)

En mayoría, la sociedad en la época antigua aceptaba el suicidio, no era visto de mala manera, por ejemplo, “en la civilización egipcia, no existía condena para quién decidiera suicidarse, inclusive Cleopatra, en el año 69-30 a.C, dejó el legado de una de las primeras historias del suicidio”, al dejarse envenenar por la mordedura de un áspid, esto para evitar ver su fracaso en el poder. (Vicente y Ochoa, 2007, párr. 2)

Por otra parte, la mitología griega simboliza el suicidio como la causa de diferentes sentimientos como la decepción, culpabilidad, locura y decepción, que estimulan al afectado a abandonar su existencia, provocando la muerte voluntaria, sin embargo, Plantón realiza en la época importantes reflexiones filosóficas, que lo llevan a considerar que “sólo los dioses, pueden decidir cuándo se debe de abandonar la vida”, considerando que se debe de impedir el suicidio cuando su motivación sea el huir de responsabilidades como el trabajo, o por querer escapar de las dificultades de la vida. (Plantón, (1992) citado por, Vicente y Ochoa, 2007, párr. 5-6)

Aristóteles manifiesta su negativa en relación con el suicidio, lo consideró como un atentado contra la vida, además de que es un “acto que perjudica a la Ciudad, lo que genera deshonor”.

Paradójicamente, en Grecia, el suicidio no era prohibido de forma absoluta, este era permitido cuando se tratara de una orden del Estado, un llamado de los dioses, o bien cuando se fuera víctima de un dolor incurable, e inclusive, cuando se atravesaran situaciones que generan vergüenzas intolerables para la persona (Vicente y Ochoa, 2007, párr. 7)

Según Vicente y Ochoa, (2007) durante la edad media, se empieza a contextualizar dentro de la sociedad el suicidio como un tabú, desligándose con la visión que se tuvo del mismo durante la época antigua, se empieza a prohibir el suicidio, como también a castigarlo de forma social y religiosa. San Agustín [religioso] basado en las sagradas escrituras, en específico el V mandamiento, que indica que no se debe matar, a pesar de esto, para explicar los suicidios cometidos por los santos, Agustín retomando a Plantón, dice que si es Dios el que pide el acto, el mismo no es ilícito, pues no se puede desobedecer sus mandatos.

El suicidio va contra la ley natural y contra Dios, según Tomas Aquino [religioso educador] quién se anexa al pensamiento de Agustín, él define el “suicidio como un doble pecado”, esto porque al morir no existe la oportunidad de cumplir penitencia que logre subsanar el pecado contra Dios, se creía que el suicidio era producto de fuerzas demoníacas, por lo que se impidió que los cuerpos de suicidas fueran enterrados en cementerios, incongruentemente, el suicidio fallido [es decir un IAE] era condenado a muerte, aplicando métodos como la ahorca, con el fin de generar temor en la sociedad y controlar actos suicidas. (Vicente y Ochoa, 2007, párr. 8-9)

Para la edad moderna, y producto de los cambios sociales, según Vicente y Ochoa (2007), mencionan que “era hora de morir cuando vivir reportaba mayor mal que bien” viéndolo en la edad moderna como que resistirse a morir cuando el entorno era desfavorable para la persona era ir contra la naturaleza misma, desarrollando la regla de “o una vida tranquila o una vida feliz.” (párr. 10)

En la sociedad moderna la Iglesia Católica lideró los principios morales colectivos, ejerciendo condena a los suicidas, en los siglos XVII y XIX, surgen tanto defensores como detractores que logran suavizar los castigos legales, aunque, de igual manera para esta época, continuaba la negativa de enterrar a los suicidas en cementerios. (Vicente y Ochoa, 2007)

Para el siglo XIX, se le da definición al suicidio desde un punto de vista más médico y sociológico, definiendo el suicidio como “una consecuencia de trastornos mentales, o crisis

afectivas”. Se empiezan a justificar los actos suicidas con argumentos médicos que engloban circunstancias del entorno, tales como sufrimiento y malestar. Tras siglos de errático manejo del suicidio en manos de la iglesia, castigado como pecado, se da un gran paso histórico refiriéndose al suicidio como producto de una enfermedad o un síntoma de alguna patología. (Vicente y Ochoa, 2007, párr. 17-18)

Se logra comprender para esta época que la sociedad tiene un papel importante en la vida de un posible suicida, destacando que, si existe una buena adhesión a la religión, al hogar y a la política, habrá menor tendencia al suicidio. También, a mitad del siglo XX inician los esfuerzos por buscar que factores de riesgo que propician la ideación suicida, con el fin de abordarlos y prevenirlos. En el siglo XX inician cambios importantes en la comprensión del suicidio, ampliándose sus definiciones conceptuales y epidemiológicas, como el interés de comprender mejor las causas médicas y sociales relacionadas con el suicidio. (Vicente y Ochoa, 2007)

En el año 2003 se declara el día “10 de septiembre de cada año como el Día Mundial de Prevención del suicidio”, con el objetivo de recordar su importancia en temas de agenda pública, haciendo principalmente, un llamado a la atención al personal de salud, en reforzar la prevención de suicidios, a través de la realización de abordajes y manejos de excelencia en pacientes con ideaciones suicidas. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f, párr. 1)

El suicidio es el responsable del 1,4% de la morbilidad a nivel mundial, éste además de ser una problema médico y social, también representa el 2,5% de pérdidas económicas debido a enfermedades en la región del Pacífico Occidental. En el continente europeo, las muertes violentas en accidentes de tránsito son superadas por suicidios. En el año 2001, los suicidios en el mundo superaron las 500.000 muertes por homicidios, como también las 230.000 muertes durante la guerra, por lo que, es esto representa para el personal de salud un reto, debido a que la disminución de estas cifras alarmantes depende del abordaje que brinden. (Organización mundial de salud [OMS], 2004)

Según OMS (2004) Europa del este encabeza la tasa de suicidios a nivel mundial, y las tasas más bajas se encuentran en América Latina, en países musulmanes y Asia. Se producen alrededor de entre 10 a 20 IAE, antes que un suicidio consumado, lo que significa esa misma cantidad de pacientes que eventualmente serán hospitalizados, con traumas tanto físicos, como emocionales, que deberán ser cubiertos por los recursos de los centros médicos tratantes, lo cual se podría ahorrar

a través de la implementación de programas exhaustivos que preparen al personal médico a identificar pacientes con ideaciones suicidas.

Las tasas de suicidio en el globo, registra un incremento en aquellas “personas con edades entre los 15 a 25 años”, siendo los hombres más propensos al suicidio consumado y las mujeres al IAE, o suicidios no efectivos, de este patrón se excluyen los habitantes de las zonas rurales de China. (OMS, 2004, párr. 4)

Según la OMS (2004), el suicidio se desencadena a causa de múltiples factores complejos, tales como “la pobreza, el desempleo, la muerte de seres queridos, problemas jurídicos o laborales, como también, situaciones de rupturas amorosa, e inclusive discusiones”. Los antecedentes familiares de suicidio, consumo de drogas como el alcohol, maltratos durante la infancia, el aislamiento social y la presencia de trastornos psiquiátricos ya sea depresión o esquizofrenia, tienen también una relación estrecha con los suicidios consumados. (párr. 6)

Los plaguicidas, las armas de fuego, medicamentos como los analgésicos, son los principales métodos que se utilizan para consumir el suicidio. Las compañías farmacéuticas deciden comercializar sus medicamentos para el dolor en blísteres evitando así la disposición de una gran cantidad del medicamento, que pueda ser usado con fines suicidas. Actualmente se realizan esfuerzos por vigilar de una forma más meticulosa el manejo, diluciones como almacenamiento de los plaguicidas, ya que son un método frecuentemente utilizado por suicidas de las regiones rurales de China. (OMS, 2004)

En aras de prevenir el suicidio, también se han promovido la “restricción de portación de armas de fuego” en algunos países del mundo, como medida preventiva al suicidio, se han establecido parámetros específicos para poder portar estas armas letales, tanto pensando en el suicidio, como en la seguridad pública. (OMS, 2004, párr. 8)

Como factores de protección, según la OMS, (2004) se encuentran “buena autoestima, habilidad para las relaciones sociales, apoyo social, relación de pareja estable, espiritualidad”. Un pilar fundamental en la prevención del suicidio es la pericia y habilidades del personal de atención primaria, al identificar y tratar de forma temprana a los pacientes con trastornos del estado de ánimo, o con factores de riesgo, a través de redes de apoyo social, entre otras. (párr. 9)

Con la colaboración de profesionales de áreas como la docencia, salud y comunicación, alrededor del mundo, la OMS elaboró una serie de directrices destinadas a la prevención del suicidio, en la que inclusive participaron personas que tuvieron IAE. De igual manera tiene la

comunicación periodística, escrita, como auditiva y visual, un gran impacto en el tema del suicidio, ya que de acuerdo con como proyecten esta problemática, pueden inclusive contribuir a reducir los comportamientos suicidas, como el tabú que rodea a los trastornos mentales. (OMS, 2004)

En Costa Rica según el Organismo de Investigación Judicial (OIJ) entre los años 1986 y 1998, se consumaron 2.210 suicidios, de los cuales “50 de los casos tenían edades menores a los 15 años, 198 en edades entre los 15 y 20 años, y 306 en rangos de entre 21 y 25 años”, dejando en evidencia, números alarmantes de defunciones a causa de suicidio ejecutados por la población adolescente-joven de Costa Rica. (Campos et al, 2004, p. 18-19)

Principalmente en las zonas de San José y Cartago, se presenciaron para los años 2000 y 2001, 263 suicidios, ejecutados en su mayoría por personas jóvenes, con una prevalencia marcada en el sexo masculino. En el año 2000 que los principales motivos que llevan a los costarricenses al suicidio fueron los problemas de relaciones de pareja, seguidos por problemas económico, y familiares. (Campos et al, 2004)

Según Campos et al, (2004), “las víctimas de suicidio en su mayoría poseen familias disfuncionales, han abandonado el colegio, se han fugado de la casa o están involucrados en alcoholismo o drogas”, una de las principales causas de las fugas del hogar es el consumo de drogas, por lo que, es importante analizar los factores de riesgo, evitando así la ramificación de ellos, con buenas intervenciones médico-sociales que prevengan el suicidio. (p. 19).

En relación el género, y de acuerdo con Campos et al, (2004), “los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres. Las mujeres, sin embargo, lo intentan cuatro veces más que los hombres.” (p.20). Como bien se menciona tanto a nivel histórico, nacional e internacional, los hombres encabezan en el suicidio generalmente por poseer actitudes impulsivas, en relación con las mujeres, quienes poseen personalidades más analíticas.

Los hombres ejecutan métodos suicidas de alta letalidad, que incluyen el uso de “armas de fuego, precipitación al vacío, o bien el ahorcamiento”, mientras que las mujeres utilizan métodos menos agresivos como; “sobredosis y envenenamiento”, sin embargo, en los últimos años, al igual que los hombres, las mujeres han empezado a utilizar métodos más letales, incluyendo el uso de armas de fuego como método de suicidio. (Campos et al, 2004, p. 20)

Según Campo et al (2004), el suicidio aumenta con la edad, es decir, los hombres en edades superiores a los 45 años tienen mayor tendencia al suicidio, y en el caso de las mujeres, esta

modalidad prevalece sobre la edad de los 55 años, sin embargo, las personas en estas edades que viven casados, o bien con hijos, tienen un menor riesgo de suicidio.

Los profesionales en medicina que trabajan en los servicios de urgencias deben ser expertos en la elaboración de las historias psiquiátricas de sus pacientes, el examen del estado mental es esencial en los pacientes con ideación suicida, puesto que, como resultado de esta podemos detectar de forma temprana las tendencias suicidas, brindando un abordaje, tratamiento y seguimiento de excelencia, que permitiría inclusive incorporar redes de apoyo social oportunas para mejorar aún más el pronóstico del afectado. (Campos et al, 2004, p.21). A continuación, se presenta el capítulo II en el cual se introduce al lector en el marco referencial, con el objetivo de ampliar la visión de los conocimientos científicos existentes, que generan una comprensión integral de todo aquello relacionado con el suicidio, el IAE, como las condiciones sociales y médico-psiquiátricas que lo propician, o bien, lo evitan.

Proyecciones

Con este trabajo se pretende esclarecer la relación que existe entre las patologías psiquiátricas de base con el suicidio, y cómo el comportamiento del componente social exacerba la ejecución de los mismo. Además, se espera que los resultados que se obtengan de esta investigación amplíen el conocimiento, y perspectiva de los profesionales de salud, en el tema de intento de autoeliminación y suicidio, y que a la vez les permita identificar tanto las fortalezas que deben de seguir poniendo en práctica para prevenir los suicidios consumado, como también la grave consecuencia de aquellas posibles debilidades que existen en su intervención, tratamiento y abordaje, todo esto a través de la evidencia recopilada de los diversos artículos revisados. Para cumplir lo anterior se procura que los resultados de esta tesis sean publicados y difundidos en revistas científicas, para que así pueda llegar a un gran número de profesionales de la salud a nivel regional mundial.

CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL

Definición de suicidio

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura. (García de Jalón y Peralta, 2015, p. 88)

El suicidio es un tipo de muerte violenta, donde la persona toma la iniciativa por quitarse la vida a sí mismo, un acto que desde épocas antiguas se ha venido presentado, debido a múltiples factores, que como bien se menciona, pueden tener variables de acuerdo en la zona cultural, como también su aceptación.

Del término suicidio se derivan varias clasificaciones erróneas, dentro de las que encontramos una muy característica llamada “suicidios crónicos; que son a los que se atribuyen las muertes producto de abuso de alcohol, y otras sustancias”, y que en la mayoría de los casos son debidas al mal seguimiento consciente de las pautas farmacológicas para las adicciones, la obesidad, diabetes, o hipertensión arterial. etc. (James, Alcott y Ruiz, 2015, p. 763)

Tabla 1. Conceptos relacionados con el término Suicidio.

Conducta suicida	Hace referencia a un conjunto de actos que incluyen las amenazas, el gesto, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre sí, se incluyen todo acto que realiza un individuo de forma voluntaria con la finalidad de acabar con su propia vida. Debe de diferenciarse de las autolesiones sin finalidad suicida.	
Ideación suicida	Pensamientos, ideas, o deseos de realizar un acto suicida.	
Amenaza Suicida	Acto de alto contenido emocional, que no ocasiona ninguna lesión al paciente. "Intento de intento de suicidio".	
	Se realiza un acto que no produce la muerte del	Suicidio frustrado o intento de suicidio muy grave: Consciente y libremente se infringe la

Tentativa de Suicidio	individuo pero sí que le produce algún tipo de injuria o lesión física.	muerte sabiendo las consecuencias, pero el ambiente (hecho imprevisible) cambia el fin.
		Intento de suicidio (en sentido estricto): de gravedad moderada pero que no llega a comprometer la vida
		Parasuicidio o intento de suicidio leve: sin una clara finalidad suicida, ocasiona lesiones físicas banales.
Suicidio	Muerte autoinflingida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir. La OMS propone como criterios operativos de un suicidio: a) un acto con resultado letal, b) deliberadamente iniciado y realizado por el individuo, c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.	

Nota: Elaboración propia con base en Blázquez y Guitart, 2009.

Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítica, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. (García de Jalón, 2015, p. 88)

Se debe incluir dentro del temas del suicidio, lo que es el Intento de Auto-Eliminación (IAE), en el que está presente la intención de suicidarse, pero no se logra el objetivo de, esto, porque la persona que lo lleva acabo no tiene en sí la voluntad de hacerlo de manera radical, sino más bien con el fin de llamar la atención, de obtener ayuda para el problema que esté atravesando, aunque en muchas ocasiones puede formar parte de un chantaje como bien se menciona, para obtener un beneficio secundario, el cual muchas veces puede ser realmente una necesidad de intervención médica, que bien podría colaborar a un diagnóstico temprano, de una persona con tentativa de realizar suicidio, y poder brindarle un abordaje ideal para revertirlo.

No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados. Según la OMS (1976) se define, Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte. (García de Jalón, 2015, p. 88)

Con respecto al IAE son conductas a las cuales hay que brindarles un adecuado seguimiento, puesto que en muchas ocasiones terminan como suicidios consumados, basándose en definiciones de la OMS, el acto suicida es cuando un sujeto se genera a sí mismo una lesión que le puede generar complicaciones que podrían poner en riesgo su vida, el Suicidio como tal, es la muerte producto del acto suicida. Mientras que por otro lado tenemos el IAE en el que por la razón o motivo que fuera, su resultado no concluyó con la muerte del sujeto.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción. (García de Jalón, 2015, p. 88)

Para el personal médico es importante tomar en cuenta los desencadenantes para un suicidio, en ello se establecen 3 fases, dentro de las cuales se fijan primero la idea, una idea formulada por parte del sujeto en suicidarse, independientemente del motivo que le impulse a realizarlo, ya sólo la idea debe de tomarse, primero como un factor de riesgo, y también como una de las primeras fases en relación con el suicidio.

Como segunda fase, tenemos la duda, donde el sujeto, analiza su posible acción suicida, como salida a los conflictos que posee, una alternativa radical, como solución de alguna situación que es víctima, que con una adecuada intervención podría abrir su pensamiento a múltiples opciones de salida a sus problemas que no involucren el suicidio, y como tercera fase, estaría la fase decisiva en la que el sujeto pasa a la acción radical del suicidio, que culmina con una muerte violenta.

“La conducta suicida no es específica para los cuadros de depresión, ya que puede aparecer en otros trastornos mentales o incluso en personas sin patología mental conocida” (García de Jalón, 2015, p. 88), no solamente un cuadro de alguna patología psiquiátrica puede culminar con un suicidio radical, si no también condiciones sociales que rodeen a una persona o bien patologías médicas, son condiciones que podrían también llevar a una persona a cometer tanto un IAE, como un suicidio, condiciones que en éste estudio bibliográfico se van a analizar.

Factores de Riesgo en IAE – Suicidio.

El comportamiento suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas se observó que hasta cierto punto se podía predecir, que el suicidio se encuentra asociado a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos e inclusive genéticos/neurobiológicos. (García de Jalón, 2015)

Conducta suicida previa

“La existencia de antecedentes personales de intentos auto líticos, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.” (García de Jalón, 2015, p. 90). Los antecedentes personales de IAE, son un sólido factor que debe indicar al personal de salud, alarma, se debe interpretar dicho antecedente como un factor que hace vulnerable a la persona involucrada a realizar un suicidio consumado.

“Las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general.” (García de Jalón, 2015, p. 91) Entre un 25 a 50% de las víctimas de suicidio consumado han realizado un intento previo.

Factores Sociodemográficos.

El sexo.

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO8, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados, que las mujeres. (García de Jalón, 2015, p. 88)

Tanto los hombres como las mujeres realizan el acto del suicidio, sin embargo, según estudios, las mujeres son más propensas a realizar IAE, antes que un suicidio consumado, mientras que los hombres son más propensos a realizar el suicidio radical. “Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento” (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas). (García de Jalón, 2015, p. 89)

Los sujetos masculinos realizan el suicidio a través de acciones violentas más extremas, en las que se pueden incluir el ahorcamiento, utilización de armas de fuego, o bien precipitaciones de

alturas capaces de producir la muerte, como por ejemplo en nuestro país, los sujetos que se lanzan por puentes, de alturas importantes, en su mayoría son masculinos.

Mientras que por el lado de “las mujeres, ellas suelen realizar sobreingestas de psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes” (García de Jalón, 2015, p. 89) actos que están más vinculados con IAE, aunque algunas ocasiones si culmina como un suicidio consumado. Las mujeres utilizan métodos menos extremistas que los hombres, aunque esto no traduce que del todo que las mujeres no vayan a realizar actos igual de extremistas que los hombres para acabar con sus vidas.

Edad.

El riesgo de suicidio aumenta con la edad. En el estudio de Baxter y Appleby se define una edad media de suicidio de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres). Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años. (García de Jalón, 2015, p. 89)

No existe una edad estándar en la que se engloben los suicidios, sin embargo se ha visto que las personas jóvenes, en los últimos años, han tenido un aumento en incidencia relacionada con el suicidio, principalmente jóvenes masculinos de edades entre 15 a 24 años, donde posiblemente la madurez emocional de esa persona no está lo suficientemente estable, por lo que les hace personas muy vulnerables ante situaciones de su entorno social, como también, ante patologías psiquiátricas asociadas, y adicional no acuden a ayuda, debido a factores como vergüenza, o el pensamiento de que no se padece nada que sea de relevancia.

Por el lado de las mujeres, se ha visto que existe un corte de edad para los 50,4 años de edad que bien podrían estar relacionadas con enfermedades crónicas, o problemas de pareja, como económicas en su mayoría.

Raza.

“El índice de suicidio en hombres y mujeres de raza blanca, es de dos o tres veces mayor que en afroamericanos”, protagonizando éste escenario los jóvenes que residen en barrios marginales. (James et al, 2015)

Estado civil.

Durkheim, ya en 1897, destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los

impulsos individualistas y suicidas. En el WHO/EURO8, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteros, divorciados y viudos. (García de Jalón, 2015, p. 89).

Existe una importante relación entre el suicidio y el contexto familiar que viva la persona con la probable idea suicida, esto porque se ha visto que una persona integrante de una familia, la cual le someta a una disminución importante ante un deseo de realizar alguna actividad futura personal, o proyecto de vida, le predispone a una mayor incidencia de cometer el suicidio.

García de Jalón (2015), determinó que “ser soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección.” (p.89) El estado civil para las mujeres según estadísticas no es determinante para el suicidio, también se analizó por parte de las mujeres que las que son madres, se considera como factor de protección a pesar de la idea suicida, mientras que, por parte de los hombres, el hecho de no tener relaciones afectivas estrechas o sólidas desarrolla un factor de riesgo para cometer actos suicidas, o ideaciones suicidas.

Religión.

Las tasas de suicidio entre los protestantes y los judíos han sido superiores a las de las poblaciones católicas, los musulmanes según estudios estos presentan tasas muy inferiores. El grado de ortodoxia y de integración, puede ser una medida más precisa del riesgo en esta categoría, que la simple afiliación religiosa institucional (James et al, 2015). La religión es protectora, por lo anterior se puede deducir que principalmente la católica y la musulmana.

Salud física.

Los factores asociados a enfermedad que contribuyen tanto al suicidio como a la tentativa son la pérdida de movilidad, en especial cuando la actividad física es importante en el trabajo o en el tiempo libre, la desfiguración en especial en las mujeres y el dolor crónico intratable. (James et al, 2015) La presencia de patologías orgánicas asociadas al suicidio corresponden principalmente aquellas que desencadenen dolor crónico y enfermedades terminales.

Nivel socioeconómico.

Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural. (García de Jalón, 2015). Los desempleados y trabajadores no calificados muestran mayor riesgo de suicidio. Entre las profesiones con mayor riesgo suicida están los policías, abogados y médicos, se debe tomar en cuenta que la sensación de fracaso en el propio rol social es un factor de riesgo.

Factores Clínicos.

Trastornos mentales

Este concepto se asocia a un comportamiento o un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. No se incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales. (Medina y Suárez, 2009, p.13)

Los trastornos mentales representan aquellas condiciones sintomáticas de un individuo que fácilmente pueden ser asignadas dentro de un grupo de criterios ya establecidos en literatura diagnóstica de la rama psiquiátrica, como el DSM-5, estos trastornos no pueden ser explicados por alguna enfermedad secundaria, o condición que pueda ser la causa que desarrolle los síntomas y no sea psiquiátrica.

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental. Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios. Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico. (García de Jalón, 2015, p. 90)

Es por consiguiente que la depresión es uno de los trastornos mentales que mayormente relacionados con el intento de autoeliminación y suicidio, por lo que su definición de manera detallada es un pilar esencial para el desarrollo de ésta investigación.

Tabla 2. Trastornos mentales frecuentemente relacionados con el suicidio/IAE.

<p>Trastornos afectivos: 60% de los casos de suicidio, tienen un trastorno afectivo de base.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión: Principal diagnóstico en sujetos que consumen el suicidio o tienen ideación autolítica. • Trastorno depresivo Mayor.
<p>Trastornos Psicóticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia: Principal diagnóstico en sujetos que consumen el suicidio o tienen ideación autolítica.
<p>Trastornos de Ansiedad.</p>
<p>Trastornos de Personalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo en el trastorno límite de la personalidad, 1 de cada 10 se suicida, y al menos un 84% realiza Intento de Autoeliminación.

<p>Abuso de Sustancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El alcoholismo es el principal factor de riesgo por disfunción serotoninérgica)
<p>Enfermedades médicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principalmente por el impacto emocional que generan, más comúnmente VIH, Cáncer, Dolor crónico.

Nota: Elaboración propia con base en Blázquez y Guitart, 2009, pp.523-524

Factores Genéticos y neurobiológicos asociados al suicidio

Poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad. (García de Jalón, 2015, p. 91)

Se ha visto relación heredo-familiar con el suicidio, puesto que pacientes con historia familiar positiva de suicidio e intentos de suicidio tienen más probabilidad de consumar el suicidio, esto inclusive, sin tener un diagnóstico psiquiátrico previo.

En varios estudios se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. (García de Jalón, 2015, p. 92)

Tras varios estudios en pacientes suicidas, se han tomado muestras de LCR (Líquido Céfaloroquídeo) en sus autopsias que tradujeron bajos niveles de serotonina, niveles a los que se les atribuye los antecedentes de impulsividad y violencia que concluyeron con la ejecución de un suicidio. De igual manera, se ha evidenciado la relación estrecha entre el factor neurotrófico derivado del cerebro y su interacción con la serotonina, en donde si existen bajos niveles del mismo, hay compromiso directo en los niveles de serotonina colaborando de ésta manera con el desarrollo de, por ejemplo, trastorno depresivo mayor.

Por lo que se ha venido observando que, como parte de la fisiopatología de éstas personas, existen bajos niveles de serotonina, que se relacionan con la fisiopatología de la depresión, ésta evidencia que nos permite tener una idea del beneficio para éstos pacientes si se les diera un tratamiento farmacológico oportuno que colaboraría a una mejoría en el pronóstico en éste tipo de pacientes.

Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como, por ejemplo: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT)¹⁸, bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre). (García de Jalón, 2015, p. 92)

Evaluación y diagnóstico, del Intento Suicida

Desgraciadamente, muchos de los pacientes psiquiátricos que han realizado un acto suicida, nunca han recibido ayuda profesional o están insuficientemente tratados. Estudios de autopsias psicológicas, aparte de revelar la alta prevalencia de patología psiquiátrica en las conductas suicidas, reflejan que muchos pacientes no suelen verbalizar sus intenciones, a no ser que se les pregunte directamente. Muchas veces, la única pista que los clínicos podemos tener, es el hecho de que los pacientes aparezcan por nuestra consulta. También hay que aclarar que, a pesar de todos nuestros esfuerzos, el valorar la probabilidad de que un paciente se suicide en un futuro inmediato, es una tarea compleja. (García de Jalón, 2015, p. 92)

Muchas personas que son víctimas del suicidio no recibieron ayuda profesional, a pesar de tener una patología psiquiátrica de fondo, debido a que no consultaron, o bien por falta en la practicidad por parte del clínico en la agilidad de detección de indicios que traducen la vulnerabilidad de un paciente a cometer un acto como el suicidio.

Se debe de poner mucha atención a todas aquellos indicios o pruebas que nos brinda el paciente durante la consulta médica, para poder tomar de una forma prematura cualquier indicio que nos indique la posibilidad de que una persona esté atravesando una situación, médica, psiquiátrica, social, que pueda inducirlo a una depresión y un eventual IAE, siempre se tiene que valorar el estado mental de los pacientes, y preguntar directamente si ha habido ideaciones suicidas, y generalmente esto provoca en el paciente alivio y sienten más confianza durante la consulta.

El diagnóstico precoz a través de la entrevista clínica, depende de una adecuada valoración de todos los factores de riesgo y es una de las mejores medidas para intentar prevenir el acto suicida. En primer lugar, hay que intentar disponer del tiempo suficiente para garantizar una comunicación adecuada y así poder obtener la mayor y mejor información posible. Se recomienda intentar mostrar una actitud receptiva, evitando ser agresivo o moralizador y permitir al paciente que, en los primeros minutos de la entrevista, nos hable de su situación actual de forma general y sin interrupciones. Después, proceder a interrogarle de forma ordenada desde lo más general a lo más específico. Se han de fijar 3 objetivos: conocer la existencia de patología psiquiátrica mediante la exploración psicopatológica (depresión, psicosis o hábitos tóxicos) o médica, susceptibles de tratamiento; conocer las circunstancias y motivaciones de la conducta suicida (factores estresantes o acontecimientos vitales) y evaluar los factores de riesgo/protección para suicidio a corto y largo plazo. (García de Jalón, 2015, p. 93)

Una vez lograda la buena comunicación con un paciente, que nos indique alguna situación que pueda promover su vulnerabilidad emocional, durante la entrevista, se debe de identificar la presencia o no patología psiquiátrica, o bien alguna enfermedad médica, que puedan estar afectándole a nivel psicológico, y los vuelva vulnerables en relación al suicidio. Cuando se realiza la valoración integral de un paciente hay que tomarse en serio todo indicio de intento autolítico, sin embargo, se debe tener una adecuada pericia ya que muchas de las tentativas autolíticas pueden tener fines de manipulación.

La detección de patologías psiquiátricas de base es indispensable, ya que en varios casos de suicidio consumado no existía antecedente de enfermedad psiquiátrica, pero si cuadros adaptativos o personalidades inmaduras, sobre las cuales se puede trabajar para evitar el desenlace suicida.

Debido a que, por desgracia, algunas patologías psiquiátricas interfieren en la capacidad de expresar las intenciones suicidas, hay que abordar este tema de forma abierta y preguntar directamente acerca de la existencia de estas ideas. No hay que tener miedo a que ello favorezca el paso al acto. Más bien suele suceder, al contrario, ya que poder hablarlo supone un alivio para el paciente. Hay que intentar determinar desde cuándo ha aparecido la ideación suicida y comprobar si es pasiva (desea no vivir, estar muerto) o activa (querer matarse). Si es activa, hay que valorar el grado de desesperanza y la expectativa de muerte, también la persistencia de la ideación suicida y preguntar por la existencia de un plan

estructurado de suicidio, los métodos que se pretenden utilizar y la accesibilidad a dichos métodos. También es necesario saber qué mecanismos de control tiene el sujeto para no realizarlo, cómo consigue controlar esas ideas suicidas y si están otras personas implicadas en sus pensamientos de muerte. Además de obtener información a través del paciente, también es necesario entrevistar a la familia o personas allegadas en el caso que sea posible. (García de Jalón, 2015, p. 93)

Durante la consulta con un paciente que está atravesando alguna situación en su vida, que lo hace vulnerable al suicidio, o IAE, se debe ante la sospecha, preguntar de manera directa de si existe la idea de quitarse la vida, sin miedo a que esto más bien lo induzca al suicidio, esto podría beneficiar más bien al paciente a hablar sobre el problema o situación que esté atravesando. Se deben valorar con mucho más cuidado aquellos pacientes que son sobrevivientes de un intento autolítico previo y que acuden a consulta por ideas suicidas nuevas, ya que el éxito de estas, tanto en estructuración, como método utilizado, son realmente efectivas casi en el 90% de los casos.

Detectar si la idea suicida es activa o pasiva, nos traduce el deseo a vivir o el deseo a matarse, porque en la diversidad de situaciones, el hecho de no querer vivir no traduce exactamente el deseo de matarse, por lo que el dato de querer matarse vendría a tener más peso, sobre el no querer vivir, que, en eventual futuro sin un buen manejo y apoyo ante ésta situación, podría culminar con el deseo de matarse.

Es necesario saber, los factores protectores que tenga el sujeto que favorezcan a que no realice el suicidio como alternativa su problema de fondo. Estos mecanismos vienen siendo el núcleo familiar al que pertenece el paciente, una red de apoyo que le acompañe mientras la persona atraviesa la situación que le está induciendo al pensamiento suicida, entre otras.

Una vez recogida toda la información posible, hay que determinar el grado de riesgo autolítico basándose en los factores de riesgo referidos previamente y teniendo en cuenta que este riesgo es mayor conforme existen más factores de riesgo. No obstante, en esta determinación habrá que tener en cuenta el contexto global en el que se encuentra el individuo. (García de Jalón, 2015, p. 93)

Después de analizar los factores de riesgo que tenga una persona para realizar un suicidio, se deben abordar los factores de riesgo médicos, como enfermedades psiquiátricas, problemas en su ambiente social, para poder enfocar la solución de la situación de la mejor manera, siempre en pro del beneficio de la persona involucrada, evitando la ejecución del suicidio como posible salida

para la condición que esté atravesando el paciente. Siempre deben de valorarse las características autolíticas del intento autolítico, es decir lograr descifrar, si es que existe, el método.

Se debe de realizar una evaluación de los factores sociodemográficos de riesgo suicida del individuo, y valorar los factores clínicos, es decir, detectar aquellos casos de depresión, alcoholismo o alguna otra sustancia, los trastornos psicóticos, y síntomas específicos como la desesperanza, los cuales podrían dar indicios de estar frente a un potencial caso suicida.

Prevención y Tratamiento

Después de una adecuada valoración del paciente, habrá que determinar si es necesario realizar el tratamiento en régimen de ingreso o ambulatorio. En el caso de que se decida ambulatorio, necesitaremos un acuerdo tanto con la familia, para realizar una estrecha supervisión, como con el paciente para que solicite ayuda en el caso de no poder controlar sus ideas e impulsos autolíticos. A cambio ofreceremos la posibilidad de una atención permanente, en caso de necesidad. Cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio por falta de apoyo sociofamiliar, alta impulsividad, intentos previos, plan estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, entonces es necesario un ingreso psiquiátrico. Tanto a nivel ambulatorio, como de ingreso, el tratamiento se compone de un abordaje farmacológico y psicológico (aplicación de técnicas psicoterápicas). (García de Jalón, 2015, p. 93)

Los abordajes para personas susceptibles al suicidio debido a sus probables padecimientos de fondo pueden ser tanto ambulatorio como de régimen de ingreso, en el caso de que se decida un tratamiento ambulatorio luego de un buen análisis. Éste debe de tomar en cuenta las ideas e impulsos de autoeliminación, el apoyo social-familiar que tenga el paciente dentro de su entorno social, y saber si posee o no un plan estructurado con la idea de terminar con su vida.

De acuerdo con el criterio del personal de salud calificado, se decide si se deja como paciente ambulatorio, principalmente cuando los factores de riesgos sociales y las condiciones mentales son manejables con tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, o bien si se interna, para un manejo más dirigido y especializado para evitar el desenlace del suicidio.

Medicación

Hay evidencias para recomendar antidepresivos más sedantes y con mayor poder serotoninérgico, en el caso de depresiones con riesgo autolítico en las fases agudas, como bien se

menciona dentro del trabajo, estudios de autopsias demuestran, que las personas que cometen el suicidio, tienen bajos niveles de serotonina en su LCR, por lo que los antidepresivos serían una buena alternativa para éste tipo de pacientes.

Ansiolíticos. Para reducir los niveles de ansiedad, de cualquier patología psiquiátrica. Terapia Electro Convulsiva (TEC). La TEC, es un tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo autolítico en los trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía. El Litio: las sales de litio, aparte de usarse como estabilizador del ánimo, tienen un efecto antidepresivo y reduce el riesgo de suicidio. Esta acción antisuicida, puede estar mediada por sus marcadas propiedades serotoninérgicas y antiimpulsivas. Se ha visto que también hay un descenso del riesgo auto lítico incluso en pacientes cuyo trastorno afectivo, no responde al litio. (García de Jalón, 2015, p. 93)

Como bien se detalla, dentro de la terapia médica que se puede brindar a pacientes con estados depresivos o psicóticos la Terapia Electro Convulsiva, sin embargo, esta no es a toda persona, es una de las terapias que se practican cuando la mayoría de tratamientos farmacológicos no logra el resultado esperado, su utilización se va a evaluar más adelante en temas específicos que ejecutan esta modalidad como tratamiento. Por su parte, los antidepresivos van a ser el tratamiento farmacológico de primera línea para múltiples trastornos mentales, no exclusivamente para casos de depresión como tal.

Técnicas psicoterapéuticas

Se aplican siempre en combinación con los anteriores. Habrá que ser claro y sincero con el paciente, intentar explicar en qué consiste su enfermedad y darle esperanzas a cerca de la existencia de tratamiento y de la remisión de los síntomas. (García de Jalón, 2015)

La alternativa de psicoterapias funcionan como desahogo para el paciente, como también de intervención, debido a que como se menciona, en muchos de los casos de suicidio son personas jóvenes, que ven en un problema, con posible solución, como uno sobrevalorado sin salida, que aumentan la vulnerabilidad de la persona a un cometer un suicidio debido a que no poseen una inteligencia emocional lo suficientemente madura o establecida como para afrontarlo, un ejemplo de esto sería el tema de la homosexualidad, que en muchos casos, puede hacer que la persona vea el suicidio como la salida idónea para la situación personal que está atravesando, cuando en realidad existen más de una alternativa para atravesar la situación.

Las psicoterapias individuales dan orientación para trabajar las motivaciones psicológicas conscientes o inconscientes del suicida y las psicoterapias cognitivas en las que se trabaja la desesperanza, las creencias erróneas o esquemas negativos y la dificultad para resolver los problemas de carga emocional. (García de Jalón, 2015)

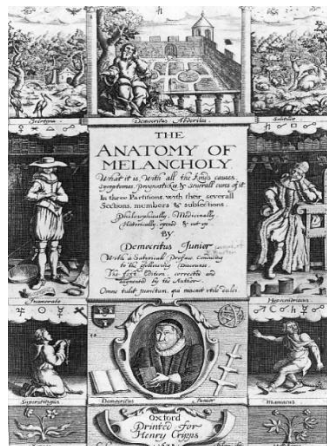
Definición de Depresión.

Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. En el meta-análisis de Harris y Barraclough, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12. (García de Jalón, 2015, p. 90)

La depresión mayor está muy vinculada con el suicidio, se ha visto a través de estudios de investigación que el hecho de tener un cuadro de depresión mayor aumenta hasta 20 veces el riesgo suicida por parte del sujeto que la padezca, mientras que trastornos como la bipolar y la distimia entre 15 y 12 veces respectivamente, siendo trastornos que al igual que la depresión mayor requieren mayor refuerzo de intervención con respecto a la prevención del suicidio.

Desde el antiguo testamento se describe el síndrome depresivo con el caso del rey Saúl, al igual que en el suicidio de Áyax en la obra Homero. Desde el año 400 a.C., Hipócrates utilizaba los términos manía, y melancolía para describir los trastornos mentales de la época. El primer texto en el idioma inglés por primera vez, en su totalidad relacionado con el tema de la depresión lleva como título “Anatomy of Melancholy” escrito por Roberto Burtón y el cual fue publicado en el año de 1621. (James et al, 2015, p. 347)

Figura 1. Portada del libro Anatomy of Melancholy (1621)



Nota: en James et al 2015, p. 348

Jules Falret describió en el año de 1854 una afección a la cual denominó folie circulaire la cual caracterizaba a los pacientes que experimentaban estados de ánimo de depresión y manía alternadas, para el año de 1899 Emil Kraepelin describió, a partir de las teorías ya descritas por otros psiquiatras de origen francés y alemán la psicosis maníaco-depresiva, usando la mayoría de los criterios que usaban los psiquiatras incluso actualmente para establecer el diagnóstico del trastorno bipolar I. Kraepelin también describió una depresión que llegó a conocerse como melancolía involutiva, y que se ha considerado desde entonces una forma de trastorno del estado de ánimo, que tienen su inicio al final de la edad adulta. (James et al, 2015)

Figura 2. Fotografía de Emil Kraepelin.



Nota: Castilla, 1988, p. 2

Se habla de depresión mayor cuando ésta aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía. La depresión mayor debe de durar al menos 2 semanas, y la persona con este diagnóstico usualmente experimenta al menos cuatro síntomas de una lista que incluye lo que son cambios en el apetito, peso, sueño y la actividad, como también la falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones y pensamientos recurrentes con la muerte o bien el suicidio. (James et al, 2015)

Tabla 3. Tasas de prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos depresivos.

	Tipo	Prevalencia a largo plazo
Episodio depresivo mayor	Intervalo	• 5
	Media	• 17
Trastorno distímico	Intervalo	• 3 - 6
	Media	• 5
Episodio Depresivo menor	Intervalo	• 10
	Media	• -
Trastorno depresivo breve recidivante	Intervalo	• 15
	Media	• -

Nota: Elaboración propia con base en James et al, 2015, p. 348

Factores de riesgo no biológicos.

Situación conyugal.

En el caso de personas que tienen dificultades para mantener relaciones interpersonales o aquellas divorciadas o separadas, son mucho más propensas a desarrollar trastornos de depresión mayor. Es muy frecuente hacer hallazgos de depresión en personas en personas de condición civil solteros, o bien aquellos que están divorciados, se ha evidenciado que el trastorno de depresión mayor es menos común en las personas que se encuentran casados o que logran tener relaciones interpersonales estrechas. (James et al, 2015)

Situación socioeconómicos y culturales.

Con respecto a regiones urbanas o rurales se ha observado que el trastorno depresivo mayor se presenta con mayor frecuencia en personas que suelen vivir en regiones rurales, además también, se ha determinado que el desarrollo del trastorno bipolar tipo I se desarrolla más en personas sin concluir sus estudios universitarios, lo que refleja directamente que el inicio de este trastorno se da en edades tempranas. (James et al, 2015)

Factores de riesgo biológicos.

En pacientes con trastorno del ánimo se han logrado describir alteraciones biológicas, lo cual ha representado un avance importante en el estudio del comportamiento humano. Recientemente los científicos han identificado que no únicamente los neurotransmisores monoamínicos como noradrenalina, dopamina, serotonina, o histamina son las principales sustancias involucradas en la etiología de los diferentes trastornos anímicos, sino que también se “han empezado a estudiar lo correspondiente a sistemas neuroconductuales, circuitos neuronales y mecanismos neuroreguladores” que en conjunto con la teoría de la alteración de neurotransmisores podrían explicar de una manera más específica ciertos trastornos mentales. (James et al, 2015, p. 349)

Noradrenalina.

Estudios realizados han demostrado que la disminución de la sensibilidad de los receptores B-adrenérgicos explican las respuestas clínicas depresivas, lo que explica un poco la participación de esta sustancia en trastornos depresivos.

Las investigaciones alrededor de esta sustancia también han demostrado que “los receptores B2-presinápticos se encuentran localizados en neuronas serotoninérgicas, y ellos regulan la cantidad de serotonina liberada”. Más específicamente esto se logra evidenciar a través de estudios realizados con la efectividad clínica de fármacos antidepresivos, los cuales tienen efectos noradrenérgicos, tal es el caso por ejemplo de la venlafaxina, esto logra poner en evidencia de una manera muy clara la intervención de la noradrenalina en la fisiopatología de algunos de los síntomas presentes en cuadros depresivos. (James et al, 2015, p. 349)

Serotonina.

La serotonina es el principal neurotransmisor asociado a trastorno depresivo, en múltiples estudios se ha evidenciado la eficacia de los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) en la clínica de pacientes con trastorno depresivos. “En la comunidad científica después de la identificación de múltiples subtipos de receptores de serotonina, esto les ha incrementado el interés de lograr desarrollar terapéutica farmacológica mucho más específicas para la depresión”, gracias a lo anterior, es decir a la utilización de medicamentos que tienen funcionamiento a nivel cerebral a través de la participación de la serotonina, es que se ha logrado demostrar la importancia

de la serotonina en el desarrollo de enfermedades depresivas, siendo su depleción la causa de la exacerbación de la depresión. (James et al, 2015, pp. 349 - 350)

Incluso en pacientes con impulsos suicidas se ha logrado demostrar que poseen concentraciones mínimas de los metabolitos de la serotonina en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR), como también se han observado bajos niveles en sitios de captación de serotonina en las plaquetas. (James et al, 2015)

Dopamina.

Son la noradrenalina y la serotonina las principales aminas biógenas que están asociadas a la fisiopatología de la depresión, sin embargo, en nuevas investigaciones se ha propuesto la participación de la amina biógena dopamina, esto porque su actividad se encuentra disminuida en la depresión y aumentada en cuadros de manía. (James et al, 2015)

A raíz de múltiples estudios en los que se ha logrado descubrir nuevos subtipos de receptores de dopamina, gracias a ellos se ha logrado un conocimiento más amplio en cuanto a la regulación presináptica y postsináptica de la actividad dopaminérgica en los trastornos del ánimo. Se ha logrado demostrar que con la utilización fármacos que disminuyen las concentraciones de dopamina se inician a presentar síntomas depresivos, de igual manera, en personas con enfermedades que disminuyen las concentraciones a nivel cerebral de dopamina como es el caso de la enfermedad de Parkinson, característicamente empiezan a manifestar síntomas depresivos. (James et al, 2015)

En contraposición a lo anterior, con la utilización de fármacos que aumentan las concentraciones de dopamina, se empiezan a restar los síntomas de depresión, para poder explicar ésta relación entre los niveles altos o bajos de la dopamina y la aparición de síntomas depresivos, se han propuesto las teorías de disfunción de la vía mesolímbica dopaminérgica y la inactividad del receptor D1 de la dopamina. (James et al, 2015)

Estudios familiares.

A través de estudios se ha logrado demostrar que “si uno los padres de un individuo tienen algún trastorno del estado de ánimo su hijo tendrá un riesgo de entre el 10 y 25% de probabilidad de desarrollar uno a lo largo de su vida”. De igual manera, si son ambos padres los que padecen algún trastorno de ánimo las probabilidades aumentan inclusive al doble, y esta probabilidad puede

verse incrementada a mayor cantidad de familiares afectados por dichos trastornos. (James et al, 2015, p. 350)

Estudios de adopción.

Gracias a estos estudios se logra generar una limitante muy importante entre los factores genéticos y ambientales de una enfermedad de probable transmisión familiar. Aunque en los diferentes estudios realizados ha habido resultados contradictorios, lo que es cierto, es que la mayoría preservan un principio, y es el de que “los trastornos que asocian suicidio no han tenido variación”, siendo uno de los principales desarrollados por los investigados, es decir, al existir el antecedente de suicidio en la familia del adoptado, es común que este en algún momento de su vida lo desarrolle, no es una constante, pero hay evidencias de ello. (James et al, 2015, p. 353)

Estudios con gemelos.

Estos estudios permiten de manera incluso más efectiva que el anterior dividir los factores genéticos de los ambientales, o bien los efectos de la naturaleza con los factores asociados a la educación recibida por cada individuo. “De los estudios realizados se logra poner evidencia que los genes logran explicar de manera exquisita entre el 50 al 70% de la etiología de los trastornos del ánimo”, lo que permite deducir que el restante del porcentaje se explica por factores no hereditarios. (James et al, 2015, p. 353)

De igual manera se logró determinar que entre un 70-90% de los gemelos monocigotos desarrollaron un trastorno de ánimo en conjunto, en contra posición del 16 al 35% en el caso de gemelos dicigotos del mismo sexo, por lo que se deja en evidencia el poder de factores genéticos en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, aunado a ello los factores ambientales que favorezcan o no al desarrollo del mismo. (James et al, 2015)

Factores de riesgo psicosociales.

Situaciones vitales y estrés ambiental.

Se ha tenido una percepción tradicional en cuanto a que, lo más común es que, las situaciones psicoestresoras se manifiesten antes de episodios de trastorno del estado de ánimo y no después de padecer uno. Lo anterior se ha logrado demostrar partiendo del hecho que estas investigaciones han notado que en los episodios de estrés posteriormente desarrollan algún trastorno del estado de ánimo,

el estrés es tan fuerte que logra provocar cambios de larga duración en el funcionamiento biológico del cerebro, cambios que en el transcurso del tiempo afectan el funcionamiento de varios neurotransmisores y del sistema de señalización intraneural, incluso, estos cambios pueden provocar pérdidas neuronales y un deceso excesivo de los contactos sináptico entre neuronas. (James et al, 2015, p. 354)

Por consiguiente, la persona sometida a estrés tendría un elevado riesgo de desarrollar episodios de un trastorno del estado de ánimo.

Uno de los episodios como la pérdida de uno de los padres, principalmente en edades por debajo de los 11 años de edad es una de las condiciones que están fuertemente vinculadas con el desarrollo de trastornos depresivos, como también en cuanto al entorno personal, la pérdida del cónyuge igualmente se asocia poderosamente el desarrollo de trastorno de ánimo. El desempleo, es un factor principal para estrés y desarrollo del trastorno depresivo, incluso aumentando hasta 3 veces más las probabilidades de iniciar con síntomas del trastorno depresivo mayor, que personas que si tienen empleo. (James et al, 2015, p. 354)

Factores psicodinámicos.

Este concepto se desarrolló por Sigmud Freud y posteriormente reforzado por Karl Abraham, en esta teoría se describen 4 puntos clave que predisponen al desarrollo de la depresión. (James et al, 2015)

De estos 4 trastornos uno es el de la relación madre-hijo de fase oral, es decir entre los primeros 10 a 18 meses de vida, que cuando ocurre predispone al individuo a desarrollar depresión en el futuro, como segundo punto de esta teoría indica que la depresión puede estar vinculada a la pérdida real o imaginaria de objetos, como tercer punto está relacionado con el punto 2, donde el individuo genera un tipo de personalidad, o actitudes que le permiten generar un mecanismo de defensa ante el malestar de la perdida, y como cuarto y último punto de este teoría, ante la vista del objeto perdido, y el desarrollo de emociones de odio y amor hacia él, el sentimiento de enfado producto de este proceso se puede volver hacia el interior o hacia el yo. (James et al, 2015)

Edwar vibrating consideró que la depresión es producto de un fenómeno en donde una persona es consciente de la distancia entre las ideas extraordinarias producidas por el individuo y la incapacidad de poder cumplir dichos objetivos. La depresión, por ende, se podría establecer

cuando el individuo se da cuenta de que la idea, persona, objeto, por el que ha estado viviendo, nunca le responderá de manera tal que cumpla sus expectativas. (James et al, 2015)

Trastorno depresivo mayor.

Para hablar sobre el trastorno depresivo mayor, primero se deben de conocer los criterios diagnósticos, los cuales se encuentran ya establecidos según el DSM-5. (James et al, 2015)

Tabla 4. Criterios diagnósticos para episodio depresivo 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 previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
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).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
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.

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 104 - 106. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

El trastorno depresivo mayor es mucho más frecuente en aquellos pacientes que tienen familiares de primer grado que sufren o sufrieron de dicho trastorno, por lo que las causas genéticas

son un factor realmente importante, en estas familias, los implicados también son vulnerables al alcoholismo y trastornos de ansiedad. (Pérez et al, 2017)

En este caso en específico, “existen alteraciones en algunos neurotransmisores como lo son la serotonina, la dopamina, la noradrenalina e incluso el GABA”, además, estos pacientes tienen aumento de la secreción de hormonas como el cortisol con descenso de hormonas como la TSH. Los factores psicosociales, como el estrés, ambientes hostiles, pueden precipitar el trastorno o perpetuarlo de forma crónica. (Pérez et al, 2017, p.26)

Los síntomas de la depresión mayor pueden remitir con un adecuado abordaje farmacológico, y terapéutico, sin embargo un porcentaje de los pacientes, pueden evolucionar a distimia, en el caso de la depresión mayor hasta un 15% de los implicados ejecutan en algún momento un acto suicida, y se conoce que cuando el trastorno depresivo mayor acompaña enfermedades médicas por sobre los 55 años aumenta significativamente la mortalidad, una de las posibles causas que explique este hecho es el efecto de inmunodepresión que puede generar un trastorno del estado de ánimo. (Pérez et al, 2017, p.26)

Distimia

La distimia o trastorno depresivo persistente, según James et al (2015) “es un estado de ánimo deprimido que dura la mayor parte del día y que está presente continuamente el sentimiento”. En estos casos de distimia predominan sentimientos asociados a ineptitud, culpa, irritabilidad, y enfado, retraimiento social, acompañado de pérdida de del interés en actividades diarias siendo la persona un individuo inactivo, con falta de productividad. La Distimia se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que los pacientes se quejan de que siempre han estado deprimidos. La mayoría de los casos comienzan desde la infancia o adolescencia y ciertamente estos trastornos ya están presentes cuando el paciente llega a edades entre los 20 años. (p. 380)

La distimia puede aparecer como una complicación secundaria de otros trastornos psiquiátricos, sin embargo, el concepto de trastorno distímico como tal, hace referencia al trastorno depresivo subafectivo o subclínico de curso crónico de bajo grado durante al menos dos años, con un inicio gradual, un origen que data desde la infancia o desde la adolescencia con presencia de un curso persistente o bien intermitente, usualmente este tipo de padecimiento psiquiátrico tiene antecedentes familiares cargados de trastornos depresivos, bipolares.

Este trastorno como tal es consecuencia de alteraciones que se presentan durante el desarrollo de la personalidad del *yo* de la persona, que les terminan provocando dificultad en la adaptación de la etapa adolescente, y al inicio de la etapa de la edad adulta. La literatura profesional hace mención que los conflictos asociados a la depresión se centran en los rasgos orales y anales-sádicos, se hace referencia al significado de rasgos anales a todos los que comprenden un orden excesivo, culpa, y preocupación por los demás, los cuales son expresión de defensa ante la preocupación por los asuntos anales, la desorganización, la hostilidad y sobre todo la preocupación por uno mismo, es característico en los pacientes que sufren distimia la autoestima baja, anhedonia y la introversión que se vincula de manera importante con el desarrollo de carácter depresivo. (James et al, 2015)

El diagnóstico de la distimia se realiza con base a los criterios del DSM-5.

Tabla 5. Criterios diagnóstico DSM-5 para trastorno depresivo persistente (distimia)

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.
C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
E. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

F. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 108-109. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Según los autores, en los pacientes con distimia debe existir un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, el cual ocurre al menos durante 2 años, o bien 1 año, en el caso de niños y adolescentes. Para cumplir los criterios diagnósticos el paciente no debe tener síntomas que puedan explicar mejor el tipo de trastorno asociado a depresión mayor que este atravesando el paciente, nunca debería haber tenido un episodio ya sea de manía o hipomanía, para poder hablar de distimia.

A diferencia del trastorno depresivo mayor, en el caso de la distimia, ésta se caracteriza por que los síntomas son más significativos que los signos, lo que nos traduce que los trastornos por ejemplo de apetito, libido, no son característicos y que no se observan agitación o retraso psicomotor, que si se observan en el trastorno depresivo mayor.

Se habla entonces del trastorno de distimia en los casos donde los síntomas depresivos se encuentran atenuados, en donde también se aprecian síntomas endógenos sutiles, tales como “el letargo, la anhedonia, inercia, que suelen tener una manifestación más significativa por horas de la mañana”. Se puede hacer mención referente al cuadro clínico de la distimia como aquel cuadro variado, en el que la mayoría de los casos evoluciona a la depresión mayor, como también en otros casos manifiestan trastornos principalmente de la personalidad. (James et al, 2015, p.383)

Como parte de un tratamiento efectivo para pacientes con distimia se encuentra la Terapia Cognitiva, técnica en la cual se enseña a los pacientes formas nuevas de estructurar ideas, y pensamientos, a cómo comportarse, con la finalidad de desbancar las actitudes negativas de sí mismo, con el propósito de generar ideas no fatalistas sobre el mundo y más importante, sobre el futuro de su persona. (James et al, 2015)

De igual manera, se aplican técnicas de Terapia conductual la cual se centra en los objetivos específicos de “incrementar la actividad del paciente, brindar la oportunidad de experimentar situaciones y experiencias placenteras, además de introducirles a técnicas que les permita relajarse”, esto con la finalidad de alterar el comportamiento ordinario de pacientes que atraviesan

la depresión, pues varios estudios han demostrado que en esa técnica se encuentra el éxito de superación de estados depresivos. (James et al, 2015, p. 383)

La Terapia tanto familiar, como grupal, en pacientes con distimia permite a las familias afrontar y comprender de una mejor manera los síntomas del trastorno, esto principalmente con la intención de ayudar a los pacientes a adquirir nuevas formas de pensamiento que les permita superar problemas interpersonales en situaciones sociales, a las cuales eventualmente podrían exponerse. Dentro del tratamiento farmacológico, existen estudios que demuestran la efectividad terapéutica de estos trastornos con antidepresivos, siendo los ISRS los pilares en el tratamiento eficaz en pacientes con trastorno depresivo persistente. (James et al, 2015)

Trastorno Bipolar.

El trastorno bipolar se caracteriza por fases depresivas y maníacas, estos pacientes cursan con cuadros depresivos que son alternados con episodios de manía. En la mayoría de los casos, el paciente logra recuperarse por completo de la fase que esté atravesando, es decir, ya sea estado depresivo o maníaco. (James et al, 2015)

Esta patología no tiene un patrón de ritmo regular, si no que más bien los síntomas se pueden manifestar al azar. (Pérez et al, 2017)

Según y tomando como referencia el DSM-5 el trastorno bipolar se puede diagnosticar aún inclusive cuando se haya manifestado únicamente un episodio de manía sin que haya existido antes un cuadro depresivo, por lo que se puede decir de manera muy autoritaria que la manía a diferencia de la depresión, no es una enfermedad como tal, si no, que forma parte esencial en el trastorno bipolar. (Pérez et al, 2017)

Igualmente, en el DSM-5 la bipolaridad se divide en 2 tipos: Trastorno Bipolar I, éste se presenta en un paciente en el que al menos existe o existió un episodio de manía acompañado de uno o más episodios característicos de depresión, mientras que el trastorno bipolar II, se caracteriza por episodios depresivos repetitivos con uno o más episodios de manía. (Pérez et al, 2017)

Trastorno bipolar I.

Este trastorno se va a diagnosticar con base a los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5. (James et al 2015)

Tabla 6. Criterios diagnóstico para Episodio Maníaco en trastorno bipolar tipo I.

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).
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, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
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.

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.

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 71 - 72. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Tabla 7. Criterios diagnóstico para Episodio Hipomaniaco en trastorno bipolar tipo I.

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.

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 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, otro tratamiento).

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 72 - 73. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Para hablar de trastorno bipolar, es necesario la existencia de un periodo diferente del estado de ánimo anormal, en un periodo de al menos 1 semana. El trastorno bipolar I actualmente es el sinónimo de lo que en algún momento de la evolución de las enfermedades mentales se denominaba como únicamente trastorno bipolar, es decir, aquel síndrome en el que se presenta un conjunto complejo de síntomas de manía. Se debe tener claridad que aquellos episodios de manía desencadenados por tratamiento antidepresivo ya sea farmacológico, o bien con terapia de Electro Convulsión (TEC) no representan un trastorno bipolar tipo I. (James et al, 2015)

Trastorno bipolar tipo II.

Los criterios diagnósticos que especifican este trastorno están relacionados con la gravedad de la enfermedad, la frecuencia, y se centran en la duración de aquellos síntomas representativos de hipomanía. Éstos criterios diagnósticos están descritos por lineamientos del DSM-5 caracterizados por la presencia necesaria de un episodio hipomaníaco ya sea actual o pasado y criterios de un episodio depresivo mayor igualmente, actual o pasado. (James et al, 2015)

De igual manera, los efectos producto de la administración de antidepresivos con resultado de episodios de hipomanía no son diagnósticos de un trastorno bipolar II. Ambos cuadros de trastorno bipolar “se caracterizan por episodios de depresión y episodios de manía, por lo que es esencial mencionarlos”. (James et al, 2015, p. 356)

Cuadro clínico en bipolaridad.

Estados depresivos.

Éste estado se caracteriza por la pérdida de interés o placer, síntomas que son claves para describir la depresión. Manifiestan emociones de tristeza, desesperanza, sensación de ser alguien

que no vale la pena, los enfermos con frecuencia van a describir la depresión como un dolor tipo angustia, pero a pesar de ello son incapaces de experimentar el llanto.

En la fase de la depresión, hasta dos terceras partes de los enfermos ejecutan un acto suicida efectivo; los pacientes que son ingresados a hospitalización por intento fallido de autoeliminación tienen un mayor riesgo de ejecutar un intento suicida con éxito a lo largo de sus vidas, y aún más aquellos que no se ingresan a un hospital psiquiátrico después de realizar un IAE. (James et al, 2015)

Una de las principales quejas de los pacientes en fase depresiva es la falta de energía, que les imposibilita llevar acabo sus responsabilidades escolares, o laborales, expresan menor motivación para realizar proyectos de superación personal, de igual manera, hasta en un 80% de los casos, se hacen manifiesto los problemas relacionados con el sueño, es común los despertares matutinos precoces, sueño interrumpido durante horas de la noche, lo cual exacerba la incapacidad de poder sobrellevar sus problemas, además, asocian disminución de apetito acompañado con pérdida de peso, sin embargo, se ha documentado que algunas veces se da activación de aptito, con aumento de peso, a los cuáles se les denomina portadores de síntomas atípicos. (James et al, 2015)

Asociado a la fase depresiva está la ansiedad, la cual afecta hasta inclusive el 90% de los pacientes. Los cambios alimenticios, el reposo excesivo, incrementa o agrava las condiciones comórbidas de estos pacientes, tal es el caso de la diabetes, hipertensión o algunos casos las cardiopatías. En estos pacientes, en fase depresiva hay alteraciones sexuales que provocan disfunciones matrimoniales, que además es un factor que puede exacerbar la depresión. Una de las más grandes problemáticas asociadas a este proceso es que producto de la ansiedad suelen aparecer adicción a sustancias como el alcohol, que complican o entorpecen la evolución de la enfermedad y afectan el tratamiento contra la depresión. (James et al, 2015)

Los síntomas en estos pacientes se van a exacerbar durante horas matutinas y van a disminuir por horas de la noche, como consecuencia de todo lo anterior, igual manifiestan problemas cognitivos que les van a generar incapacidades al concentrarse, o inclusive, déficit de pensamiento.

Estado maníaco.

Cuando se habla de manía se hace referencia aquel estado de ánimo elevado, irritable, manifestado por el paciente. En esta fase “el paciente se encuentra eufórico, es tan fuerte la fase de manía que inclusive podría llevar a un profesional sin experiencia a pasar desapercibida la sospecha de la enfermedad”. Este estado de ánimo es irritable, especialmente si el paciente se encuentra en un periodo de frustración ante planes ambiciosos que expresan de manera abierta, cambios en su estado de ánimo que se caracterizan por euforia, hasta llegar a un estado de irritabilidad. (James et al, 2015, p. 364)

Durante la fase maníaca los pacientes tienen consumo excesivo de alcohol, algunas veces como un intento inútil de automedicarse. La euforia es tanta, que pueden llegar a quitarse la ropa en lugares abiertos y públicos, a llevar ropas y joyas llamativas, con combinaciones extravagantes, con la intención de ser el centro de atención. Se caracterizan por acciones impulsivas, pero con un trasfondo culposo, se encuentran sumamente preocupados con ideas religiosas, políticas, sexuales que evolucionan normalmente a delirios complejos, “una particularidad no del todo frecuente, pero común el acto de juegan con sus heces u orina en estas fases clínicas.” (James et al, 2015, p. 364)

Es de importancia tener conciencia que la mayoría de los pacientes en estado depresivo van a negar los sentimientos depresivos, de una manera muy exitosa, pero, en este caso, los familiares, o jefes de trabajo representarán un pilar fundamental ya que serán los que envíen a estos pacientes a recibir atención médica, con la finalidad de que reciban tratamiento, ya que su aislamiento social y disminución productiva son muy evidentes a su estado integral previo, por lo que siempre se debe, ante la sospecha de esta patología psiquiátrica consultar o involucrar el entorno social del paciente en investigación.

La edad de inicio de esta enfermedad usualmente está entre los 20 y 30 años de edad y tienen un alto riesgo de cometer actos suicidas, y muchas veces suele confundirse el trastorno bipolar con trastorno de la personalidad, adicción a sustancias, esquizofrenia, depresión y trastorno de ansiedad, por lo que se debe de prestar especial atención a los síntomas y en especial si aparecen síntomas claves combinados, que serán claves para lograr un diagnóstico. (James et al 2015)

Tabla 8. Síntomas clínicos predictivos del trastorno bipolar.

Edad de inicio más precoz
Depresión psicótica antes de los 25 años de edad
Episodio depresivo de corta duración de inicio y desaparición rápidos (<3 meses)
Estacionalidad
Síntomas atípicos
Labilidad emocional (ciclotimia)
Temperamento hipertímico
Estado depresivo mixto (excitación psicomotora, hostilidad irritable, pensamiento acelerado y excitación sexual durante la depresión mayor)

Nota: James et al, 2015, p. 370

Tratamiento.

El tratamiento farmacológico en estados de depresión mayor en la mayoría de los casos en un periodo de un mes logra la recuperación de éstos enfermos. La mayoría de los antidepresivos en el mercado actual en un periodo de entre 3 y 4 semanas ejercen sus efectos terapéuticos significativos. Los inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa (IMAO) siguen siendo más utilizados que los antidepresivos tricíclicos, sin embargo, los fármacos más modernos han llegado a darle un cambio favorable al tratamiento tanto para el paciente como para el médico. (James et al, 2015,)

Figura 3. Medicamentos antidepresivos.

Nombre genérico	Dosis diaria habitual (mg)	Efectos secundarios más frecuentes	Problemas clínicos
Inhibidores de la recaptación de serotonina			
Citalopram	20-60	Todos los ISRS pueden provocar insomnio, agitación, sedación, malestar gastrointestinal y disfunción sexual	Muchos ISRS inhiben varias isoenzimas del sistema citocromo P450. Son mejor tolerados que los tricíclicos y tienen una elevada seguridad frente a sobredosis. La semivida más breve de los ISRS puede asociarse a síntomas de abstinencia cuando se suspenden bruscamente.
Escitalopram	10-20		
Fluoxetina	10-40		
Fluvoxamina ^b	100-300		
Paroxetina	20-50		
Sertralina	50-150		
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina			
Amitriptilina	75-300	Somnolencia, HO, AC, ↑ peso, anticolinérgicos ^a	La sobredosis puede ser mortal. Precisa ajuste de dosis
Doxepina	75-300	Somnolencia, HO, AC, ↑ peso, anticolinérgicos ^a	La sobredosis puede ser mortal
Imipramina	75-300	Somnolencia, insomnio y agitación, HO, AC, malestar gastrointestinal, ↑ peso, anticolinérgicos ^a	La sobredosis puede ser mortal. Precisa ajuste de dosis

Nota: James et al, 2015, p. 374

Duración de tratamiento y profilaxis.

Según James et al (2017) “el tratamiento antidepresivo debe mantenerse al menos durante 6 meses, la farmacoterapia profiláctica tiene como objetivo minimizar el número como intensidad de las recaídas”. Con base a un estudio realizado se llegó a la determinación de que el tratamiento profiláctico se debe de indicar por un periodo de 5 años cuando los síntomas estén separados por intervalos menores de 2.5 años, de lo contrario, podría en vez de ser beneficioso, podría ser perjudicial para el paciente. Se implementará un tratamiento profiláctico de preferencia en aquellos pacientes con ideación suicida significativa o con deterioro psicosocial. (p.374)

Al momento que se decida suspender el tratamiento antidepresivo éste debe empezar a reducirse de manera gradual, en un periodo de al menos 1 o 2 semanas, esto tomando en cuenta la vida media del medicamento previamente administrado.

En el abordaje terapéutico farmacológico de los trastornos bipolares, existe una división, una parte del tratamiento es destinada para fases agudas y otra parte destinada al mantenimiento, sin embargo, el litio ha sido el medicamento de elección para ambas situaciones, debido a su potencia, y que se puede usar concomitantemente con antidepresivos, antipsicóticos, y benzodiazepinas. Actualmente en el manejo de la manía aguda se han añadido anticonvulsivos eutimizantes como carbamazepina, valproato y lamotrigina. (James et al, 2015)

Tabla 9. Fármacos utilizados en trastorno bipolar.

Fármaco		Efecto sobre la Manía	Efecto sobre la Depresión	Efecto sobre la Ansiedad
Antimaníacos				
Antipsicóticos antagonistas de los receptores D2 típicos	<ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol 	+++	---	±

Benzodiacepinias de alta potencia por aumento del flujo del Cl-, potenciación GABA	<ul style="list-style-type: none"> • Clonazepam • Lorazepam 	+++ +++	± ±	++ ++
Antipsicóticos antagonistas de los receptores D1, D2, y D4 y receptores 5-HT de tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Clozapina • Risperidona • Quetiapina 	+++ +++ +++	+ + +++	± + +++

Nota: James et al, 2015, p. 378

Medicamentos.

Carbonato de litio.

Es un medicamento eutimizante, es un medicamento de acción antimaníaca lento. Se debe de mantener un control constante de los niveles de litio terapéuticos, los cuales tienen un rango entre 0.6 – 1.2 mEq/l. El uso éste medicamento se ha limitado, por sus efectos secundarios perjudiciales, y la necesidad de un constante monitoreo de sus niveles sanguíneos dentro de rangos terapéuticos. (James et al, 2015)

Valproato.

El ácido valproico, ha venido a superar el efecto del litio en cuadros de manía aguda, este medicamento estará indicado únicamente en fases de manía aguda, su dosis habitual corresponde a 750 -2500 mg/ día. Se ha introducido que el uso de una carga oral rápida de entre 15 – 20 mg/kg de divalproato sódico desde el primer día del tratamiento está vinculado a una respuesta rápida en cuanto a mejoría de la sintomatología maníaca. Al igual que en el caso del litio, al utilizar el valproato es necesario realizar controles sanguíneos. (James et al, 2015)

Carbamazepina.

Este medicamento alrededor del mundo y por muchas décadas, ha sido utilizado como el tratamiento de primera línea en cuadros de manía aguda, siendo aprobado por los Estados Unidos en el año 2004. La dosis utilizada de este medicamento va desde los 600 hasta los 1800 mg/día, con concentraciones sanguíneas entre los 4 a 12 ug/ml. (James et al 2015)

Clonazepam y lorazepam

Estos anticonvulsivos de alta potencia son usados de igual manera en cuadros de manía aguda. Son realmente eficaces y se utilizan principalmente como terapéutica adyuvante, ya sea durante la manía aguda, el insomnio, la agresividad, o bien la angustia. Es un adyuvante exquisito cuando se tiene terapéutica con litio, la carbamazepina o bien el valproato, esto por su perfil de seguridad y los pocos efectos secundarios. (James et al, 2015)

Antipsicóticos atípicos y típicos.

Son olanzapina, risperidona, quetiapina, etc, representantes de antipsicóticos atípicos, poseen una eficacia excepcional ante cuadros de manía y se encuentran aprobados por la Food and Drug Administrations (FDA). (James et al, 2015)

El haloperidol y la clorpromazina son medicamentos más fiables, que los atípicos, se debe de tener en cuenta que este tipo de medicamentos pueden aumentar el peso, a la resistencia de insulina, desencadenando diabetes, a cuadros de hiperlipidemia, hipercolesterolemia, que conllevan a un deterioro cardiovascular, por lo que los análisis hemáticos deben de acompañar el abordaje médico cuando los pacientes reciben este tipo de tratamiento.

Tratamiento para la depresión bipolar aguda.

La terapéutica utilizada en cuadros de depresión bipolar en general, es realmente controvertida por su propensión a desarrollar eventos de manía o hipomanía. Es por esto, que la terapéutica antidepresiva se potencia con la administración concomitante de eutimizantes ante un primer episodio o un episodio aislado de bipolaridad. Es común la terapia combinada entre olanzapina y fluoxetina para tratar la depresión bipolar aguda durante un periodo de 8 semanas, sin llegar a inducir al enfermo a cuadros de manía o hipomanía. (James et al, 2015)

Comúnmente en pacientes con cuadros de depresión bipolar, usualmente no responden al efecto antidepresivo de medicamentos habituales para la depresión, en este caso, se puede utilizar lamotrigina en dosis de 20 a 80 mg/día, o bien se podría utilizar la TEC, principalmente en aquellos pacientes con depresión bipolar que no logran tener una adecuada respuesta con el uso del litio o algún otro tipo de medicamento eutimizante, más aún, cuando estos pacientes tienen tendencias suicidas. (James et al, 2015)

Tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar.

El tratamiento de mantenimiento tiene como finalidad evitar la recaída de episodios en los que hay alteración del estado de ánimo, que es el principal problema al que se expone el personal de salud en el abordaje de ésta enfermedad. Al momento de elegir el medicamento para el mantenimiento se debe de tomar en cuenta y no olvidar, los efectos secundarios perjudiciales más comunes de los medicamentos de elección, tales como: la “sedación, deterioro cognitivo, temblor, aumento de peso, lesiones cutáneas”, que al detectarlas nos obligan a cambiar el medicamento. (James et al, 2015, p. 379)

Son el litio, el ácido valproico y la carbamazepina ya sea en monoterapia, o en combinación, los medicamentos más usados en el tratamiento crónico de pacientes con trastorno bipolar. La lamotrigina es un medicamento que se utiliza en cuadros depresivos, principalmente como profilaxis, y como eutimizante, sin embargo, la evidencia ha demostrado que este medicamento tiene propiedades antidepresivas agudas y profilácticas a eventos maníacos. El tema del tratamiento antidepresivo en pacientes bipolares es controversial, sin embargo, se ha visto que la lamotrigina logra tener un efecto terapéutico único ante esta problemática. (James et al, 2015)

La dosis de lamotrigina es de “200mg/día, sin embargo, se debe de tener una estricta vigilancia al inicio terapéutico de este medicamento ya que por cada 10.000 pacientes adultos 2, manifiestan síndrome de Steven-Johnson”, es decir una potente necrosis epidérmica tóxica. (James et al, 2015)

En el caso del uso del litio, los pacientes son propensos a desarrollar hipotiroidismo, por lo que el acompañamiento con hormonas, como las tiroideas es común, por lo que los análisis hormonales deben ser constantes, y se hace recomendación de administrar triyodotiroina (T3) de entre 25-50ug/día, durante el uso del litio en fases agudas, y el uso de la tiroxina (t4) cuando el tratamiento se mantiene como uso crónico. (James et al, 2015)

Tabla 10. Principios del tratamiento de los trastornos bipolares.

Mantener el doble objetivo del tratamiento: agudo a corto plazo y profilaxis
Obtener la historia de la enfermedad retrospectiva y prospectiva
Manía como urgencia médica. Tratar primero; los fármacos después.

El tratamiento combinado disminuye los efectos secundarios
Aumentar la dosis en lugar de sustituir el tratamiento en pacientes resistentes
Mantener el litio en el régimen por sus efectos antisuicidio y neuroprotectores
Reducir lentamente el litio, si es necesario
Educar al paciente y a su familia acerca de la enfermedad y de la relación beneficio-riesgo de los tratamientos agudos y profilácticos.
Evaluar el cumplimiento y la tendencia suicida periódicamente
Hacer visitas periódicas; vigilar el curso y los efectos secundarios
Preguntar por el abuso simultáneo de alcohol y sustancias y actuar en consecuencia
Si la respuesta al tratamiento es inadecuada, ser agresivo en la búsqueda de alternativas más eficaces.

Nota: James, Alcott, y Ruiz, 2015, p. 380

Esquizofrenia

En este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%. En el estudio de Harris y Barraclough¹³, encuentran en su trabajo 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general. (García de Jalón, 2015, p. 90)

La esquizofrenia está relacionada con un 10% de las muertes por suicidio en pacientes con enfermedades psiquiátricas de fondo, con base a lo anterior se menciona la esquizofrenia aumenta en 8,5 veces la posibilidad de realizar un suicidio, en relación a la población en general, motivo por el cual hace de suma importancia la inclusión de este trastorno mental dentro de las bases referenciales de éste proyecto, la Esquizofrenia además de relacionarse dramáticamente con el suicidio, o bien intento de suicidio, también corresponde a uno de los trastornos mentales más frecuentes en nuestra época.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser

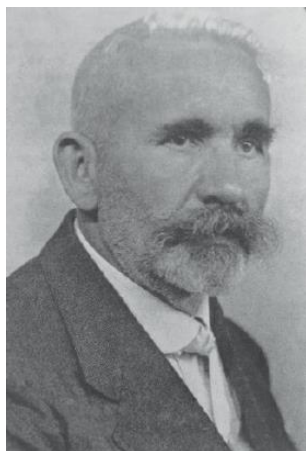
joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad. Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolépticos. Tras su introducción, los estudios orientaban a que podía aumentar el riesgo de suicidio, sobre todo por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez. (García de Jalón, 2015, p. 90)

Históricamente relacionado con la esquizofrenia, se pueden encontrar distintas descripciones de síntomas, que al día de hoy son percibidos fácilmente en los pacientes con este diagnóstico; los galenos han descrito, desde delirios de grandeza y paranoia, hasta deterioros funcionales cognitivos, y trastornos de la personalidad, como características propias del trastorno esquizofrénico.

A lo largo de la historia se han establecido diferentes términos para describir el trastorno esquizofrenia. En sus inicios es Emil Kraepelin quien presenta el término de *Morel démence precoce*, como demencia precoz, el cual representa un cambio cognitivo y el inicio temprano de un trastorno. Logra identificar pacientes con deterioro precoz haciendo referencia como aquellos cuya evolución se caracteriza por un deterioro a largo plazo, y que además presentan síntomas clínicos de alucinaciones y delirios. (James et al, 2015)

Lo anterior nos abre la visión a entender que desde que se inicia a describir este trastorno, lo que caracteriza a los pacientes es un deterioro que se va documentando con el tiempo, y no de inicio agudo, si no crónico, el cual además se caracteriza por manifestaciones de delirios y alucinaciones.

Figura 4. Emil Kraepelin.



Nota: James et al, 2015, p. 301

Es Eugene Bleuler, quien aporta el término esquizofrenia, el cual llega a desplazar el anterior “demencia precoz” en la literatura médica. Él hace uso del término esquizofrenia para separar el significado de lo que Emil previamente había determinado, haciendo mención que el trastorno no necesariamente es un conjunto de alteraciones en las emociones, y el comportamiento en los pacientes con este trastorno, y que no necesariamente existe la presencia de una evolución de deterioro. (James et al, 2015)

Bleuler propone lo anterior porque podría existir una confusión entre lo que es el desdoblamiento de personalidad, y el trastorno de demencia establecido por Emil, el cual según Bleuler es completamente diferente a la esquizofrenia, o al menos, al concepto de esquizofrenia que personalmente tuvo.

Figura 5. Eugene Bleuler.



Nota: James, Alcott y Ruiz, 2015, p. 301

No es hasta entre los años de 1883-1969 que Karl Jaspers logra identificar y plantear lo que vienen siendo las primeras bases que permitieron en aquella época entender a grandes rasgos el significado psicológico por el cual se manifestaban los signos delirantes y alucinógenos, los cuales son característicos en personas con trastorno de esquizofrenia. (James et al, 2015)

Figura 6. Karl Jaspers.



Nota: Moreno y Ramírez, 2001, p.1

Epidemiología.

Sexo y edad.

No existe una diferencia en la prevalencia del trastorno de esquizofrenia en término de edad ni sexo, sin embargo, tanto el inicio como evolución de esta enfermedad si tiene distinción; en ambos casos, en los hombres el inicio y evolución ocurre primero que en el caso de las mujeres.

se estima que la edad durante la cual inicia la enfermedad es aproximadamente entre los 10 y 25 años de edad en los hombres, mientras que, en el caso de las mujeres, los síntomas empezarán a desarrollarse entre los 25 y 35 años de edad. En el caso de las mujeres con esquizofrenia, hasta de un 3 a un 10% de los casos inician la enfermedad en edades por sobre los 40 años de edad. (James et al, 2015, p. 301)

El desarrollo de la esquizofrenia por debajo de los 10 años, o bien por sobre los 60 años de edad es muy poco frecuente. El buen manejo clínico como la respuesta al manejo adecuado de la enfermedad tiene una respuesta más favorable en las mujeres que en los pacientes masculinos. Si los síntomas de esquizofrenia empiezan a manifestarse por sobre los 45 años, el trastorno se denomina esquizofrenia de aparición tardía. (James et al, 2015)

Factores de Riesgo:

Abuso de sustancias.

Consumir de forma abusiva ciertas sustancias es muy común en casos de esquizofrenia, el abuso de sustancias se vincula directamente al déficit funcional de estos pacientes. Según estudios poblacionales realizados, demuestran que “existe una prevalencia a lo largo de la vida de hasta en un 40% de abuso de alcohol en los casos del trastorno de esquizofrenia”, y además el alcohol, incrementa el riesgo de hospitalización de estos pacientes, esta sustancia a la vez puede volverlos muchísimo más vulnerables a manifestar síntomas psicóticos. (James et al, 2015)

Las investigaciones relacionadas al abuso de sustancias y la esquizofrenia han puesto mucho más empeño en determinar la relación entre el uso del cannabis y la esquizofrenia. Muchas de las personas que fueron partícipes de estas investigaciones mencionaron haber consumido grandes cantidades de cannabis, y esto les predisponía inclusive a un riesgo más elevado de hasta

inclusive 6 veces más el poder desarrollar esquizofrenia, en contraposición de las personas que no consumen esta droga. (James et al, 2015)

Biológicos.

Hipótesis de la dopamina.

Como principio fundamental de la esquizofrenia, es su origen, el cual es debido a la presencia de una excesiva actividad dopaminérgica, esto se logró explicar a través de proyectos de investigación, donde se hace una observación puntual en la eficacia de muchos antipsicóticos, que como bien se sabe, la función de los mismos es funcionar como antagonistas del receptor de dopamina, principalmente de la dopamina tipo 2. Ahora bien, las teorías no explican a detalle si dicha hiperactividad dopaminérgica es producto de liberación excesiva de dopamina, o bien, la hipersensibilidad de los receptores de dopamina, o en todo caso, una combinación de ambas causas. (James et al, 2015)

Se explica en relación a la esquizofrenia que, en la gran mayoría de los casos se ven implicadas las vías mesocorticales y mesolímbicas, y se explica que la descarga excesiva de dopamina en los pacientes que sufren de esquizofrenia se relaciona directamente con los síntomas psicóticos positivos, por supuesto, de una manera mucho más severa a mayor cantidad de descarga de dopamina. A través de investigaciones con tecnología radiológica, y en especial a tomografías por emisión de positrones, en pacientes con esquizofrenia se ha logrado comprobar que existe un aumento de receptores de dopamina tipo 2, principalmente en el núcleo caudado aun cuando éstos no consumen ninguna sustancia. (James et al, 2015)

Serotonina.

Las principales hipótesis producto de investigaciones explican que existe un exceso de serotonina la cual origina los síntomas tanto positivos como negativos en pacientes con esquizofrenia, esto se ha logrado constatar a través del efecto antagonista de la serotonina de la clozapina y otros antipsicóticos de segunda generación, ya que a través del uso de este tipo de medicamentos se ha logrado controlar los síntomas positivos en los pacientes; justificante lo suficientemente sólida para dar credibilidad a ésta hipótesis. (James et al, 2015)

Glutamato.

A través de investigaciones se logró evidenciar que la ingesta de antagonistas del glutamato, como lo es la fenciclidina, produjo síndromes agudos parecidos al trastorno de esquizofrenia, por lo que se concluye que el glutamato tiene una función esencial en la hiperactividad, y neurotoxicidad que puede llegar a provocar su disminución en el cerebro. (James et al, 2015)

Sistema límbico.

Como bien es conocido, el sistema límbico tiene una función esencial en el control de las emociones de los seres humanos, por lo que se ha desarrollado la hipótesis de que éste sistema participa de una manera significativa en el origen fisiopatológico de la esquizofrenia. “Se ha realizado necropsias en pacientes que fueron esquizofrénicos los cuales han dado como resultado una clara disminución en el tamaño de estructuras como el núcleo amigdalino, la circunvolución parahipocampal, y el hipocampo”, éste hallazgo, con fuerza y da un mayor refuerzo a los estudios que previamente se hicieron con pacientes esquizofrénicos a través de estudios de imagenología, en los que de igual manera se observó disminución de las mismas regiones anatómicas. (James et al, 2015, p. 304)

Con lo anterior se refuerza que en el caso de pacientes con esquizofrenia sus hipocampos no solamente tienen un tamaño menor que el promedio, sino que, además, tienen su función alterada, principalmente en su función relacionada con el glutamato.

Corteza prefrontal.

Este apartado se ha logrado estudiar de igual manera, tras realizar estudios postmortem de pacientes con esquizofrenia, en estos estudios se han demostrado anomalías en anatomía de la corteza prefrontal, los cuales evidencian presencia de anomalías funcionales en la región prefrontal del cerebro, éstos hallazgos se han comparado con aquellos casos de lobulotomía prefrontal o casos con síndromes lobulares frontales, en los cuales los síntomas que se desarrollan y por ende manifiestan son muy similares a los que se desarrollan en el trastorno de esquizofrenia. (James et al, 2015)

Teorías psicosociales y psicoanalíticas:

Dinámica familiar.

Tras análisis investigativos se ha logrado observar que en niños que no tuvieron una relación adecuada con sus madres manifestaron un riesgo aumentado de desarrollar esquizofrenia, como también, niños de madres esquizofrénicas que son adoptados al momento de su nacimiento tuvieron una vulnerabilidad aumentada de desarrollar la enfermedad, aún más si crecían en circunstancias adversas, en comparación los adoptados que pudieron crecer en familias adoptivas estables. Lo anterior refuerza el dato de que el ámbito familiar juega un papel esencial en el desarrollo de la enfermedad. (James et al, 2015)

Expresión afectiva.

Es conocido que, en el caso de familiares, es decir padres, hermanos, o bien inclusive, cuidadores de personas con trastorno de esquizofrenia, pueden llegar a ser sumamente críticos, e inclusive hostiles con las víctimas de estos trastornos. Se ha estudiado el comportamiento de los niveles de expresión afectiva en familias de pacientes con esquizofrenia, revelando que “a menor nivel de expresión afectiva por parte de familiares con los enfermos, aumenta de manera drástica las recaídas de esquizofrenia”, de ahí la importancia en instaurar en estas familias una adecuada forma de expresar lo que se va a decir y además la manera conveniente de transmitir dichos pensamientos a sus familiares con trastorno de esquizofrenia, esto con el fin de prevenir la posible exacerbación de los síntomas de estos enfermos, con una excesiva expresión afectiva. (James et al 2015, p. 307)

Diagnóstico.

El diagnóstico de ésta enfermedad utiliza los criterios diagnósticos presentes en el manual DSM-5.

Tabla 11. Criterios diagnóstico para esquizofrenia.

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).
1. Delirios.

2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., 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).
C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses.
D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
E. 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 son 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).

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 54 – 55. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Clínica.

Uno de los problemas relacionados con el cuadro clínico es la inexistencia de un síntoma o signo patognomónico del trastorno como tal, ya que todo síntoma o signo de esta enfermedad se presenta en otros trastornos ya sean psiquiátricos o bien neurológicos, es por esto que los antecedentes de los pacientes sospechosos de esquizofrenia son fundamentales para realizar el diagnóstico, es importante para el médico conocer el nivel educativo del paciente, capacidad intelectual y si pertenece a un grupo cultural, ya que a partir de estos se pueden hacer anotaciones en alteraciones que puedan ser percibidas como extrañas dentro del contexto en el cual habitualmente se desarrolla el individuo en cuestión. (James et al, 2015)

Síntomas y signos premórbidos.

Estos se hacen presentes con anterioridad a la fase prodrómica de la enfermedad como tal, es decir éstos están presentes antes de que se haga manifiesta el proceso patológico como tal, y que deben analizarse adecuadamente, o bien, determinarse con premura, pues son parte del trastorno evolutivo de la esquizofrenia. Estos antecedentes premórbidos son variables y se habla de ellos en aquellas personas con comportamientos tranquilos, pasivos, introvertidos, que usualmente durante los primeros años de vida tuvieron escasas amistades. (James et al, 2015)

Es común que durante el periodo de adolescencia no hayan tenido amistades próximas o no tuvieran experiencias de salir con personas, como también es común que evitaran deportes en equipo, es más común que disfrutaran de actividades como ver películas, televisión, escuchar música o inclusive llegaran a evitar por completo cualquier actividad social. La actividad obsesivo-compulsivo es uno de los signos prodrómicos de personas con el trastorno de esquizofrenia. Es muy común que estos signos se inicien concomitante con síntomas somáticos, es decir el paciente a la vez refiere cefalea, mialgia, dorsalgia, debilidad, e inclusive problemas digestivos. (James et al, 2015)

El entorno social de las personas con este trastorno percibe un cambio de la persona, principalmente porque el paciente no rinde de manera adecuada en actividades laborales, sociales y personales, durante ésta etapa de evolución de la enfermedad, el enfermo “se interesa de manera poderosa por la filosofía, la religión, o bien inclusive por actividades relacionadas con el esoterismo”, dentro de los síntomas y signos de igual manera es común la presencia de un lenguaje desorganizado acompañado de ideas extrañas, los cuales también son percibidos por su entorno social y familiar. (James et al, 2015, p. 312)

Estado de ánimo, sentimientos y afecto.

Parte de los síntomas afectivos más comunes en pacientes con esquizofrenia es la carente reacción ante las emociones, inclusive el paciente puede llegar a un estado de anhedonia, como también, otro de los síntomas afectivos que manifiestan estos enfermos son las emociones inadecuadas tales como la ira, la felicidad y la ansiedad extrema. (James et al, 2015)

Uno de los síntomas más significativos es el aplanamiento afectivo, y como consecuencia de los fármacos antipsicóticos se desarrolla la represión y esto puede significar un reto para el

diagnóstico si se diera en dado caso un mal manejo médico por una incorrecta impresión diagnóstica. (James et al, 2015)

Impulsividad, violencia, suicidio y homicidio.

Los enfermos de esquizofrenia pueden manifestar conductas agitadas, y un mínimo control de sus impulsos, esto cuando se encuentran en estados de fase activa. La escasa sensibilidad social y responder de una manera impulsiva, como es el hecho de tirar alimentos al suelo, apropiarse de pertenencias de los demás de manera abrupta e inesperada. Lo anterior no deja de lado la inminente actitud impulsiva hacia los intentos de autoeliminación, o el homicidio, que vienen siendo consecuencia de las alucinaciones que acompañan al pensamiento y actuar del paciente. (James et al, 2015)

Suicidio en trastornos esquizofrénicos:

Este mecanismo es la principal causa de muerte prematura en pacientes esquizofrénicos. Según James et al (2015), “en un porcentaje de entre el 20 hasta el 50% de los enfermos se les atribuye que en un 13 % ejecutarán un plan suicida en el futuro”. Usualmente el suicidio en pacientes esquizofrénicos se desarrolla de manera repentina, sin conductas previas de aviso, ni manifestaciones verbales sobre la intención de autolesión, se sabe que el factor más importante en estos casos son los episodios depresivos profundos, es decir el suicidio en pacientes con antecedente de trastorno esquizofrénico no tienen un comportamiento común. (p.314)

A través de análisis epidemiológicos se ha demostrado que hasta en un 80% de los pacientes con esquizofrenia pueden manifestar episodios de depresión profunda en el curso de sus vidas, siendo mucho más riesgoso el hecho de la sensación de que no está logrando cumplir con las expectativas de como anhela que sea su vida, empiezan a percibir bajo este estado de ánimo que existe muy escasa probabilidad de que sus sueños se vuelvan realidad, por lo que empieza la pérdida de la fe, la eficacia en sus labores, y por ende su deterioro integral, que además esto genera un impacto negativo en el apego al tratamiento brindado.

Tratamiento.

En los pacientes con esquizofrenia son los antipsicóticos los principales medicamentos utilizados en su esquema terapéutico, sin embargo, a través investigaciones se ha determinado que además del tratamiento farmacológico el paciente debe de acompañarse de intervenciones

psicosociales, donde se incluya la psicoterapia, que gracias a ella se puede incluso lograr una mayor eficacia clínica en el tratamiento de su enfermedad. (James et al, 2015)

La terapia farmacológica viene a regular los desequilibrios bioquímicos de los pacientes con trastorno de esquizofrenia, y se va a fortalecerse la parte no biológica con las estrategias psicoterapéuticas que se le puedan brindar a lo largo de su vida, es por esto que con solidez se hace mención de que siempre existirán mejores resultados en estos pacientes con el uso combinado de antipsicóticos y tratamientos psicosociales, en comparación con terapéuticas que utilicen exclusivamente la monoterapia.

Tratamiento farmacológico:

Un cirujano el cual inició con la administración de clorpromazina en sus pacientes previo a la realización de procedimientos quirúrgicos notó que existía una notable disminución de cuadros de ansiedad en sus pacientes. A partir de este hallazgo, y más adelante se hace a observación en relación con este medicamento clorpromazina que es realmente eficaz disminuyendo la aparición de delirios, agitación y alucinación en pacientes esquizofrénicos, a la vez, se documenta que éste medicamento genera como efecto secundario síntomas de parkinsonismo. (James et al, 2015, p. 318)

Los antipsicóticos vienen a generar una notoria disminución en la manifestación de síntomas psicóticos, y reducen notablemente las tasas de recaída de esta enfermedad, hasta en un 70% de los pacientes esquizofrénicos en fase psicótica con los fármacos antipsicóticos tienen una remisión efectiva de esta fase.

Es importante tomar en cuenta que los medicamentos utilizados se caracterizan por tener la capacidad de generar un efecto antagonista de los receptores dopaminérgica postsinápticos del cerebro. Los antipsicóticos se clasifican en dos grupos, uno de ellos son los antipsicóticos convencionales, a los que se les denomina como antipsicóticos de primera generación, o bien antagonistas de los receptores dopaminérgicos, y en segunda posición los antipsicóticos más nuevos, los llamados antipsicóticos de segunda generación o bien antagonistas de los receptores serotoninérgicos-dopaminérgicos. (James et al, 2015)

Trastorno de ansiedad

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado. (García de Jalón, 2015, p. 90)

Debido a que los trastornos de ansiedad tienen relación con cuadros depresivos, estos tienen de igual manera, relación con mayor vulnerabilidad para cometer un acto suicida consumado, por lo que al igual que los anteriores, los pacientes ansiosos en crisis, deben de tener una adecuada intervención, valorando siempre la posibilidad de que pueda ser un paciente con probable actitud suicida.

La ansiedad se asocia a una morbilidad realmente significativa en el grupo de enfermedades psiquiátricas, los pacientes que padecen algún trastorno de ansiedad son pacientes de atención crónica y con recaídas frecuentes a pesar del tratamiento. El trastorno de ansiedad puede relacionarse con los siguientes grupos de trastornos mentales: pánico, agorafobia, fobia específica, ansiedad o fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizado; que para efectos de esta investigación los incluidos y más relacionados con el suicidio son el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y la ansiedad generalizada. (James et al, 2015)

En general la sociedad, alrededor del mundo experimenta ansiedad, la cual se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, una sensación desagradable, vaga, acompañada de síntomas de origen vegetativo como diaforesis, taquicardia, cefalea, opresión torácica, malestares gástricos, etc., y que se van a manifestar desde un punto de vista más palpable con la incapacidad de estar sentado, o de pie por espacios de tiempo prolongado. (James et al, 2015)

Figura 7. Síntomas comunes en cuadro de ansiedad.

- ▶ Diarrea
- ▶ Epigastralgia
- ▶ Hiperhidrosis
- ▶ Hiperreflexia
- ▶ Inquietud (p. ej., caminar de un lado a otro)
- ▶ Midriasis
- ▶ Palpitaciones
- ▶ Parestesias de las extremidades
- ▶ Polaquiuria, retraso en el inicio de la micción, urgencia miccional
- ▶ Síncope
- ▶ Taquicardia

Nota: James et al, 2015, p.388

La ansiedad en condiciones normales representa una señal de alerta, puede ser indicativa de un potencial peligro, permite adoptar una medida previa ante una amenaza. La diferencia entre ansiedad y miedo es que el miedo provoca una respuesta a una amenaza conocida, o bien definida, mientras que la ansiedad es una respuesta ante algo que no es conocido, interno, o bien conflictiva. (James et al, 2015)

Para que un acontecimiento sea clasificado como estresante va a depender de la naturaleza del mismo, y de las herramientas del individuo, las cuales se representan como sus defensas psicológicas, y mecanismo de afrontamiento. Se debe hacer mención al yo, puesto que el yo es el que va a determinar la manera en la que el individuo percibe, piensa y actúa ante los acontecimientos de su entorno, y del yo, es que nacen los impulsos internos que, de igual manera, será el yo quien tenga autodomínio de ellos. (James et al, 2015)

Un individuo en el que el yo funciona de manera adecuada, logra tener un equilibrio que le permite adaptarse fácilmente al mundo externo y el interno, pero, si ese yo no funciona de manera equilibrada, será un factor para que el implicado desarrolle y experimente cuadros de ansiedad.

Es necesario comprender el tema en general se debe hacer una división de lo que son problemas interpersonales y problemas intrapsíquicos, “los interpersonales van a ser aquellos problemas que son provocados por causas externas”, es decir por las presiones que ejerce el mundo exterior sobre el yo del individuo, y los intrapsíquicos van a estar “representados por aquellos conflictos de origen interno, a éstos también se les denomina problemas intrapersonales”. En el trastorno de ansiedad, es posible que exista una combinación de ambos y es por ello que es necesario conocer esta terminología. (James et al, 2015, p.388)

Síntomas de la ansiedad:

Éstos pueden ser aquellos de los que se tiene conciencia, es decir, las sensaciones fisiológicas, como lo son las palpitaciones y la diaforesis, y el hecho de estar asustado, las sensaciones de vergüenza pueden exacerbar la ansiedad, esto porque en la mayoría de los casos de personas ansiosas, en situaciones de vergüenza, lo que piensen los demás al verlo bajo alguna situación en particular, puede aumentar la ansiedad como tal. (James et al, 2015)

Los efectos de la ansiedad pueden ser tan poderosos que llegan a afectar sistemas motores y viscerales del individuo, pueden provocar un estado de confusión y de alteración la percepción en cuanto a su entorno, o inclusive al aprendizaje, esto le implica al individuo dificultades para

lograr concentrarse, o memorizar, por lo que la ansiedad es un factor que puede imposibilitar al individuo a tener un adecuado desempeño en sus labores educativas, o de trabajo.

Consideraciones científico-biológicas del trastorno de ansiedad.

Sistema Nervioso Autónomo.

La estimulación de éste sistema produce síntomas a nivel de múltiples sistemas del cuerpo, tal es el caso por ejemplo y muy ligado a la ansiedad, es que a nivel cardiovascular su estimulación provoca taquicardia, a nivel muscular induce cefaleas, gastrointestinal provoca diarrea, e inclusive el sistema respiratorio, provocando cuadros de taquipnea. En los pacientes con trastorno de ansiedad, particularmente se piensa que tienen un tono en su sistema nervioso simpático aumentado. (James et al, 2015)

Neurotransmisores.

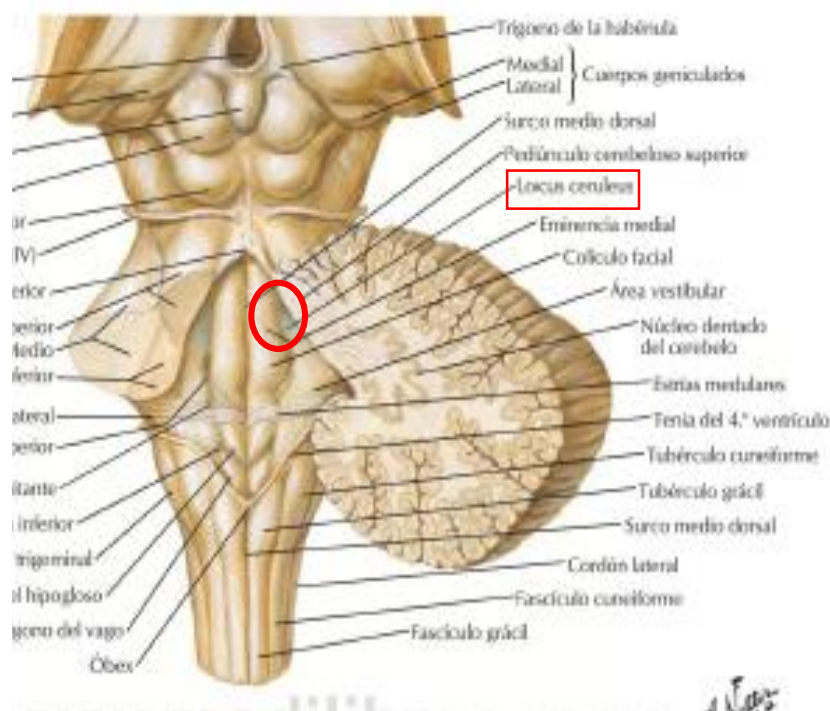
En el trastorno de ansiedad los neurotransmisores implicados son la noradrenalina, la serotonina y el ácido-aminobutírico (GABA). (James et al, 2015)

Noradrenalina.

Los ataques de pánico, el insomnio, sobresaltos, hiperreactividad que se manifiestan en pacientes con trastorno de ansiedad son en respuesta la actividad noradrenérgica, se ha descrito tras estudios realizados en animales, que los pacientes con trastorno de ansiedad tienen un sistema noradrenérgico mal regulado, en los que muchas veces puede haber exceso en su actividad. (James et al, 2015)

De igual manera se ha determinado que las neuronas del sistema noradrenérgico están localizadas en estructuras anatómicas como el locus cerúleo, protuberancia rostral y que sus axones de estas regiones se proyectan hacia la corteza cerebral, el sistema límbico, tronco y médula espinal; los estudios experimentales han descrito que, tras la estimulación del locus cerúleo, se produjo una respuesta de miedo en los animales, y tras la ablación de dicha área, se inhibió o bloqueó la capacidad de generar una respuesta al miedo, por lo que se relaciona el núcleo cerúleo con la ansiedad, ya que es gracias a éste que se experimenta el miedo. (James et al, 2015)

Figura 8. Locus Cerúleo.



Nota: F. Netter, 2014, p.116.

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS).

Se ha demostrado según James et al (2015) “que el estrés psicológico aumenta la formación y liberación del cortisol”, cuando el cortisol es liberado se empiezan a utilizar los depósitos de energía, esto de igual manera favorece generar un estado de hiperactividad, vigilia, y formación de memoria, se genera una inhibición del crecimiento, y del apetito sexual. Cuando en el organismo de un individuo existe una excesiva y sostenida secreción de cortisol, los efectos pueden en vez de ser beneficiosos, perjudiciales, predisponiendo al individuo a estados de hipertensión arterial, osteoporosis, inmunodepresión, resistencia a insulina, incluso, aterosclerosis con su respectivo efecto negativo a nivel cardiovascular. (p.390)

Hormona liberadora de corticotropina (CRH).

Esta hormona es una de las más importantes en cuanto a mediadores fisiológicos del estrés, “esta hormona coordina los cambios adaptativos conductuales, y fisiológicos que se ejecutan durante procesos de estrés”. En el hipotálamo las concentraciones de CRH aumentan ante eventos de estrés, típicos en crisis de ansiedad, por ende y a través del eje HHS, se produce una liberación de cortisol, y de deshidroepiandrosterona. La liberación de CRH llega a inhibir funciones como la

ingestión de alimentos, actividad sexual, y por ende la reproducción, e inclusive llega a alterar el funcionamiento adecuado de algunos sistemas endocrinos. (James et al, 2015, p. 390)

Serotonina.

La serotonina se ha empezado a investigar luego de observar los efectos terapéuticos de medicamentos antidepresivos con principios activos serotoninérgicos y su efecto en trastornos de ansiedad. Esto se empezó a investigar luego de observar la efectividad de la buspirona, medicamento el cual es un agonista de receptores 5-HT_{1A}, en el trastorno de ansiedad, a partir de ahí se empezó hacer la asociación entre la serotonina y los trastornos de ansiedad. Sin embargo, aún no existe un patrón claro en cuanto a la función de los receptores 5-HT y el trastorno de ansiedad. (James et al, 2015)

GABA.

Este neurotransmisor es indiscutiblemente uno de los más importantes en el trastorno de ansiedad, ya que medicamentos como las benzodiacepinas, los cuales potencian la actividad GABA en su receptor gabaérgico tipo A, han demostrado una eficacia verdadera frente a algunos de los tipos de trastorno de ansiedad. (James et al, 2015)

Consideraciones neuroanatómicas.

Son las estructuras como el locus cerúleo y el núcleo de rafe, lo que se proyectan hacia el sistema límbico y corteza cerebral. Estas áreas en especial son el centro de atención en las hipótesis de las regiones neuroanatómicas en las que se encuentra la fisiopatología de los trastornos de ansiedad. (James et al, 2015)

Sistema límbico.

Este sistema recibe inervación noradrenérgica y serotoninérgica, y contiene una alta concentración los receptores GABA-A, en varios estudios realizados, no en seres humanos, han documentado que tras la ablación o bien la estimulación de este sistema se ha observado que genera respuesta al miedo o ansiedad. (James et al, 2015)

Trastorno de ansiedad social:

El trastorno de ansiedad social, denominado también como fobia social, “es el trastorno que implica miedo a situaciones sociales, incluidas aquellas circunstancias en las que el individuo tiene que tener contacto con desconocidos”. La ansiedad social, se difiere de fobia social por el intenso

miedo que manifieste el enfermo al momento de experimentar una situación en específico. (James et al, 2015, p.405)

Los enfermos con este trastorno manifiestan miedo inclusive de sentir vergüenza en situaciones sociales, como reuniones, presentaciones orales, o conocer gente nueva, experimentan un miedo específico a realizar actividades ordinarias y simples como comer o hablar ante personas, esto usualmente unido al sentimiento de pasar vergüenza. Se ha descrito que este miedo característico del trastorno de ansiedad social es más dirigido al bochorno que se pueda sentir si la situación se sale de control, que la situación en sí.

Epidemiología.

En la población en general el porcentaje de enfermos corresponde a un 3 o 13%, en cuanto al género, son más propensas a esta afección las mujeres que los varones, se desconoce el motivo del porqué afecta más a mujeres, la edad de inicio de los síntomas ronda entre los 5 a 35 años de edad. (James et al, 2015)

Etiología.

Se ha analizado a través de estudios que los individuos con padres con trastorno de pánico pueden desarrollar timidez patológica conforme crece, se ha establecido de igual manera, que los padres de pacientes con fobia social se caracterizaban por ser menos afectuosos, y más sobreprotectores con sus hijos, a diferencia de los pacientes que no sufren ese trastorno. (James et al, 2015)

Factores neuroquímicos.

Es a través de la eficacia de ciertas terapéuticas farmacológicas que se han desarrollado algunas hipótesis relacionadas con la neuroquímica en el trastorno de ansiedad social; se han estudiado los receptores B-adrenérgicos, como el propranolol, para fobias, por ejemplo, al hablar en público, esto ha permitido desarrollar la teoría de la función adrenérgica en este tipo de fobia. (James et al, 2015)

De igual manera, “se ha observado que los IMAO llegan a ser más efectivos que los antidepresivos tricíclicos”, esto a través de la recolección de resultados clínicos en pacientes con trastorno de ansiedad social que utilizaron alguno de los dos medicamentos, lo que ha permitido

plantear la participación de la actividad dopaminérgica en la fisiopatología de éste trastorno. (James et al, 2015, p.405)

Diagnóstico.

El diagnóstico de este trastorno se basa en los criterios ya establecidos según el DSM-5. (James et al, 2015)

Tabla 12. Criterios diagnóstico para Trastorno de ansiedad 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).
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).
C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
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.
G. 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.

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.

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 132 – 133. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Se debe tomar en cuenta al momento del diagnóstico que la población en general puede padecer cierto grado de ansiedad social, es importante, considerar siempre si estos cambios asociados a ansiedad se manifestaron después de cambios de vida como el matrimonio, cambios ocupacionales en los que las demandas de interacción social aumentan. La ansiedad se convierte en un trastorno cuando impide al individuo participar en actividades deseadas o causa un malestar destacado durante actividades.

La ansiedad social puede iniciarse en edades tempranas, es decir desde la infancia o bien después de la adolescencia, este tipo de trastorno es explicado como crónico, según múltiples estudios, también se hace especial atención en que este trastorno puede llevar a distorsionar la vida del implicado durante muchos años, interrumpiendo logros académicos, rendimiento laboral y por supuesto el desarrollo social.

Tratamiento.

El tratamiento debe estar guiado tanto con psicoterapia como con la parte farmacológica, la mezcla de ambas logra ser bastante efectiva para las fobias sociales. Los medicamentos electivos para el tratamiento del trastorno de ansiedad social son principalmente los ISRS, las Benzodiazepinas, la Venlafexina, y la buspirona. Se considera por mayoría que los ISRS son el tratamiento electivo para pacientes con fobia social. (James et al, 2015)

En casos graves de fobia social se ha visto una mayor eficacia a través de la utilización de “TMAO, como la fenelzina, o la brofaromina, las dosis terapéuticas van entre los 45 a 90 mg/día”, donde hasta el 50 a 70% de los enfermos tienen una reversión de la sintomatología de manera efectiva en un periodo de 5 a 6 semanas. (James et al, 2015, p. 405)

Ante la exposición a situaciones que puedan producir fobia, pero que se entiende que son necesarias, se utilizan medicamentos antagonistas de receptores B-adrenérgicos, esto poco antes, por ejemplo, de una exposición a un estímulo fóbico, se utilizan con frecuencia el “atenolol de 50 a 100mg por la mañana o al menos 1 hora antes de la situación, al igual que el propranolol de 20 a 40 mg día”, con la finalidad de efectuar el acto necesario con mayor éxito. (James et al, 2015, p. 405)

Las técnicas cognitivas, conductuales, son realmente útiles para estos pacientes, además la psicoterapia con metodologías conductuales y cognitivas en estos pacientes, desarrollan un reentrenamiento cognitivo en el enfermo, que logra desarrollar habilidades favorables para este trastorno.

Trastorno de ansiedad generalizada

Este trastorno se caracteriza según James et al (2015) “por la actitud de preocupación excesiva por parte del paciente ante múltiples acontecimientos y o actividades del día a día, la mayor parte del día y con un periodo mínimo de 6 meses de haber presentado los síntomas”, los síntomas somáticos como la tensión muscular, irritabilidad, trastornos en el sueño, y la agitación son comunes, para explicar este trastorno el individuo no debe de estar bajo los efectos de ninguna sustancia, ni tampoco se explica a partir de alguna afección orgánica, este trastorno es difícil de manejar, y por sus alcances logra deteriorar áreas de gran importancia para la vida del implicado. (p.407),

Etiología.

No es bien conocido el origen específico de este trastorno, lo que explica un poco la etiología es la diferencia entre ansiedad normal y la ansiedad patológica, que es debido en gran parte a los antecedentes biológicos y psicosociales de cada individuo, que difícilmente puedan modificarse, aunado los factores biológicos y psicológicos pueden afectar de manera conjunta a la manifestación de este trastorno. (James et al, 2015)

Factores biológicos.

Al igual que los demás trastornos psiquiátricos, la etiología de este trastorno se puede explicar gracias a la respuesta terapéutica de las benzodiazepinas y las azapironas como por

ejemplo la buspirona, esto ha llevado a las investigaciones a centrar su atención el protagonismo del GABA y de la Serotonina como principales neurotransmisores implicados en este trastorno. (James et al, 2015)

Factores psicosociales.

Se ha estudiado que hay prevalencia de secuelas a nivel cognitivo y psicoanalítico en estos pacientes, “ya que estos responden de manera incorrecta y exagerada ante alguna emoción que les genere sensación de peligro, tienden a centrarse excesivamente en lo negativo, en vez, de la capacidad para poder afrontar la situación en específico” en la que se encuentre el individuo, se ha postulado que la ansiedad es un síntoma producto de algún o algunos conflictos inconscientes no resueltos por el enfermo. (James et al, 2015, p.408)

Diagnóstico.

Este trastorno es característico por manifestaciones de preocupación persistentes y frecuentes. Los criterios diagnósticos para éste trastorno se detallan en el DSM-5. (James et al, 2015)

Tabla 13. Criterios diagnóstico para 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).
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 :
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.

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).

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 137 – 138. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Tratamiento.

Sin duda, el mejor abordaje terapéutico para este trastorno es la combinación de la psicoterapia asociada a la farmacoterapia. Este trastorno es uno de los trastornos psiquiátricos que más trabajo exige para el clínico que se afronte a este tipo pacientes, los medicamentos de primera línea en el trastorno de ansiedad generalizada son los benzodiazepinas los ISRS, buspirona y la venlafaxina, de igual manera pueden funcionar los antidepresivos tricíclicos como alternativa terapéutica. (James et al, 2015)

La duración del tratamiento farmacológico es de aproximadamente 6 o 12 meses, según James et al (2015) “múltiples estudios investigativos han determinado que el tratamiento debe ser crónico, y en muchos casos de por vida”. se ha evidenciado que entre un 25% de los pacientes a los que se les hace suspensión del abordaje farmacológico en el lapso del primer mes manifiestan recaídas, y al menos entre el 60 y 80% desarrollan la recaída al año de la suspensión. (p.411)

El tratamiento de elección en estos trastornos son las benzodiazepinas, se pueden indicar de uso de urgencia, utilizando benzodiazepina de acción rápida, sin embargo, se han descrito algunos problemas relacionados con el consumo de las benzodiazepinas por lo que se debe tener particular cuidado al recetarlas, entre un 25 a 30% de los pacientes que consume alguna benzodiazepina manifiesta intolerancia y dependencia, como también alteración al estado de alerta que hace a los pacientes propensos por ejemplo a accidentes de tránsito o laborales. (James et al, 2015)

Trastornos por abuso de sustancias

El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo, y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas. Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. (García de Jalón, 2015, p. 91)

Tanto el alcohol como otras drogas, están relacionadas con el suicidio, debido al efecto que genera el alcohol a nivel del SNC, se ha visto que las personas que están involucradas que presentan problemas de depresión o de otra índole se refugian en el alcohol como medida terapéutica, sin embargo, este les disminuye el razonamiento por parte de la persona en estado etílico, facilitando así la fase 3 del suicidio, donde el sujeto realiza el suicidio radical, bajo el efecto del alcohol como cualquier otra droga, donde el estado de conciencia no está en su condición basal.

El consumo de alcohol, “además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos”, el alcohol acompaña como medida alternativa o recreativa a múltiples trastornos mentales, por lo que ante la sospecha mínima de que esté existiendo una inclinación a este tipo de vicios, por parte del clínico tiene que existir una adecuada e impecable intervención, aún más, cuando el paciente tenga algún trastorno mental de base. (García de Jalón, 2015, p. 91)

Con relación a este tipo de trastornos se debe hacer aclaración de algunos conceptos básicos que permiten desarrollar y entender más el tema (Pérez et al, 2017, p.51)

Tolerancia

Se refiere a la disminución de los efectos que producen algunas sustancias en el organismo de un individuo, esto por actividad tan repetitiva en el consumo de la misma. Como consecuencia se genera que el implicado necesite cada vez más dosis de alguna sustancia para lograr un efecto estimulante. (Pérez et al, 2017)

Dependencia

Según el DSM citado por Pérez et al, (2017), se habla de dependencia cuando el individuo mantiene el consumo continuo de alguna sustancia, aunque esta le genere un deterioro significativo.

Más específicamente, el individuo en cuestión debe tener tolerancia, y síndrome de abstinencia. (Pérez et al, 2017)

Dependencia física

Se habla de ésta dependencia cuando su interrupción se asocia a síntomas físicos de disfunción orgánica. (Pérez et al, 2017)

Dependencia psíquica

Ocurre cuando la interrupción del consumo de alguna sustancia provoca en el individuo ansiedad, deseo imperativo de la sustancia en cuestión y cambios severos de humor. (Pérez et al, 2017)

Tabla 14 Sustancias de abuso más comunes y sus efectos.

Droga	Acción	Dependencia	Pupilas
Alcohol	Depresora	Física /psíquica	Medias
Opiáceos	Depresora	Física /psíquica	Miosis
Cocaína	Psico-estimulante	Psíquica	Midriasis
Anfetaminas	Psico-estimulante	Psíquica	Midriasis
Alucinógenos	Alucinógena	No	Midriasis
Cannabis	Relajante Trastorno senso-percepción.	Psíquica	Medias
Inhalantes	Depresora	Psíquica	Medias
Éxtasis	Psico-estimulante y alucinógena.	Psíquica	

Nota: Pérez et al, 2017, p.51

Alcoholismo.

El consumo del alcohol tiene una edad de inicio temprana, alrededor de los 14 años de edad, es el etanol o alcohol etílico los más consumidos habitualmente. El alcohol como tal es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC), potencia la acción de otras sustancias cuando se usa

concomitantemente, como por ejemplo las benzodiazepinas, barbitúricos y antipsicóticos. (Pérez et al, 2017)

Cuando existen antecedentes familiares de primer grado de alcoholismo existe un riesgo de hasta 4 veces más de padecer el trastorno que en la población en general. La adicción del alcohol es común en trastornos de personalidad como la dependiente y la antisocial.

Es de suma importancia prestarle atención al gran factor social que rodea a este tipo de trastorno en específico, ya que el alcohol es una droga aceptada socialmente, en donde inclusive, existe presión del entorno hacia su consumo. El vino, por ejemplo, en culturas europeas, es visto casi como una obligación al momento de cenas, de igual manera, en fiestas y reuniones el uso del alcohol es casi el protagonista de esos eventos sociales.

Alcoholismo primario

Representa el tipo de alcoholismo más frecuente, representa entre un 70 a 80% del alcoholismo en general, siendo más propensos los varones en la población general, representando un 10% mientras que las mujeres alcanzan un 5%. (Pérez et al, 2017)

En el alcoholismo primario existen dos patrones, por un lado, se encuentra el bebedor excesivo regular, al que de igual manera se le denomina bebedor social, y como segundo patrón está el bebedor excesivo irregular, estas dos presentaciones son usualmente sin una enfermedad psiquiátrica previa al alcoholismo. (Pérez et al, 2017)

Tabla 15. Características de los patrones del alcoholismo primario.

Bebedor social	Bebedor excesivo irregular
Patrón diario de consumo (llega a consumo de altas cantidades).	Alcoholismo por impulsividad, patrón semanal, es de inicio precoz.
Rara vez se llega a la embriaguez.	La embriaguez es frecuente, y existe el riesgo de intoxicación grave.
La dependencia es más por un factor psicosocial.	Existe menor dependencia.

Nota: Andreu et al, 2017, p.52

Alcoholismo secundario

En el caso de este tipo de alcoholismo, “existe una enfermedad psiquiátrica previa a desarrollar el alcoholismo, principalmente trastornos de ansiedad y afectivos, respectivamente”, es más frecuente en mujeres, que utilizan el alcohol como ansiolítico, para estados depresivo, ansiosos o bien de fobia, es muy característico que el consumo de alcohol sea más que en ambiente sociales, en el hogar. (Pérez et al, 2017, p.52)

Trastornos psiquiátricos relacionados con el uso del alcohol

Los trastornos psiquiátricos derivados de consumo de alcohol son producto de su efecto neurotóxico, debido a que el alcohol lesiona directamente el Sistema Nervioso Central y Periférico, por efecto del acetaldehído y por la deficiencia de vitamina B1 (tiamina) consecuencia de la mala absorción, desarrollando lesiones neurológicas graves, por ejemplo, encefalopatía Wernicke y su evolución crónica a la psicosis de korsakoff. (Pérez et al, 2017)

Alucinosis alcohólica

Hace referencia a la presencia de alucinaciones principalmente auditivas y angustiantes para el afectado, usualmente refieren que es de contenido insultante, o sexual, puede haber visuales, pero son poco comunes. El tratamiento de estas alucinaciones es buscar la abstinencia con el apoyo de antipsicóticos. (Pérez et al, 2017)

Celotipia

Representa un delirio paranoide que se centra en la idea de la infidelidad. (Pérez et al, 2017)

Trastorno depresivo inducido por alcohol.

Se caracteriza por ser frecuente en esta población y puede llegar a ser intenso, mejora con la abstinencia, y se puede manejar con fármacos antidepresivos, principalmente. (Pérez et al, 2017)

Delirium tremes

Es un trastorno producto de la abstinencia al alcohol, está caracterizado por cuadros de agitación, niveles de conciencia fluctuantes, sudoración, taquicardia, alucinaciones, y riesgo de convulsiones. (Pérez et al, 2017)

Para diagnosticar el alcoholismo el paciente debe de tener un consumo superior a los 80 g/día en el caso de varones y a 40 mg/día en el caso de mujeres.

Tabla 16. Determinantes analíticas que ayudan al diagnóstico de alcoholismo.

VCM elevado, el alcohol es la primera causa de su incremento.
GGT elevada, es muy sensible, pero poco específica.
Hipertrigliceridemia, relacionada con esteatosis hepática.
CDT (transferrina deficiente en carbohidratos) elevada, es el marcador más sensible y específico.

Nota: Andreu et al, 2017, p.54

Tratamiento

Consiste principalmente en la desintoxicación, que es básicamente la supresión del consumo, sin embargo, este proceso puede desencadenar principalmente el “síndrome de hiperactividad autonómica, caracterizado por tremor distal de manos, insomnio, náuseas y vómitos, inclusive convulsiones generales”. Estos síntomas dan inicio alrededor de 4 a 12 horas de la última ingesta, y se mantienen hasta aproximadamente 5 días hasta su remisión. (Pérez et al, 2017, p.53)

La abstinencia se puede trabajar de manera ambulatoria o bien con ingresos hospitalarios, el tratamiento farmacológico de elección es las benzodiacepinas, como el diazepam, lorazepam el cual es útil en caso de antecedente de daño hepático, ya que no es de metabolismo hepático.

De igual manera se requiere la deshabitación del paciente al alcohol, proceso largo, que puede tardar un mínimo de 6 meses a un año, en el que tiene que existir un apoyo fundamentalmente psicosocial. En este proceso los grupos de autoayuda como el seguimiento psiquiátrico serán los pilares fundamentales para el éxito de la deshabitación. (Pérez et al, 2017)

Es importante tomar en cuenta que la prevalencia al suicidio de individuos con trastornos relacionados con el alcohol oscila entre un 10 a 15%, según varias investigaciones los protagonistas de actos suicidas bajo efectos del alcohol tienen como comorbilidad un episodio depresivo mayor, pobres sistemas de apoyo social, desempleo o el hecho de vivir solo. (James et al, 2015)

Opiáceos.

Actúan deprimiendo el Sistema Nervioso Central, son derivados vegetales de la adormidera, funcionan a nivel médico como analgésicos, anestésicos, en edema agudo de pulmón, etc., y son a la vez los responsables de una importante morbimortalidad. Los opiáceos liberan endorfinas, las cuales están implicadas en el sistema de recompensa cerebral, el cual es el circuito activa en situaciones gratificantes. (Pérez et al, 2017)

La intoxicación aguda por opiáceos, principalmente se da en situaciones en que el consumidor tiene sobredosis, por administración errónea, y es la principal causa que conlleva al suicidio, o tentativa de suicidio. El tratamiento ante casos de intoxicación es la naloxona, que actúa como antagonista de vida media corta. (Pérez et al, 2017)

Tabla 17. Síntomas asociados al uso de opiáceos.

Miosis.
Depresión del nivel de conciencia, provoca somnolencia, inclusive coma.
Depresión respiratoria.
Bradycardia.
Hipotermia.
Hipotensión.

Nota: Pérez et al, 2017, p.56

Cocaína.

Esta droga tiene un efecto psicoestimulante, el cual produce en quien la consume euforia, desinhibición, resistencia al cansancio, su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptura de monoaminas, principalmente de dopamina; la cocaína se puede consumir de manera inhalada en su presentación de polvo, y es la más frecuente, otra de las vías de administración es a través del fumado, lo que se conoce como crack, y, por último, intravenosa, que tiene una alta capacidad de adicción. (Pérez et al, 2017)

Tabla 18. Efectos psíquicos de la cocaína.

Euforia intensa, que posteriormente se convierte en estado de disforia.
Hiperactividad motriz y resistencia al cansancio.
Ideas delirantes, principalmente persecutorias.
Alucinaciones visuales.
Episodios maníacos inducidos.

Nota: Pérez et al, 2017, p.58

El uso de cocaína puede generar complicaciones crónicas físicas que van desde HTA, miocardiopatías, lesiones nasales, hasta psíquicas como psicosis paranoide, episodios depresivos en abstinencia con impulsividad suicida. Con respecto a su tratamiento, no existe uno en específico, se brindan abordajes psicosociales, y se refuerza con antidepresivos, sin embargo, los resultados son poco efectivos. (Pérez et al, 2017)

Trastorno de adaptación

“Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales, clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables.” (García de Jalón, 2015, p. 91)

Este trastorno es producto de situaciones de extremo estrés que posteriormente desarrollarán algunos síntomas característicos que engloba al paciente con un trastorno de adaptación. Dentro de los factores estresantes se encuentran problemas de origen económico, enfermedades médicas, tales como cáncer, VIH, enfermedades degenerativas, o bien algún problema de índole afectivo. La variación de la sintomatología va desde estados de ansiedad, estados de depresión, o inclusive un trastorno de la conducta del individuo.

Característicamente, los síntomas en estos pacientes se manifiestan en un periodo de 3 meses posterior a la exposición al factor estresante, y pueden mantenerse hasta por un periodo de 6 meses posterior a la primera manifestación. (James et al, 2015)

Etiología.

Característicamente, este trastorno “se manifiesta posterior a la exposición de uno o más factores psicoestresores, la intensidad de estos no será el principal factor determinante de la intensidad con la que se desarrolle el probable trastorno en el futuro”, se cree que más bien las variantes como duración, reversibilidad, y el momento de la vida en que se presente el factor psicoestresor será lo que pueda determinar la gravedad del futuro problema; la personalidad, como valores ya sean culturales o sociales de cada individuo juegan un papel esencial en el desarrollo de ésta enfermedad. (James et al, 2015, p.446)

Diagnóstico y cuadro clínico.

Es importante aclarar que para que se desarrolle el trastorno, no necesariamente se deben de desarrollar los síntomas de manera inmediata después de la exposición al factor estresante, pueden pasar hasta 3 meses en aparecer los primeros síntomas después de la exposición al evento psicoestresor. (James et al, 2015)

Los síntomas generados tampoco van a desaparecer después de que el factor psicoestresante se haya eliminado, que es el momento en el que el trastorno se vuelve crónico. Según James et al (2015) “este trastorno puede aparecer a cualquier edad”, sin embargo, es más común en niños, puede generar adicción a sustancias, e inducir a la conducta suicida. (p.447)

Tabla 19. Criterios diagnósticos para trastorno de adaptación.

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
2. Deterioros significativos en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 170 – 171. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Relación con el suicidio.

El pronóstico suele ser bueno cuando se le da al paciente el tratamiento adecuado, en un periodo mínimo de 3 meses el paciente es capaz de reestablecer su capacidad funcional previa a las manifestaciones del trastorno, es de importancia tomar en cuenta que el pronóstico en el caso de los adolescentes a diferencia de los adultos, es más favorable, debido a que los resultados terapéuticos en el adulto son más lentos. (James et al, 2015)

Estudios realizados han demostrado que los pacientes que sufren el trastorno adaptativo tienen un riesgo elevado de cometer suicidio, mayormente en adolescentes, asunto que anteriormente no se le dio la importancia necesaria, y que actualmente, al menos en los últimos 5 años ha tomado gran importancia en el tema del trastorno adaptativo.

En un estudio en el participaron alrededor de 199 pacientes con trastorno de adaptación se determinó el intento suicida hasta en el 60% de los analizados durante su periodo de hospitalización, alrededor de un 50% intentó suicidarse previo al ingreso hospitalario, el tema relacionado a la adicción a sustancias y los trastornos de personalidad fueron pilares que exacerbaban el perfil de riesgo suicida. (James et al, 2015)

Tratamiento.

Dentro de los parámetros terapéuticos la psicoterapia es el camino de elección para los pacientes con trastorno de adaptación. Esta ofrece a los pacientes la oportunidad de hacer análisis de lo que consideran como el factor estresante, con la finalidad de lograr afrontar sus traumas, esta técnica puede colaborar con el individuo en cuestión de afrontar los factores estresantes, lo cual le permite desarrollar una mejor calidad de vida con técnicas que evitarán que las circunstancias del entorno sean percibidas de la misma manera que antes. (James et al, 2015)

Intervención durante eventos de crisis.

En estos casos el tratamiento es brindado a corto plazo, con la finalidad de ayudar al paciente solucionar su trastorno de manera rápida, con técnicas que le brinden el apoyo necesario, técnicas que permitan modificar el entorno, o bien hasta la hospitalización en caso de que fuera necesario. La duración de estas intervenciones especiales no está fijada ya que va a variar de acuerdo a las circunstancias de cada paciente, las terapias pueden inclusive ser diarias, todo dependiendo del enfoque de la terapia y de cada paciente, más aún, si hubo en algún momento ideación suicida por la crisis aguda. (James et al, 2015)

Tratamiento farmacológico.

No existen estudios que determinen la eficacia de los tratamientos farmacológicos en este trastorno, “los pacientes pueden responder a tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos de manera adecuada, la ansiedad grave, cercana a ataques de pánico se ve mayormente beneficiada con el uso de ansiolíticos como el diazepam”, caso contrario, a aquellos pacientes con estados de retraimiento o inhibición, se puede usar de manera corta los psicoestimulantes, en caso de que el trastorno lleve al paciente a psicosis, se pueden inclusive utilizar antipsicóticos, sin embargo no es lo usual. (James et al, 2015, p.449)

El abordaje farmacológico en estos pacientes es comúnmente utilizado, sin embargo, la terapéutica farmacológica debería de ser usada sólo, y para, potenciar los efectos de la terapéutica psicosocial como modalidad de primera línea en el abordaje de esta enfermedad, esto favorece en gran medida con la remisión de los síntomas como a la disminución del riesgo suicida de éstos pacientes.

Trastornos obsesivos compulsivos.

Trastorno dismórfico corporal

Este trastorno es parte de los trastornos obsesivo compulsivo y “se caracteriza por la gran preocupación por un defecto imaginario del aspecto que puede llegar a causar disgusto clínicamente significativo o bien, que puede llegar a afectar en áreas importantes de la vida cotidiana”, en estos casos simplemente existe una pequeña anomalía física, pero el involucrado la exagera y genera un problema. (James et al, 2015, p. 427)

Este tipo de trastorno tiene la gran problemática de que el enfermo difícilmente acuda a atención psiquiátrica o salud mental, sino que más bien, el paciente acudirá a un dermatólogo, internista o cirujano plástico.

En la población en general hasta un 50% tiene alguna preocupación con algún aspecto físico en concreto de su cuerpo, y de este porcentaje la mitad manifiesta que esa inconformidad afecta directamente en sus actividades y sentimientos. (James et al, 2015)

La edad de aparición de éste trastorno es entre los 15 y 30 años de edad, las mujeres son más propensas que los hombres, es común que estos individuos tengan trastornos mentales ya de base, esto evidenciado a través de un estudio que demostró que hasta en “un 90% de los casos de trastorno dismófico han experimentado un episodio depresivo mayor en sus vidas, 70% trastornos de ansiedad y un 30% algún estado psicótico”. (James et al, 2015, p.427)

Diagnóstico.

El diagnóstico se hace con base a los criterios del DSM-5 para el trastorno dismófico corporal, donde se evidencia la preocupación exagerada por un defecto imaginario, que usualmente, el defecto en la realidad es de poca importancia. Es característico que el paciente ejecute actos impulsivos como estar constantemente mirándose en el espejo, comparar compulsivamente su apariencia con la de otros, estas actitudes conllevan al paciente a desarrollar sufrimiento emocional, que interferirá en su adaptación un funcionamiento social. (James et al, 2015)

Tabla 20. Ubicación de los defectos imaginarios más comunes.

Ubicación
➤ Cabello
➤ Nariz
➤ Piel
➤ Ojos, cara
➤ Estructura general del cuerpo, estructura ósea.
➤ Labios
➤ Mentón

➤ Dientes
➤ Pechos, muslos pectorales

Nota: James et al, 2015, p. 428

Pronóstico.

Este tipo de trastorno comienza en edades adolescentes, aunque su manifestación tardía no es extraña, el comienzo puede ser gradual o súbito, su evolución la mayoría de las veces es fluctuante donde el paciente está sintomático, y la parte del cuerpo que le genera la preocupación exagerada puede ser la misma o bien variar en el tiempo que se dé la enfermedad. (James et al, 2015)

Tratamiento.

Los antidepresivos tricíclicos, son útiles en algunos casos, también “fármacos que actúan sobre la serotonina tal es el caso de los ISRS, como la fluoxetina pueden reducir los síntomas, al menos se ha evidenciado que hasta en el 50% de los casos ha sido efectivo”, es importante valorar adecuadamente a estos pacientes ya que con frecuencia requieren el tratamiento farmacológico para cuadros depresivos o de ansiedad de fondo. (James et al, 2015, p.428)

Trastornos de personalidad

Estos trastornos tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental. (García de Jalón, 2015, p. 91)

Los trastornos de personalidad pueden funcionar como factor de riesgo al desarrollo de ideas suicidas, esto principalmente por la acción directa del trastorno sobre el pensamiento e interacción social del individuo, lo cual muchas veces desencadena ideas autolíticas.

Trastorno de personalidad limítrofe.

Quienes padecen éste trastorno se encuentran en un límite entre neurosis y psicosis, “existe en ellos una inestabilidad afectiva importante que afecta desde su estado de ánimo, conducta,

autoimagen, y sus relaciones sociales”, según la clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ma edición (CIE-10) a ésta enfermedad se le denomina Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. (James et al, 2015, p. 750)

No existen estudios que constaten la prevalencia del trastorno, lo que se sabe es que afecta entre un 1 y 2% de la población, siendo más común en hombres que en mujeres, en pacientes con antecedentes familiares de afección de este trastorno en consanguíneos de primera línea existe una mayor incidencia de trastorno de depresión mayor, abuso de sustancias como alcohol y otras. (James et al, 2015)

El diagnóstico se puede determinar según los criterios descritos en el DSM-5, en el que se menciona que el inicio de esta enfermedad se da en la edad adulta, y se sospecha cuando el involucrado presenta al menos 5 de los criterios descritos en el DSM-5.

Tabla 21. criterios diagnósticos para trastorno de personalidad límite.

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 364. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Según James et al (2015), “algunos de los pacientes con trastorno de personalidad limítrofe desarrollan un sueño REM acortado, y otras alteraciones del sueño”, los pacientes con este trastorno parecen estar siempre en crisis, los cambios de humor son frecuentes, es decir pueden en un momento estar discutiendo, posteriormente mostrarse deprimidos y luego quejarse de falta de sentimientos. (p.750)

La conducta de estos pacientes es impredecible, sus actitudes autodestructivas son el reflejo de la naturaleza fatalista de sus vidas, llegan a cometer actos como cortarse las venas, o IAE para llamar la atención, un mecanismo que muchas veces es utilizado para demostrar ira, o para liberarse de sentimientos que les desbordan.

Son comunes las relaciones hostiles con los demás, no toleran la soledad lo que les hace buscar compañía de manera frenética, aunque la que consigan no les sea satisfactoria, esto por la negativa a tener que soportarse a sí mismo, para evitar la soledad, las amistades de extraños son comunes y la promiscuidad igualmente es frecuente en este trastorno. (James et al, 2015)

Aunque parezca ilógico, este trastorno es relativamente estable, estudios longitudinales no demuestran una evolución o progresión de la enfermedad a esquizofrenia, sin embargo, con lo que, si se relaciona, y de manera elevada, es el desarrollo de depresión mayor. El diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe se da usualmente antes de los 40 años, ya que usualmente a estas edades, son incapaces de tomar protagonismo en los cambios normales de la vida. (James et al, 2015)

Tratamiento.

Psicoterapia.

Esta es la intervención de elección en estos casos, y se acompaña del tratamiento farmacológico para potenciar sus resultados. Según James et al (2015) “las terapias conductuales se utilizan con el fin de controlar los impulsos de los pacientes, como sus estados de ira, con esta terapia se busca reducir la sensibilidad y la crítica como al rechazo”. Una de las técnicas que se han utilizado y que han dado buenos resultados es grabarlos en las terapias, para después

mostrárselos, esto con la finalidad de que puedan percibir sus acciones y sus repercusiones con su ambiente, todo esto para lograr que mejoren su conducta interpersonal. (p.751)

Tratamiento farmacológico.

Logra controlar manifestaciones específicas, se usan los antipsicóticos con la intención de reducir episodios de ira, hostilidad y eventos psicóticos breves. Los antidepresivos por parte logran mejorar el estado anímico del individuo, ya que la depresión es común en el trastorno de la personalidad limítrofe, los IMAO han tenido buena respuesta ante conductas impulsivas, y las benzodiazepinas en general el alprazolam ha ayudado a controlar eventos de ansiedad y depresión, con la desventaja que muchos pacientes presentan desinhibición con este medicamento. (James et al, 2015)

La carbamazepina logra mejorar el funcionamiento global de los pacientes en muchos casos, y los ISRS demuestran utilidad de igual manera sólo en un porcentaje de los estudiados.

Trastorno de la personalidad Histriónica

Estos pacientes son excitables, emotivos y tienen una personalidad dramática, y extrovertida, debido a su aspecto llamativo, se les hace difícil mantener vínculos duraderos, “este trastorno tiene una prevalencia que va desde el 1 al 3% de la población en general, se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres que en hombres”, y varios estudios demostraron una asociación directa entre este trastorno, y trastorno de ansiedad y abuso de sustancias como por ejemplo alcohol. (James et al, 2015, p. 752)

Al momento de hacer abordaje a estos pacientes ellos se muestran cooperadores y abiertos a contar con detalle sus historias, los abordajes dramáticos son comunes en el desarrollo de sus discursos, y tienen un lenguaje bastante amplio. El área cognitiva de estos pacientes suele ser normal, aunque les cuesta realizar procedimientos aritméticos o de concentración, y tienen una habilidad exquisita para olvidar sucesos con gran carga emocional. (James et al, 2015)

Su diagnóstico se determina según los criterios descritos en el DSM-5.

Tabla 22. Criterios diagnóstico para Trastorno de personalidad Histriónica.

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

Nota: American Psychiatric Association, 2014, pp. 365. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. ed)

Constantemente estos pacientes están buscando llamar la atención, exageran pensamientos y sentimientos, tratando de generar sensación en su entorno de que, aunque sea demasiado difícil de entender es lo que en realidad le sucede, llora, recriminan si no son percibidos con atención o bien, si no logran ser el centro de atención en su totalidad.

Tienen tendencia a seducir a ambos sexos, las fantasías sexuales son habituales, sin embargo, estos pacientes pueden tener disfunciones sexuales, algunas pacientes pueden inclusive ser anorgásmicas, y algunos hombres impotentes. Actúan comúnmente bajo impulsos sexuales para demostrarse que son atractivos, sin embargo, sus relaciones interpersonales no son fuertes, llegan a ser vanidosos y egocéntricos, y su dependencia los vuelve personas confiadas. (James et al, 2015)

Los pacientes con este trastorno pueden tener problemas con la ley, son propensos a padecer de adicción a sustancias y a actuar de manera promiscua, como a tendencia al IAE, el tratamiento utiliza tanto la psicoterapia como el tratamiento farmacológico, este último se basa en medicamentos antidepresivos, y antipsicóticos.

Personalidad pasivo-agresiva

Este trastorno no es un diagnóstico oficial, “pertenece a un grupo de trastornos de personalidad especificados, y es un trastorno infrecuente, los pacientes con esta personalidad se caracterizan por obstruccionismo encubierto, retaso, terquedad e ineficacia”, tienen una personalidad pasiva que detrás de ello existe una manifestación de agresividad. (James et al, 2015, p. 757)

Estos pacientes postergan las decisiones, tienden a buscar cualquier excusa para retrasos, no desean desvincularse de relaciones de dependencia, carecen de asertividad, no logran expresar sus deseos ni necesidades de forma directa, no responden sobre lo que se espera de ellos, manifiestan ansiedad cuando se les obliga a actuar como es correcto, suele dirigir ante esas situaciones su ira contra sí mismo. (James et al, 2015)

En cuanto a relaciones interpersonales, tienen posición dependiente, conducta pasiva, manipuladora, esperan que los demás lleven a cabo sus tareas y carguen con sus responsabilidades cotidianas, carecen de confianza propia, y son pesimistas con respecto al futuro en la mayoría de los escenarios, suele asociarse adicción a sustancias, y en la mayoría se encuentra un trastorno depresivo de fondo. (James et al, 2015)

El intento suicida es frecuentes en este tipo de personalidad, sin embargo la mayoría queda en el IAE y no como suicidio consumado, por lo que es de real importancia determinar los indicios de este tipo de actitudes para evitar el suicidio como tal, el tratamiento es básicamente psicoterapia la cual respalda un buen pronóstico, se deben abordar los IAE, se pueden prescribir antidepresivos sólo si hay depresión, o indicios de depresión esto por la posibilidad de un suicidio, de lo contrario, el tratamiento farmacológico no está indicado, con las técnicas psicoterapéuticas es suficiente para ellos.

Trastornos Somatomorfos.

Estos trastornos representan un grupo de trastornos que tienen en común síntomas físicos que surgen como consecuencia de una enfermedad médica, con la peculiar característica de que, a pesar de la realización de pruebas complementarias, hallazgos en el examen físico, las teorías de explicación científica fisiopatológica, no logran demostrar la presencia de alguna enfermedad física como agente causal. Se estima que es más común en aquellas personas con alexitimia, es decir,

personas que tienen problemas al momento de expresar verbalmente sus emociones. (Pérez et al, 2017, p. 43)

La sintomatología manifestada por el paciente nunca es voluntaria, y usualmente no se reconoce en ellos alteraciones psiquiátricas.

Trastorno de Somatización.

Los pacientes con éste trastorno manifiestan diversos síntomas físicos, comúnmente se manifiestan antes de los 30, y los síntomas manifestados suelen prolongarse por años. Debido a la sintomatología acuden constantemente a consulta médica, y en muchas ocasiones llegan a padecer deterioro funcional en el ámbito social y laboral. (Pérez et al, 2017)

El diagnóstico de éste trastornos requiere la presencia de una serie de sintomatologías específicas que son constantes en un periodo largo.

Tabla 23. Síntomas comunes asociados a trastorno de somatización.

Al menos 4 síntomas de dolor, con localizaciones distintas.
Dos síntomas gastrointestinales: Diarrea, vómitos, dispepsia, pirosis, náuseas, etc.
Un síntoma sexual: Disfunción eréctil, Menstruaciones irregulares o Dismenorrea.
Un síntoma pseudoneurológico: Cefaleas, dificultad para deglutir, alteración de la sensibilidad, inestabilidad, mareos, pérdida de visión, sordera, etc.

Nota: Pérez et al, 2017, p.43

Referente a la prevalencia de este trastorno, “al menos 2% de las mujeres manifiestan este trastorno, y en el caso de los hombres, el 0.2%”. La ansiedad, clínica depresiva o algún trastorno de personalidad de base, son las condiciones o comorbilidades que usualmente les conduce a la atención psiquiátrica, en estos pacientes, el abuso de fármacos o drogas es también muy frecuente. (Pérez et al, 2017)

Como antecedente heredo-familiar, Según Pérez et al (2015) “se conoce que de los casos existentes hasta entre un 10 a 20 % de los enfermos tienen un antecedente de algún pariente de primer grado con el mismo diagnóstico”, y con respecto al tratamiento, consiste principalmente en la evaluación de un solo médico el cual tendrá como prioridad evitar realizar exámenes físicos

innecesarios, y se utilizarán antidepresivos o ansiolíticos según la comorbilidad existente en este trastorno. (Pérez et al, 2017, p.43)

Trastorno por dolor.

En este trastorno la principal y única queja del afectado es el dolor, éste se manifiesta en una o más regiones del cuerpo, sin embargo, no se hacen hallazgos que permitan reforzar alguna enfermedad médica de base que sea la causante de dicho síntoma, o también se habla de éste trastorno cuando se experimenta una exagerada intensidad o déficits causados por un dolor que sobrepasan condiciones esperables. Al igual que en los demás trastornos somatomorfos, existe en estos pacientes un deterioro funcional de ambiente socio-laboral. (Pérez et al, 2017)

Debido al dolor experimentado por estos pacientes, es frecuente el abuso de fármacos, al igual que en el trastorno de somatización, este trastorno tiene como comorbilidades la depresión, y es muy frecuente los cuadros de ansiedad, es un trastorno mucho más frecuente en mujeres que en hombres, y su edad de aparición no es exacta.

El trastorno por dolor tiende a cronificarse, por lo que se van a distinguir cuadros agudos y crónicos, “agudos van a ser aquellos trastornos por dolor que tienen una duración menor de seis meses, y las crónicas, van a ser aquellos cuadros que se estén manifestando por un periodo superior a 6 meses”. Al igual que en trastorno de somatización, el tratamiento utilizado en este caso serán los antidepresivos, según la comorbilidad que tenga de base el paciente. (Pérez et al, 2017, p.43)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO

En este apartado se presentará la metodología realizada para la elaboración de esta investigación. Para ello, se analizará el método que conlleva la investigación, las notas de información utilizadas, los criterios de inclusión y exclusión de la información utilizada y las categorías de análisis.

Método

El presente trabajo es un estudio bibliográfico. Se trata de una investigación, no experimental, en la que la cual se seleccionaron un total de 20 artículos publicados a nivel latinoamericano, únicamente en el idioma español, no se consideraron artículos en otro idioma distinto a éste. Los temas de los artículos incluidos y seleccionados tienen como objetivo explicar el comportamiento natural del suicidio, las enfermedades psiquiátricas más frecuentemente asociadas a el suicidio, como la participación del componente social en la ejecución ya sea de un intento de autoeliminación como suicidio consumado.

De igual manera los artículos seleccionados determinan a través de investigaciones realizadas, cuales son las debilidades existentes que impiden una identificación prematura, un adecuado abordaje y tratamiento médico, por parte del primer nivel de atención en salud, en casos de intento de autoeliminación, de igual manera, estos artículos muestran aquellas fortalezas que se deben de seguir poniendo en práctica con la finalidad de prevenir suicidios consumados. En este trabajo solo se incluyeron artículos publicados en los últimos 5 años, los publicados en fechas anteriores fueron excluidos de esta investigación.

Estrategias de búsqueda

Según Hernández, Fernández, y Baptista (2010), la recolección de datos debe cumplir una serie de estándares estrictos tales como la confiabilidad, validez y objetividad, debido a que es a raíz de estos que se desarrollan las respuestas a los objetivos de esta revisión bibliográfica.

Cumpliendo a cabalidad con estos estándares de calidad, los artículos científicos para la confección de esta revisión bibliográfica fueron recolectados de motores científicos tales como: Google Académico, Revista Médica Scielo, la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), Science Research, Microsoft Academic, Psiquiatría.com, como también el Sistema de Información Científica Redalyc, Red de Revistas Científicas de América Latina.

De igual manera, se indagó en plataformas virtuales de información, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Palabras Clave

Las fuentes bibliográficas para darle cuerpo a la presente revisión, fueron encontradas utilizando palabras claves como: Suicidio, Intento de Auto-Eliminación, IAE, Patologías psiquiátricas relacionadas con el suicidio, patologías psiquiátricas relacionadas con el intento de autoeliminación, condiciones sociales relacionadas con el suicidio, trastornos mentales y suicidio, trastornos mentales, como también condiciones sociales relacionadas con el Intento de autoeliminación (IAE), entre otras.

Estas palabras fueron buscadas en las bases de datos citadas anteriormente, respetando un lapso de antigüedad no superior a 5 años, como la ubicación geográfica, es decir, artículos latinoamericanos.

Criterios de Inclusión

El presente trabajo de revisión bibliográfica es sustentado por artículos en el idioma español únicamente, redactados países Latinoamericanos; estos contienen información confiable, relacionada con el IAE y el Suicidio.

Las publicaciones incluidas en esta revisión fueron aquellas que cumplen con el criterio del periodo, es decir, los artículos publicados entre el año 2015 y el año 2020, adicionalmente, estas contienen aspectos como fisiopatología, factores de riesgo, factores de protección, abordaje, métodos diagnóstico, prevención, tratamiento, historia, y pronóstico; tanto de enfermedades psiquiátricas o médicas, como también situaciones sociales que puedan influir tanto en la actitud suicida como en el intento de autoeliminación.

Criterios de Exclusión

Se excluyen de esta revisión bibliográfica todos aquellos artículos que estén relacionados con el tema, pero que hayan sido escritos fuera del periodo establecido en el título, es decir, se excluyen en la elaboración de esta revisión, todos aquellos artículos que tengan más de 5 años de antigüedad.

Se excluyeron todos aquellos artículos escritos en cualquier otro idioma que no fuera el español, de igual manera, en esta revisión se excluyeron países como: Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Venezuela, Ecuador, Brasil, Uruguay, Paraguay, Bolivia y

Argentina, puesto que no se encontraron artículos relacionadas u orientados con esta investigación, igualmente se excluyen aquellos artículos que no estén relacionados con el problema u objetivos tanto específicos como el genera.

Fuentes de información

En este apartado se tomarán en cuenta los siguientes artículos científicos para la realización de la revisión bibliográfica.

Tabla. Notas de información.

Artículo	Resumen
<ul style="list-style-type: none"> 2015, Campo y Herazo, Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013), Colombia. 	<p>Este artículo muestra la desigualdad en los ingresos económico y la relación directa que estos tienen en la salud mental de los ciudadanos. El objetivo del artículo es correlacionar la desigualdad económica con las tasas de suicida en Colombia en el intervalo entre 1994 al 2013.</p>
<ul style="list-style-type: none"> 2015, Campo y Herazo, El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio, Colombia. 	<p>Este artículo propone el concepto complejo estigma – discriminación y su asociación con el trastorno mental, definiendo términos como estigma, estereotipo, perjuicio y discriminación y el impacto de estos en los casos de suicidio. Además, relaciona el complejo estigma – discriminación con el suicidio, y determinar los posibles mecanismos implicados subyacentes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> 2015, Duarte, Torres y Laboy, Retos en la intervención con 	<p>El estudio menciona los beneficios de la terapia cognitivo-</p>

<p>adolescentes puertorriqueños/as que manifiestan comportamiento suicida, Puerto Rico.</p>	<p>conductual en el comportamiento suicida, vista desde una perspectiva ecológica. Muestra el comportamiento del suicidio, desde un punto de vista clínico, integra todos los factores, y menciona técnicas de abordaje.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2015, González et al, Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México, México. 	<p>En el presente se hace mención del suicidio como un problema de salud pública de etiología multifactorial y en ella se menciona el consumo de drogas. Se identifica la prevalencia de la ideación suicida y su relación directa con el consumo de drogas, y como afecta a éste complejo situaciones como la depresión, impulsividad, y autoestima.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2015, Hernández y Villareal, Algunas especificidades en torno a la conducta suicida, Cuba. 	<p>En este artículo se expone la conducta suicida y sus diferentes determinantes, tales como pobreza, desempleo, humillación, pérdida de seres queridos, ruptura de relaciones amorosa, maltratos durante la infancia, etcétera. También incluye algunas enfermedades mentales relacionadas con el suicidio, como la depresión y la esquizofrenia, además muestra algunos elementos que permiten la identificación pronta de la conducta suicida, el tratamiento adecuado a brindarles.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • 2015, Pérez, Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes, México. 	<p>Este artículo trata de identificar la relación existente entre la ideación e intento suicida y la familia multiproblemática, con la finalidad de realizar un análisis estratégico interno en este grupo, en una institución de salud.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2015, Silvia, Vicente y Valdivia, Factor neurotrófico derivado del cerebro como marcador de conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor, Chile. 	<p>Este artículo expone la conducta suicida como un continuo que va desde la ideación hasta el suicidio consumado, pasando por el intento suicida, expuesto como un problema de salud importante en todo el mundo, tanto en población adulta como adolescente. Hace mención del trastorno depresivo mayor, como el trastorno más frecuente en las personas que se suicidan y una de las principales causas de discapacidad en todo el Mundo. Relaciona el factor neurotrófico derivado del cerebro como un sustrato molecular de estrés, que disminuye su expresión bajo condiciones psicoestresantes. Menciona los efectos que ejercen los antidepresivos sobre los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro, opuestos a los del estrés o depresión. Los estudios realizados son producto de autopsias que logran</p>

	<p>reforzar las teorías expuestas sobre el factor neurotrófico derivado del cerebro. Expone la relación existente entre los niveles séricos del factor neurotrófico derivado del cerebro y el suicidio tras biopsiar tejidos cerebrales de víctimas de suicidio consumado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Ávila y Apolinar, Depresión y riesgo suicida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche, México. 	<p>En este artículo se relaciona la enfermedad crónica con los trastornos neuropsiquiátricos, específicamente con el trastorno depresivo mayor, desde una perspectiva de la pérdida de funcionalidad y el impacto emocional que provoca enfrentarse a diagnósticos como por ejemplo Diabetes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Arango y Rincón, Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común, Colombia. 	<p>En éste estudio establece la relación entre trastornos depresivos y manifestaciones ansiosos, y el dolor crónico. De igual manera se pone en evidencia cómo las manifestaciones dolorosas causan o empeoran los síntomas depresivos y de ansiedad. Muestra la evidencia sobre la similitud fisiopatológica, imagenológica y neurofisiológica que comparten en común la depresión y el dolor, esto gracias a los más recientes avances en técnicas bioquímicas y celulares como</p>

	advenimiento de tecnologías imagenológicas.
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Bedoya y Montaña, Suicidio y trastorno mental, Colombia. 	Este artículo define el término suicidio, y a partir de ello propone describir la relación entre los trastornos mentales y la conducta suicida, con la finalidad de contribuir al entendimiento del fenómeno del suicidio y resaltar la necesidad de crear e implementar estrategias de atención primaria.
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Escobar, Montoya, Restrepo y Mejía, Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. Colombia. 	Este artículo hace mención de la victimización a través de las redes sociales que ha producido problemas de salud mental tales como la depresión y el comportamiento suicida. Expone tanto a los medios sociales, como a las nuevas tecnologías inteligentes como medios que contribuyen a deteriorar la salud mental de algunas personas jóvenes vulnerables.
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Maroto, Revisión de la investigación sobre suicidio en Costa Rica (1998-2013) principales hallazgos, Costa Rica. 	Este artículo se centra en los principales hallazgos del análisis resultado de la revisión de publicaciones sobre suicidio que se han realizado en Costa Rica en el periodo de 1998-2013. Expone los cuatro ejes de análisis respecto a la investigación sobre suicidio, los abordajes teóricos, y los abordajes metodológicos que han

	predominado, los alcances y las limitaciones. La propuesta se trabaja desde un enfoque psicosocial.
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Martínez y Robles, Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales, Colombia. 	Este artículo hace mención de la percepción de los diferentes actores sociales sobre la conducta suicida. Se hace mención de las enfermedades mentales como físicas que predisponen a que se pueda contemplar el suicido, debido al estado vulnerable en el que se puede encontrar la víctima, se señala la edad, el género y la ausencia o no presencia de hijos como factores a contemplar al momento de quitarse la vida.
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Martínez, Silva, Arancibia, Angulo y Madrid, Antipsicóticos y suicidio, Chile. 	Este artículo plasma la relación entre suicidio y los estados psicóticos, relacionando ambas entidades con la sintomatología depresiva y su impacto en ellos, principalmente orientado a la formación de ideaciones suicidas.
<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Pérez, Martínez, Vianchá, Avendaño, Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá - Colombia, Colombia. 	El estudio pretende identificar la relación existente entre abuso sexual y el desarrollo de ideación suicida como suicidio, esto producto de las múltiples secuelas que manifiestan los sobrevivientes a este tipo de agresiones.

<ul style="list-style-type: none"> • 2016, Tomicic et al, Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004 – 2014), Chile. 	<p>Esta investigación hace mención de la alta prevalencia al suicidio que tienen las personas del colectivo LGBT.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2017, Morales et al, Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción familiar, Chile. 	<p>En este artículo se estudió la relación entre estilo de vivencia depresiva, satisfacción familiar, malestar en las relaciones interpersonales y conducta suicida. Se demostró que los grupos con riesgo suicida alto presentaron mayores índices disfuncionales de malestar interpersonal y un mayor percepción de disfuncionalidad familiar grave que personas sin conducta suicida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2017, Sandoval, Vilela, Mejía y Caballero, Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria, Perú. 	<p>En este trabajo se hace mención del riesgo suicida y su auge en niños y población adolescente. Su objetivo fue determinar el riesgo suicida asociado al bullying y depresión en escolares de colegios secundarios. Demuestra lo comprometida que esta la salud mental con múltiples aspectos que conllevan con mayor frecuencia al riesgo y acto suicida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2017, Sandoval, Vilela y González, Estrategias de prevención y soporte en 	<p>Este artículo expone los cambios tanto físicos como mentales ocurridos en la adolescencia, y como el</p>

adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente, Perú.	hecho de no contar con un adecuado entorno, puede conducir a estados depresivos, principalmente cuando el entorno del individuo está cargado de soledad, falta de comunicación familiar, matrimonios tempranos, delincuencia, bullying, drogadicción, pertenecer a grupos minoritarios, y como esto propicia una atmósfera adecuada para el desarrollo de comportamiento autolítico.
<ul style="list-style-type: none"> • 2017, Torres, Barrios y Calero, ¿Es posible un abordaje psicoterapéutico en atención primaria de salud?, Chile. 	Este artículo trata sobre la importancia de brindar enfoques psicoterapéuticos en atención primaria de salud, con el fin de poder atender los problemas que traen los pacientes a consulta, de la mejor manera posible desde este primer nivel.

Nota: Elaboración propia

Categorías de análisis

En el presente apartado se expondrán las variables de análisis planteadas para este trabajo:

Categoría 1. Influencia del componente social

Se refiere a el impacto del componente social en psiquiatría, como exacerbante en este caso a ejecución de Intentos de Autoeliminación, como suicidio consumado, puesto que la palabra influencia según la Real Academia Española (RAE) (2019) se puede definir cómo: “Posibilidad que tiene una persona o un grupo de alterar o condicionar el comportamiento ajeno”. (párr. 1)

Categoría 2. Patologías psiquiátricas y su relación con el suicidio.

Se refiere a aquel grupo de manifestaciones mentales y de comportamiento características de un individuo, que través de fundamentos psiquiátricos, se clasifican en una amplia variedad de

patologías psiquiátricas, que muchas veces, algunas de éstas tienen en común el desarrollo de ideación autolítica o suicida como tal. Según la RAE el término patología se refiere a el “conjunto de síntomas de una enfermedad” (párr. 1) y por su parte, Psiquiatría, se define según la RAE (2020) como la “Ciencia que trata de las enfermedades mentales”.

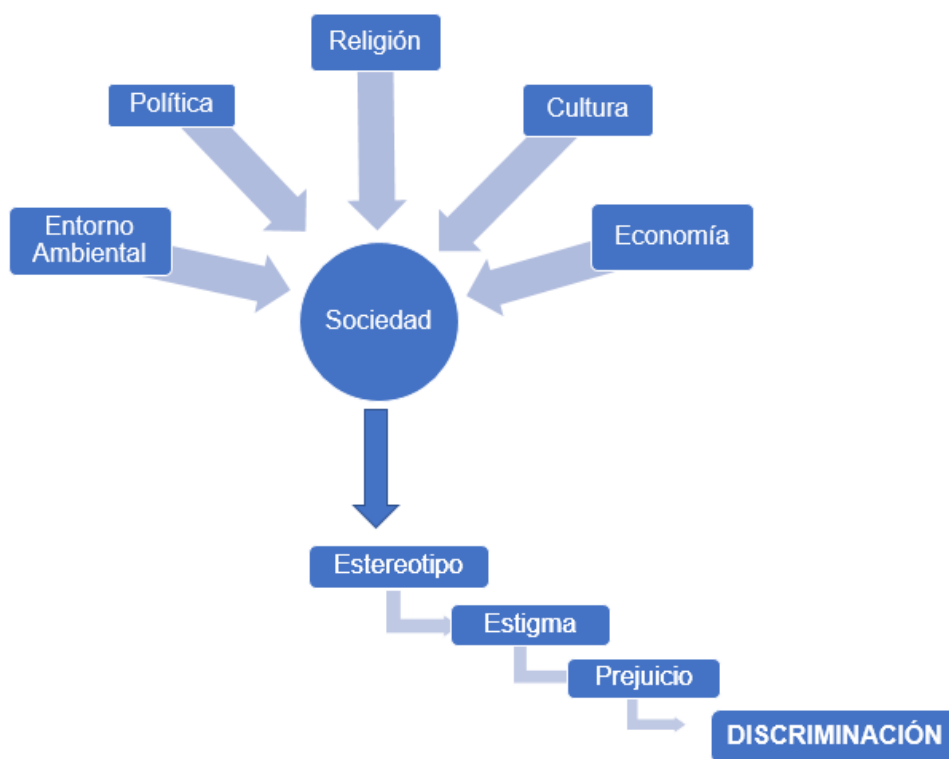
Categoría 3. Debilidades y Fortalezas del abordaje médico.

Representa aquellas condiciones que generan en el médico la incapacidad de obtener, o bien de detectar información esencial para el adecuado abordaje médico ante casos de intentos autolíticos, como también, detectar aquellas capacidades que en contra posición, incrementan el éxito del abordaje médico de estos casos; la palabra abordar según la RAE (2019) significa “acometer una argumentación o el tratamiento o regulación de alguna cuestión”. (párr. 1) representando la “cuestión” en este caso el abordaje, tratamiento y prevención de intentos autolíticos y de esta manera, los suicidios consumados.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la sociedad actual y debido a su dinámica ampliamente compleja que involucra aristas tanto sociales como culturales, se le ha dado cierto significado y sentido de fondo a varios conceptos tales como: el estigma, los estereotipos y el prejuicio que podrían percibirse sus significados desde ordinarios, hasta realmente complejos, y que todo esto como consecuencia directa desencadena la discriminación social, acción comúnmente adaptada y ejecutada en nuestra época, sin importar realmente la índole o situación en que se ponen en práctica cualquiera de las anteriores. (Campos y Herazo, 2015)

Figura 9. Descripción de la Cascada de comportamiento social.



Nota: Elaboración propia con base en Campos y Herazo, 2015, pp. 244 - 24

Como se observa en la figura número 9, el término estereotipo es producto de diversos componentes sociales, y por su parte, el estigma desencadena prejuicios que conllevan directamente a discriminación la social. Es importante recordar que el término prejuicio como tal, consiste en pensamientos comunes previamente establecidos, particularmente cargados de negativismo hacia algún atributo, rasgo, o condición de un segundo o tercero.

Este tipo de fenómeno social propicia la formación de percepciones distorsionadas de lo que es normal, es decir, se empiezan a aceptar en el orden social ciertas maneras de tratar a las personas, e incluso, violentar ciertos de sus derechos, sólo por el hecho de que pertenezcan a un grupo estigmatizado socialmente. Se practica abiertamente la discriminación con faltas graves a la moral de las personas, por condiciones que particularmente les caracteriza, por ejemplo, orientación sexual, de género, o discapacidades físicas, o emocionales.

Lo anterior se puede contextualizar y ejemplificar de manera sencilla mostrando las múltiples y variadas expresiones que existen en la jerga coloquial de la sociedad, para referirse a los integrantes de ciertos colectivos, como por ejemplo el uso de expresiones como: “playos”, “maricones”; “mariposón”, “machorra”...etc., para referirse a personas con orientación sexual no heterosexual, independientemente del contexto social en que se utilicen, este comportamiento es considerado como normal e incluso divertido, sin importar el gran impacto emocional, psicológico y moral que puedan provocar en el individuo en quien se ejecutan.

Estos conceptos descritos en la figura 9., socialmente no funcionan por separado, se podría decir que su separación es imposible, y muchas veces, esta cascada es utilizada por políticas públicas que intentan reducir los impactos sociales generados por diversos estigmas, que más bien lo que hacen es alterar el orden social y fortalecer la división comunal, exacerbando el significado de ciertos prejuicios. (Campos y Herazo, 2015)

A nivel latinoamericano se despertó un interés orientado a desarrollar programas de ayuda, o bien políticas públicas que logren reducir los impactos de los múltiples y variados estigmas sociales, esto a través de la creación de estrategias y actividades que promueven la información y educación socio-cultural a cerca de las grandes consecuencias de poner en práctica las conductas con orientación discriminativa, esto con el fin de generar un impacto positivo y convincente en la reducción de prejuicios y mejorar las relaciones sociales. (Campos y Herazo, 2015)

Este complejo estigma- discriminación, inclusive, puede llegar a tener alcances perjudiciales contra rasgos que engloban desde lo étnico, lo sexual (donde el sexo femenino se visualiza como débil) las discapacidades físicas, las enfermedades mentales o sensoriales, e inclusive aquellas condiciones que el individuo puede llegar a disimular u ocultar, como por ejemplo la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). (Campos y Herazo, 2015)

El complejo estigma – discriminación por su naturaleza se puede percibir según Campos y Herazo (2015) desde dos modalidades, “una es por parte de quien lo ejecuta, es decir por parte del individuo que pone en práctica el etiquetamiento y la exclusión de las personas que forman parte de la sociedad que le rodea”, y que por supuesto éstos individuos señalados van a ser aquellos que reúnen los criterios que los posiciona en una población estigmatizada “x”. (p.245)

Ejemplificando lo anterior, sería la manera que comúnmente utilizan las personas para referirse a un paciente con algún trastorno mental, minimizando de manera categórica todas las cualidades que como ser humano pueda poseer quien padezca un trastorno mental, en el marco de “el loco”, “anormal”, “el triste”, etc. O en el caso de los portadores de VIH, sin conocer el probable trasfondo de la enfermedad, socialmente y bajo el estigma y prejuicio es común que la sociedad los determine directamente como “promiscuos”, “sidosos”, “cochinos”, sin tomar en cuenta que las palabras que puedan utilizar, importan, y más aún si nos referimos a su impacto en la estabilidad emocional.

La segunda modalidad es la autoestigma-discriminación, es decir, “la modalidad percibida por parte de las personas afectadas del complejo discriminativo”, esta modalidad engloba la capacidad y casi obligación por parte de estos individuos de asimilar, aceptar, y afrontar las opiniones negativas (prejuicios) acerca sus condiciones humanas que les caracteriza. (Campos y Herazo, 2015, p.245)

Las personas que padecen algún trastorno mental de base, comúnmente son víctimas del complejo estigma – discriminación, y su efecto es realmente perjudicial, ya que, según Campos y Herazo (2015) “este complejo afecta hasta en un 72% de las personas que reúnen criterios de trastorno depresivos y hasta en un 85% a individuos con trastorno de esquizofrenia”, situación que llega a representar un importante factor de riesgo para el desarrollo de ideas autolíticas, en estos individuos en particular. (p. 245)

Los trastornos mentales tienen una relación directa con el suicidio, es por ello que es de gran importancia definir el concepto suicidio como: “un fenómeno muy complejo, constituido por múltiples factores que van desde el riesgo individual, situación familiar, cultural, política e inclusive la época histórica”. (Bahamón et al, 2016, p. 51)

Múltiples son los componentes sociales negativos que exacerbaban o precipitan a un individuo a cometer el acto suicida, dentro de estos componentes se encuentran aquellos actos sociales que intensifican aún más el padecer un trastorno mental, ya que sólo por el hecho de tener un antecedente de algún trastorno mental según Campos y Herazo (2015) “se multiplican hasta 4 a 25 veces el riesgo de suicidio, siendo los trastornos bipolares, trastornos depresivos, ansiedad, trastornos de personalidad y esquizofrenia los más comúnmente involucrados con el suicidio”. (p. 245)

Una gran variedad de estudios ha descrito que los individuos con algún trastorno mental tienen un riesgo elevado de mortalidad por suicidio, como consecuencia directa de su enfermedad de base, que les provoca grandes dificultades para poder desarrollar sus proyectos de vida, desarrollándoles una gran frustración que les imposibilita tener, de manera involuntaria, una buena relación familiar, capacidad de participar en grupos y eventos sociales y de ser involucrados en la comunidad en general. Además, esta condición involuntaria también les imposibilita adaptarse de una adecuada manera en ambientes esenciales de la vida de cualquier ser humano, como lo es el ambiente laboral y el educativo.

Según Campos y Herazo (2015) “el complejo estigma-discriminación provoca en sus víctimas una inmensa sensación de amenaza, y a la vez funciona como un psicoestresor por excelencia contra ellos y sus familias”, e inclusive puede llegar a tener alcances negativos tan grandes como el hecho de retrasar la atención médica profesional a personas con algún trastorno mental, exacerbado por discriminación social, que logra provocar en el individuo inclinaciones autolíticas. (pp. 244 – 248)

De lo anterior descrito, las situaciones de estrés producto del inadecuado comportamiento social, genera en las víctimas del complejo estigma – discriminación una respuesta negativa a nivel fisiológico, psicológico y por supuesto comportamental, impactando y alterando directamente de forma negativa el desarrollo de una adecuada calidad de vida, partiendo de éste hecho, se puede catalogar este complejo estigma-discriminación como un enorme factor de riesgo para desarrollar comportamiento suicida.

Otro de los grandes conflictos producto del complejo estigma-discriminación es la formación de barreras al acceso de servicios de salud mental, ya que muchos de los enfermos que padecen algún trastorno mental, e inclusive sus familiares, ocultan el “sufrimiento” de ésta realidad,

producto en gran parte del negativismo a aceptarlas, como por la aflicción que les provoca el estigma social, y el prejuicio, fomentando en ellos el inminente y preocupante retraso en acudir a atención profesional en salud, en el momento oportuno.

La demora en atención médica aumentan la gravedad y consecuencias de cualquier trastorno mental, o condición que se esté atravesando, y como consecuencia directa, en muchos casos existe una condición particularmente elevada a la ejecución de un acto suicida, de igual manera, en muchos casos una vez la persona habiendo recibido la valoración médica, rechaza el diagnóstico, y por ende existe un desapego al cumplimiento del plan terapéutico, ya sea éste psicoterapia o farmacoterapia, condición que propicia una de las principales causas de recaídas y rehospitalizaciones. Las faltas de adhesión a las recomendaciones profesionales aumentan el riesgo del suicidio, y el suicidio como tal es la peor consecuencia del incumplimiento terapéutico.

Esta situación psicoestresante producto del complejo estigma-discriminación provoca en sus víctimas a largo plazo, con pobre intervención y orientación médica, el desarrollo de discriminación interna, condición que predispone al desarrollo de depresión mayor. De igual manera esta situación despierta en ellos baja autoestima, baja autoeficacia, desesperanza, deterioro social, dificultad para conseguir o preservar un empleo, y dificultades para mantener relaciones sociales, o de pareja, generando así un marcado deterioro general de la calidad de vida, y todo esto aumenta las posibilidades del intento de autoeliminación como el suicidio consumado.

El complejo en cuestión afecta también a las personas con historial de intentos de autoeliminación, es decir, el hecho de tener un antecedente de IAE los hace víctimas del complejo estigma-discriminación, provocando de manera negativa la formación de barreras al acceso de servicios de salud, generando un fracaso terapéutico, por lo que el riesgo de suicidio todavía es más elevado.

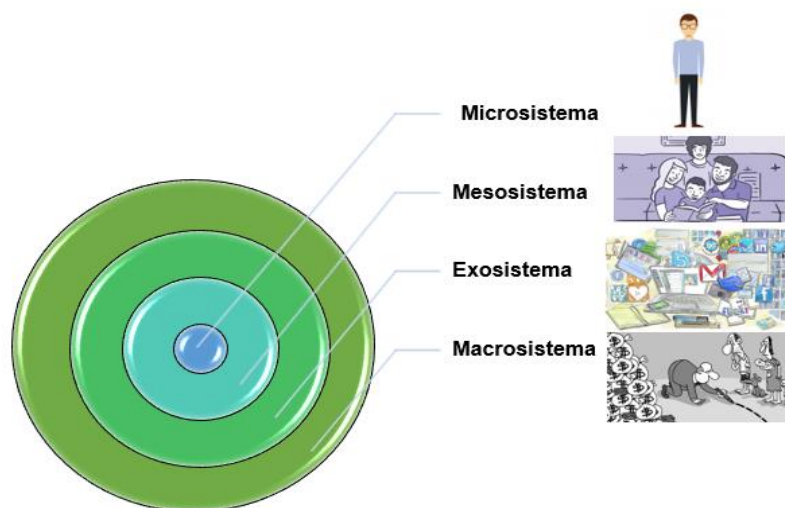
Ahora bien, y según Campos y Herazo (2015) “es de suma importancia que el personal de salud, en especial aquellos con poca experiencia en temas de salud mental, consideren tanto los trastornos mentales y el comportamiento social, como condiciones a las cuales se les debe dar prioridad en atención, seguimiento e investigación”, y con esto que se elimine la idea errónea de que a lo que se le tiene que dar importancia es únicamente a las enfermedades verdaderas (físicas). (p.244)

La prevención del suicidio es un proceso complejo, y es responsabilidad principalmente del personal de atención médica, sin embargo, también gran parte de esta prevención involucra la adecuada participación de la sociedad en general, y paradójicamente son pocas las acciones en salud pública en cuanto a la prevención del suicidio. La educación al personal de salud, en especial el médico, en diagnóstico y tratamiento de episodios por ejemplo depresivos e IAE son fundamentales para su prevención e intervención de eventuales suicidios.

Es indispensable para el personal de salud conocer la frecuencia y las variables asociadas al complejo estigma-discriminación, internalizado y percibido, ya que la presencia de un estigma potencia otros estigmas, motivo por el cual se debe de tener un conocimiento del desempeño y de las herramientas disponibles para cuantificar éste fenómeno y principalmente comprender el impacto que produce en la población que reúne los criterios para ser estigmatizada, ya que con esto se podrían ejecutar medidas orientadas a disminuir el impacto del complejo estigma – discriminación, y crear estrategias que logren disminuir el suicidio consumado a partir de un buen abordaje de las ideas suicidas previas.

Un estudio realizado a varias personas con antecedente de intento de autoeliminación en Colombia, logró crear un Sistema Ecológico social, esto a partir de toda la información recopilada a través de la aplicación de distintos modelos de entrevistas objetivas a éstas personas, permitiendo así crear y definir los siguientes conceptos de dicho sistema: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. (Martínez y Robles, 2016)

Figura 10. Sistema Ecológico Social del ser humano.



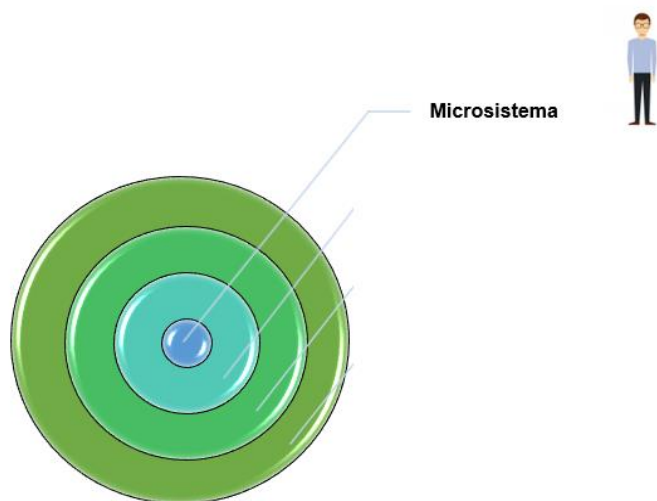
Nota: Elaboración propia con base en Martínez y Robles, 2016, p.58-60

Utilizando como base la compleja estructuración de sistemas de la imagen anterior, y a través de espacios de participación activa de personas con antecedente de intento de autoeliminación, se logró desarticular cada uno de los sistemas de manera amplia y detallada, principalmente orientado a entender y explicar el papel esencial de la participación, funcionamiento y comportamiento social como uno de los principales factores protectores o de riesgo a desencadenar intentos autolíticos, o bien el suicidio consumado.

Según Martínez y Robles (2016) “el Microsistema se refiere al nivel más inmediato en el que se desenvuelve todo ser humano”, está constituido por las características propias del individuo, su personalidad, capacidades de interacción social y sus proyecciones presentes, y futuras. (p.58)

El Microsistema se refiere al ambiente en el que el ser humano pasa la mayor parte de su tiempo. Está constituido por variables como el sexo, la edad, y las características propias de la personalidad del individuo, es decir la esencia innata de cada persona, además acá se incluyen las aspiraciones laborales y el manejo del tiempo libre, un desequilibrio en este sistema puede influir directa o indirectamente en el desarrollo de una conducta suicida, uno de los factores de riesgo más importantes relacionados con el suicidio en este nivel, es el hecho de que exista en la es la historia médica previa del individuo enfermedades físicas, mentales, y el antecedente de intento de autoeliminación.

Figura 11. Microsistema



Nota: Elaboración propia con base en Martínez y Robles, 2016, p.58-60

De igual manera y más ligado a la parte social, se determinó que un microsistema vulnerable al suicidio es aquel que está constituido por conflictos de pareja, ya que éstos estimulan inseguridades personales, baja autoestima, pobre habilidad social y una capacidad limitada para solventar y resolver situaciones que les presente la vida cotidiana, haciéndolos personas con inteligencia emocional débil, que favorece a inclinaciones autolíticas.

El microsistema incluye también cualidades inherentes del individuo tales como, el sexo, y la edad, además condiciones como el estado civil, paternidad, nivel educativo, el manejo del tiempo libre, dificultades para establecer relaciones sociales, o déficit de habilidades sociales, las cuales pueden ser factores protectores o de riesgo, para ejecutar conductas suicidas, en caso de que alguna de las anteriores no complete de manera integral al individuo, desde su perspectiva de calidad de vida.

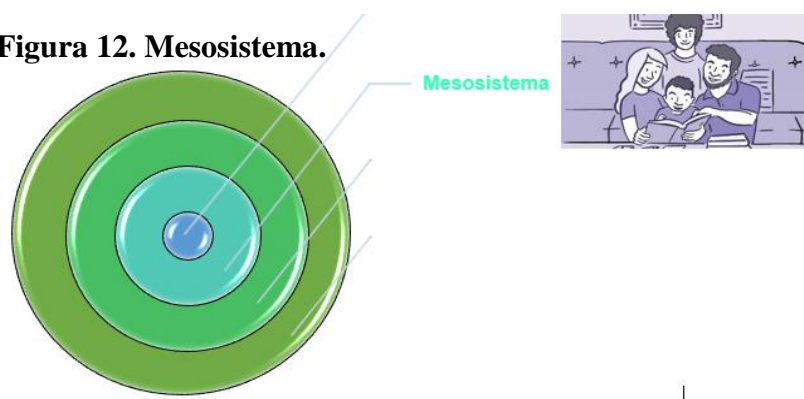
Los individuos con personalidades autocríticas equilibradas, con adecuadas relaciones familiares, de pareja y amigos, que se sientan valorados, queridos, y que son capaces de experimentar reconocimiento por parte de los demás, son personas que según los autores, experimentan sensaciones de bienestar, que funcionan como protectores de cuadros depresivos, e intento de autoeliminación, como del suicidio consumado, que van a equilibrar el microsistema del individuo inclinado hacia el bienestar integral. (Morales et al, 2017)

Los lazos estrechos con personas significativas a quienes acudir en situaciones de necesidad, van a equilibrar el microsistema del individuo, sentirse complacido con los logros obtenidos, de las habilidades, los recursos y la capacidad para afrontar las dificultades de la vida, son atributos que provocan en el individuo, factores propios de protección a riesgos de presentar sintomatología depresiva y conducta suicida.

Los individuos en condición de soltería, viudez, o separación conyugal, son grupos que tienden a tener una actitud suicida mucho más marcada que la población con relaciones estables o hijos, de igual manera, y muy ligado al Microsistema, se determina que la personalidad cargada de autocrítica se relaciona directamente con fallos personales, culpa y sentimientos de tristeza profunda que ante la soledad, abandono y rechazo social, potencia las ideas suicidas, por lo que la personalidad con orientación autolesiva es tan riesgosa como los demás factores de riesgo para suicidio.

Por otra parte, el concepto de Mesosistema “se refiere a la capacidad de los individuos en el manejo de sus relaciones sociales, que abarcan desde la dinámica familiar, hasta inclusive, su interacción en el ambiente”; el ambiente escuela - colegio, por ejemplo, puede ser un factor ya sea de riesgo o de protección, realmente importante, cuyo impacto favorable o desfavorable depende principalmente tanto de las habilidades como la calidad de relaciones sociales que la haya creado el individuo durante esta etapa. (Martínez y Robles, 2016, p.59)

Figura 12. Mesosistema.



Nota: Elaboración propia con base en Martínez y Robles, 2016, p.58-60

La dinámica familiar va a depender de múltiples condiciones que van desde la crianza, los conflictos entre los padres durante la infancia, y la violencia intrafamiliar. La familia representa un factor ambiguo, es decir, puede ser un factor protector o representar un potencial factor de riesgo para cometer el suicidio. Muchos sobrevivientes de intentos autolíticos han manifestado que la imposibilidad de manifestar y expresar de manera abierta y confiada preocupaciones personales, o inclusive los sentimientos internos con los padres de familia, la pareja, o bien a los hijos, en el caso de los padres, representa un factor inminente para el riesgo de realizar un acto suicida.

Según Pérez (2015), “la familia puede ser nociva, un medio patógeno, ya que las relaciones familiares no armónicas favorecen el incremento del riesgo de conductas suicidas, teniendo un mayor impacto en edades adolescentes”. (p. 46)

Es importante tomar en cuenta que la adolescencia es una etapa de la vida en la que ocurren múltiples cambios, uno de ellos es la adaptación e integración de una nueva imagen corporal, etapa en la que el individuo en cuestión deja de ser niño, sin embargo, a pesar de ello tampoco llega a ser calificado como adulto. Los cambios de adaptación y desarrollo de personalidad integral, como la aceptación de la nueva imagen corporal, combinados con el desarrollo de un nuevo pensamiento y

juicio crítico ante la vida, reestructuran radicalmente la identidad de cada individuo, generando un impacto muchas veces negativo en la relación con los integrantes de la familia, desintegrando muchas veces relaciones fuertes y llevaderas que en algún momento representaron un fuerte soporte emocional, lo que directamente produce inestabilidad en el individuo, y por supuesto en su red de apoyo emocional.

En un estudio realizado en el estado de Tabasco, en el país México, después de analizar a más de 201 adolescentes en edades de entre 10 y 19 años, en temas relacionados con ideación suicida y problemas intrafamiliares, se determinó que “los adolescentes de familias multiproblemáticas tuvieron una inclinación sumamente marcada hacia la conducta suicida” esto principalmente debido a la agresión intrafamiliar, siendo la intoxicación con fármacos el principal método puesto en práctica por los protagonistas del IAE. (Pérez, 2015, p. 52)

Es importante también tomar en cuenta que los cambios tanto físicos como psicológicos que atraviesan los individuos durante la etapa de la adolescencia, sumados a una posible frágil relación familiar, genera grandes inseguridades al momento de tomar decisiones, esto, más los constantes cuestionamientos personales, llega a generar conflictos contra los padres de familia, ya que el individuo en dicha evolución siempre tiende a la búsqueda de libertades como medio de respuesta a múltiples interrogantes que no se logran evacuar en ambientes familiares hostiles, lo que provoca inminentemente desacuerdos en el núcleo familiar, desestabilizando las bases de convivencia y posibles redes de apoyo emocional de los adolescentes.

Concluye, Pérez (2015), puntualmente en que “un ambiente familiar que no propicie y manifieste afecto y cariño, y dónde más bien predomine la incomprensión y el rechazo es sin duda un gran factor de riesgo entrelazado con el intento suicida”, esto le da sentido a una de las hipótesis planteadas en algún momento por Sigmund Freud, donde menciona que “*el individuo suicida vuelca sobre sí su ira inconsciente no expresada hacia una persona amada*”, que siguiendo la secuencia lógica de este punto, se podría entonces pensar, en esa persona amada, como aquel integrante de la familia al que el individuo suicida no pudo expresar lo que en algún momento le perturbó, dolió, interrogó, etc. (p.64)

Por otra parte, y siempre bajo el contexto de Mesosistema, en relación con la interacción del individuo y su entorno, se encuentra la ambiente escuela – colegio. En este ambiente se pueden

desarrollar situaciones de bullying, exclusión, y discriminación, que representan en muchas ocasiones la raíz tanto de las ideaciones como actos suicidas en adolescentes.

Muchos sobrevivientes de intentos autolíticos concuerdan en que la etapa del colegio representa un periodo en el que muchos fueron víctimas de violencia escolar, por razones tales como orientación sexual, color de piel, limitantes físicas y el estrato socioeconómico, condiciones que agravaron el estado de ánimo basal, orientando el pensamiento a desarrollar ideas autolíticas en estas personas.

El bullying o matoneo fue descrito por primera vez en el año de 1983 en Noruega, como consecuencia de la violencia escolar, y es definido como:

un problema mundial, caracterizado por el comportamiento agresivo, intencional y repetitivo hacia un individuo vulnerable, que está constituido por intimidación de índole física, verbal, social, que culmina creando una relación de abuso entre él o los agresores y la o las víctimas. (Escobar, Montoya, Restrepo y Mejía, 2016, p.248)

El bullying desarrolla consecuencias negativas contra la salud física y mental de las víctimas, fomentando casi de manera incontrolable la manifestación de síntomas depresivos e ideaciones suicidas, que, a pesar de los grandes esfuerzos por parte de los centros educativos y padres de familia involucrados, por evitar el bullying, este se ha mantenido, desde la década de los setenta y con un comportamiento de prevalencia cada vez más alta.

Actualmente inclusive se atraviesa la etapa del cyberbullying o ciberacoso, una nueva modalidad de matoneo, el cual está constituido por aquellos comportamientos de intimidación verbal, con fines burlescos, insultos y amenazas, con la característica de que son manifestados a través de medios electrónicos tales como, correo electrónico, mensajería de texto de teléfonos celulares o bien sitios de internet, y cuya principal finalidad es ridiculizar y excluir socialmente a un individuo. (Escobar et al, 2016)

Las redes sociales en la actualidad tienen una inmensa variedad de presentaciones, las cuales son en definitiva un atractivo exquisito para los adolescentes, representan medios que tienen alcances con fines de generar nuevas relaciones interpersonales, entretenimiento, acceso a información, entre otras, formando el sistema digital de ésta manera, un medio integral que forma parte de la vida de cualquier ser humano.

Si bien es cierto que el sistema de información descrito anteriormente tiene grandes ventajas, la realidad actual es que también este sistema representa grandes abismos negativos, por ejemplo, en muchos casos de adolescentes que son víctimas de ciberbullying y a pesar de no existir en ellos algún antecedente médico psiquiátrico, o riesgo de comportamiento suicida previo, este modalidad de matoneo da como resultado el desarrollo de síntomas depresivos en sus víctimas, que facilitan la ideación suicida estructurada, además de que promueve de manera muy efectiva el desarrollo de posibles trastornos de estrés postraumático, y con ello comportamientos autolíticos inminentes.

Además del factor de la disfunción familiar y de la etapa tórpida en la escuela – colegio, ambas pueden ser exacerbadas por escenarios de violencia de género, violencia psicológica, intolerancia entre vecinos y comunal, aspectos meramente de comportamiento social, incluidos en el Mesosistema, como factores que estimulan la ideación suicida. (Martínez y Robles, 2016)

El desarrollo de sentimiento de pertenencia a minorías discriminadas, muy común por ejemplo en los integrantes del colectivo LGBTQ, provoca uno de los principales estímulos que desencadena tanto, ideas autolíticas, como el acto suicida, y es importante mencionar que la orientación sexual es un fenómeno multidimensional, ya que no hace referencia exclusiva a la conducta sexual, sino que también involucra la identidad de género del individuo. (Tomicic et al, 2016)

Los integrantes de este colectivo, la mayoría de veces, son expuestos a entornos sociales hostiles, caracterizados por el prejuicio, rechazo y exclusión, lo que les desarrolla un gran desequilibrio emocional, produciéndoles trastornos mentales, los cuales son totalmente ajenos a la orientación sexual e identidad de género como tal, y que son más bien consecuencia casi que exclusiva del comportamiento social que les rodea, provocándoles así grandes impactos de índole negativo, que muchas veces despiertan tendencias autolíticas como medio de salida a esta realidad.

La noción de la identidad de género y la autovaloración de esa identidad, por parte del individuo, puede dimensionarla en un contexto de vergüenza u orgullo, que puede funcionar ya sea como factor de protección ante ideas suicidas, o bien como factor de riesgo, en el caso del individuo que se avergüence de ella. Definitivamente muchas veces esta autovaloración de aceptarse tal cuál se es, está totalmente viciada por paradigmas sociales hacia lo que se considera “normal”, por lo

que las tendencias autolíticas llegan a ser para estas personas una opción de escape, ante la inmensa confusión que provocan hechos como la autovaloración, aceptación, y el encajar en una sociedad.

Según Tomicic et al (2016), el colectivo

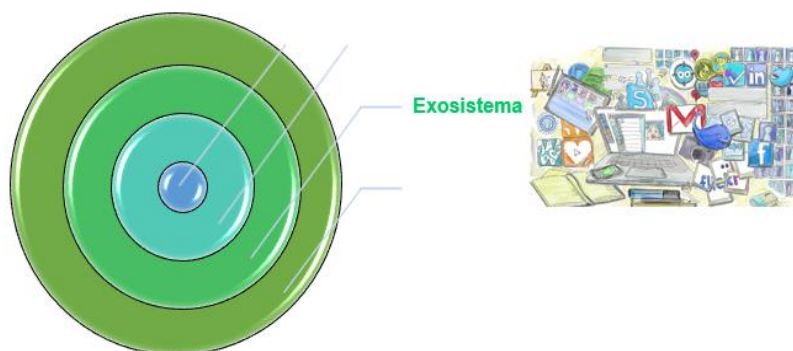
LGBT tiene mayor incidencia al desarrollo tanto de ideas autolíticas como de suicidio consumado, esto por factores de riesgo específicos tales como: la victimización de género, la homofobia internalizada, la marginación de la comunidad y la edad de salida del clóset". (p. 730)

Se ha establecido que el colectivo LGBTQ tiene un riesgo de ejecución de actos suicidas hasta siete veces mayor que la población heterosexual, esta diferencia se debe principalmente a la presencia de factores de riesgo en dicho colectivo, que la población heterosexual no atraviesa en su desarrollo personal, de igual manera, influye en el acto de aceptación o rechazo familiar ante la diversidad de identidad de género u orientación sexual de algún integrante de la familia, principalmente en edades adolescentes, esto representa un estímulo que incrementa hasta 8 veces más el riesgo de suicidio.

A su vez, la homofobia internalizada, es señalada como un comportamiento suicida el cual tiene como finalidad por parte del implicado castigar o destruir su "mala parte" cuyo concepto en mayoría es determinado por estigmas y prejuicios sociales. Con respecto a la edad de salida del closet, está descrito que a menor edad de develación de la identidad de género como de orientación sexual, la victimización de género aumenta, y por ende el comportamiento suicida.

Ahora bien, con respecto al Exosistema, Según Martínez y Robles (2016) "éste nivel corresponde a aquellos factores meramente externos, de los cuales el individuo no tiene dominio propio sobre ellos", pero, categóricamente le pueden afectar, este nivel está conformado por lugares físicos, la violencia comunal, los medios de comunicación, el internet, las prácticas religiosas, como también la cultura y costumbres de la sociedad en que se habite. (p.59)

Figura 13. Exosistema.



Nota: Elaboración propia con base en Martínez y Robles, 2016, p.58-60

Los medios de comunicación, representan una categoría que llama la atención, pues en el tema de suicidio tienen el mismo impacto como alcance de los de anteriores factores de riesgo, es decir, los medios de comunicación pueden constituir tanto un factor de protección como en definitiva un factor de riesgo para la población juvenil en temas de suicidio.

De igual manera, de los medios de comunicación, se podría decir que, el medio más utilizado para el acceso a su contenido son las redes sociales, las cuales representan el escenario de divulgación de cualquier tipo de información, que si bien es cierto, es un herramienta que puede prevenir eventos suicidas, se debe reconocer que también son un problema, debido a la manera en que muchas veces son expuestas varias notas relacionadas con este tema, especialmente los medios de comunicación clasificados como “amarillistas” los cuales estimulan de alguna u otra manera la imitación de conductas suicidas, especialmente en poblaciones vulnerables, como por ejemplo, los adolescentes.

Según Martínez y Robles (2016) “hasta en un 28% de la población evaluada con intentos suicidas, tenían amigos que lo habían intentado previamente”, motivo por el cual debe de existir un estricto control en cuanto a cómo se trasmite la información sobre el tema del suicidio. (p.65)

Tanto en América Latina, como alrededor del mundo, las notas de medios de comunicación referidas a temas sensibles, y delicados como el suicidio, deben de tener protocolos que les permitan dar un adecuado manejo de la información publicada, en los que se establezcan directrices emitidas por profesionales en ciencias de la salud, que les puedan indicar la manera pertinente de divulgar estos temas, con el fin de disminuir el impacto negativo en la estabilidad emocional de los espectadores o receptores vulnerables.

Otro aspecto fundamental del Exosistema y que llamó mucho la atención, es lo relacionado con el tema de la espiritualidad. Según Martínez y Robles (2016) y derivado de sus investigaciones con personas con antecedente de intento autolítico, “la mayoría de ellos concluyen en que creer o no en Dios es un factor ya sea de riesgo o protector realmente significativo”. (p.65)

El suicidio, por criterio de la mayoría y como generalidad dentro del pensamiento social de personas creyentes, no es aceptado por Dios, ni por la mayoría de religiones, ya que el acto de quitarse la vida, es considerado una falta grave hacia Dios y a los principios espirituales.

Estudios realizados por Martínez y Robles (2016), determinaron que “aquellas personas que asistían a algún culto religioso tenían una tasa de 11% al suicidio, en comparación con el 29% que representa a aquellos que asistían con menor frecuencia” o bien se podría decir aquellos que no tenían del todo una práctica religiosa. (p.65)

La espiritualidad como factor de protección en el tema del suicidio ha sido muy estudiada en los últimos años, y se ha determinado que aquellos individuos que practican o profesan una religión, son personas menos propensas a ejecutar algún acto suicida previo, esto en independencia de tener o no algún antecedente de ideación suicida, o alguna enfermedad mental de base.

Otros factores de riesgo que conducen a ejecutar el suicidio o IAE dentro del Exosistema, son aquellos constituidos por mitos y creencias que rodean el concepto de acto suicida, es decir, que algunas personas o situaciones sociales hacen percibir el suicidio como un juego, e inclusive algunas veces como un inútil reto social que intenta poner en evidencia la valentía del posible actor, aprovechándose muchas veces de la inestabilidad y pobre inteligencia emocional que sufren o atraviesan algunos grupos sociales vulnerables, por ejemplo y muy frecuentemente los adolescentes.

De igual manera otros de los múltiples factores de riesgo incluidos en el exosistema, son por ejemplo, el hecho de visualizar socialmente el suicidio como la salida perfecta a los problemas cotidianos, el fácil acceso a métodos autolesivos, el poco control sobre los sitios o páginas web, el descontrol de amistades negativas en redes sociales, el poco interés y apoyo de la sociedad en estos temas, influencias negativas, intolerancia social hacia poblaciones estigmatizadas, y la negativa o imposibilidad personal de desarrollar alguna práctica espiritual, sin importar el origen o temática

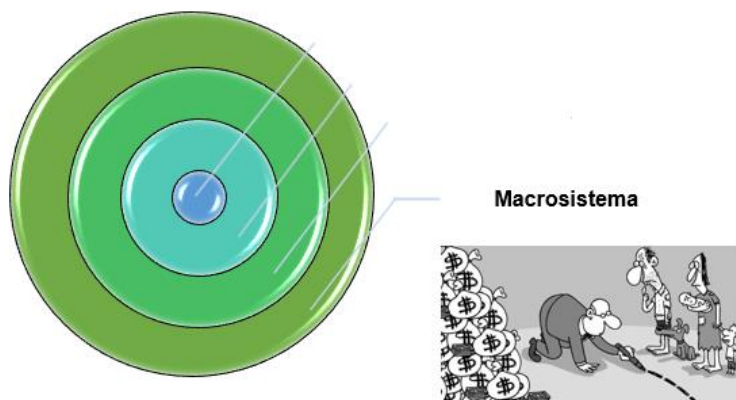
de la misma; todos estos sin duda representan factores exacerbante que estimulan de alguna u otra manera las ideas autolíticas.

Por último, y no menos importante, se menciona como parte del Sistema Ecológico, un Macrosistema, el cual corresponde a

los factores sociales más generales, los que en su mayoría explican las tasas de violencia nacional o mundial, incluye las consecuencias de las tensiones sociales, es decir, todo lo relacionado con el marco político, normas culturales, que apoyen o incentiven la violencia como una manera de resolver conflictos sociales. (Martínez y Robles, 2016, p.59)

Acá se engloban las actitudes que consideran el suicidio como una posible opción de libertad personal más que como un acto de violencia.

Figura 14. Macrosistema.



Nota: Elaboración propia con base en Martínez y Robles, 2016, p.58-60

El Macrosistema es tan amplio que de hecho hace inclusión de factores como la economía, a nivel nacional, ya no sólo como un factor familiar o personal, la religión dominante, deficiencias en políticas de salud mental, la incapacidad de una adecuada atención oportuna ante eventos de IAE, creencias y prácticas culturales y el concepto social de la violencia, los cuales constituyen factores esenciales, que sumados a la vulnerabilidad de las personas, que son afectadas por estas circunstancias, les inclina de alguna u otra manera a cometer actos suicidas, inclusive masivos.

Los factores de riesgo suicida de origen social y político corresponden al Macrosistema, en este nivel se hace mención según Martínez y Robles (2016), “que la percepción y ejecución del suicidio está severamente influenciado por variables como el desempleo, la situación social y

económica, Sistemas de Salud comunal, como también el impacto de las creencias culturales” condiciones que sin duda favorecen a la creación de ideas autolíticas, como también, el ejercicio del acto suicida consumado. (p.65)

Se ha estudiado a través de los años la percepción social comunitaria hacia el suicidio, y se ha determinado que los hechos sociales tienen particular influencia negativa o positiva en la vida de los individuos, es decir el suicidio es producto de un fenómeno social con connotaciones psicológicas de fondo, factores como la corrupción, el desempleo, la violencia, creencias religiosas, entre otras, son condiciones ajenas al poder de los individuos, pero representan psicoestresores realmente fuertes, que puede desviar las expectativas futuras de sus vidas, manifestando las ideas autolíticas como escape a la adversidad social.

Recientemente, se ha prestado mayor atención a factores globales, como lo son las condiciones económicas de un país, o bien, a nivel mundial y con ello, lo relacionado a la desigualdad de ingresos, según Campos y Herazo (2015) “esta desigualdad se define como aquella distribución dispar de bienes e ingresos económicos entre individuos o grupos al interior de una sociedad o país”, y a partir de esto se ha observado que la desigualdad económica muestra una asociación significativa con las tasas de suicidio en adultos. (p. 29)

Particularmente llama la atención, y de manera preocupante que es mucho más fácil identificar factores de riesgo que lleven al suicidio, que los factores protectores, esto concuerda desafortunadamente con los estudios realizados en el año 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se reporta que uno de los grandes retos que tiene los gobiernos y centros de salud no sólo de Latinoamérica, si no al rededor del mundo, es el de prevenir el suicidio, educar y sensibilizar a la sociedad, logrando así fortalecer aquellos posibles factores que protejan la vida, favoreciendo a la prevención del suicidio.

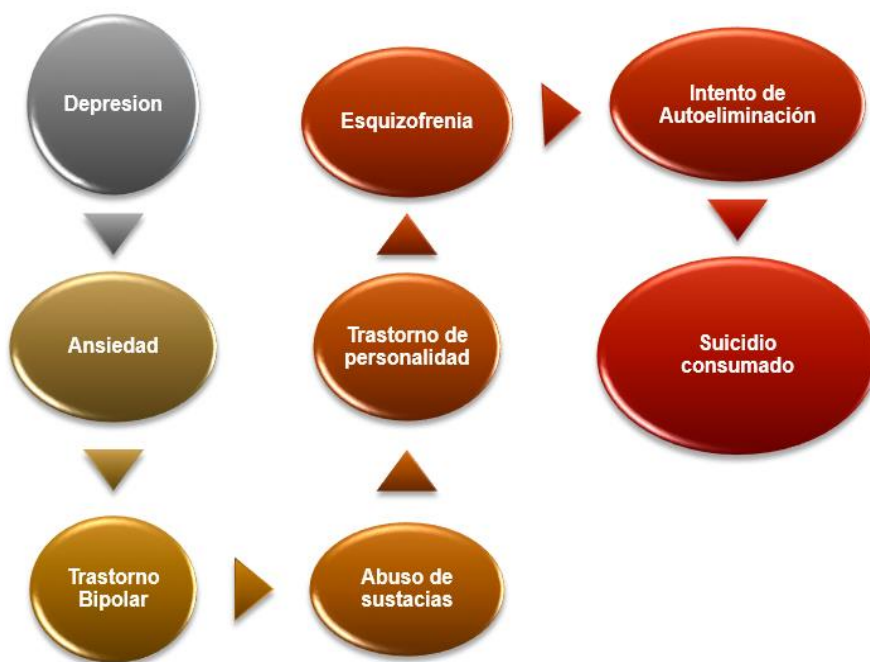
El suicidio es definido según la Organización Mundial de la Salud como el “*acto deliberado de quitarse la vida*”, y las consecuencias producto tanto de los suicidios consumados como IAE son devastadores, tanto para las personas que lo ejecutan, como para sus familias e inclusive el propio Estado, esto debido a que la inversión económica que realiza el Estado en la recuperación de un individuo sobreviviente a un acto suicida, orientado a subsanar las lesiones físicas, traumas emocionales, mentales como la misma hospitalización, esfuerzos que son realmente costosos. (Bedoya y Montaña, 2016)

Relacionado con el golpe económico que provoca el suicidio al el Estado, está el hecho de que la mayoría de pérdidas humanas producto de suicidio, son individuos en edades productivas, lesionando de esta manera el progreso económico del país.

Ahora, si bien es cierto, el Intento de Autoeliminación, como el suicidio consumado, son producto de condiciones sociales ya conocidas, las cuales involucran desde “la desintegración familiar, hasta factores externos y ajenos al control del individuo, como lo son la discriminación y los conflictos económico-sociales de un país”, que muchas veces estos desencadena violencia social, etcétera, sin embargo, es de suma importancia destacar ampliamente la relación estrecha que existe entre los trastornos mentales, o bien, las patologías psiquiátricas y el intento de autoeliminación y el suicidio consumado, ya que los trastornos mentales representan el principal factor de riesgo en éstos casos. (Bedoya y Montaña, 2016, p. 182)

Según los autores Bedoya y Montaña (2016) “cerca del 90% de los individuos que comenten un suicidio tienen un diagnóstico psiquiátrico” por lo que los trastornos mentales representan un factor de riesgo de total relevancia, aunado, cuando éstos trastornos se agravan, los pacientes suelen presentar mayor mortalidad por suicidio, lo cual se determinó a través de múltiples autopsias psicológicas. (p.182)

Figura 15. Trastornos mentales frecuentemente relacionados con IAE y suicidio.



Nota: Elaboración propia con base en Bedoya y Montaña, 2016, p.182

El riesgo de actos suicidas tras el diagnóstico de algún trastorno mental, simboliza muchas veces un reto importante en la vida del paciente afectado, existiendo un mayor riesgo de suicidio en los primeros meses del diagnóstico, también, se ha determinado que a mayor número de trastornos psiquiátricos comórbidos tenga un individuo, mayor será el riesgo de ejecutar conductas suicidas.

Figura 16. Depresión



Nota: Elaboración propia.

El concepto de la figura supra representa al principal trastorno mental relacionado con el suicidio, y se sabe que “aumenta hasta 12 veces el riesgo de suicidio en comparación con la población que no la presenta”, y este riesgo se exagera aún más cuando se mezcla con la desesperanza, caso en el que el método de suicidio elegido por el actor será todavía más agresivo, y por lo tanto su letalidad será mayor. (Bedoya y Montaña, 2016, p. 182)

La depresión es un estado en el que existe un cambio del funcionamiento previo de un individuo, caracterizado por un “estado de ánimo decaído, pérdida de interés por actividades que le solían producir placer, cambios en el apetito, sueño y actividad motora, sensación de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, y el desarrollo de pensamientos sobre el deseo de morir”, la mayoría de veces sin un plan determinado. (Bedoya y Montaña, 2016, p. 182)

Los trastornos del espectro afectivo son producto tanto las enfermedades crónicas médicas como las psiquiátricas, los trastornos afectivos, sin embargo, por cualquiera de las dos razones, se caracterizan por el desarrollo de manifestaciones depresivas y ansiosas, las cuales responden satisfactoriamente al uso de antidepresivos, pero, particularmente en muchas ocasiones y con bastante frecuencia e incidencia, las manifestaciones depresivas y ansiosas se relacionan con entidades clínicas que no son meramente afectivas, sino que, son más bien manifestaciones doloras

físicas, como por ejemplo, de la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, migraña y colon irritable. (Arango y Rincón, 2016,)

En los centros de salud en atención primaria, los síntomas físicos representan una consulta realmente frecuente, sin embargo, el trasfondo de este tipo de consulta muchas veces tiene como origen una depresión solapada, según Arango y Rincón (2016) “más del 50% de pacientes con depresión expresan malestares somáticos, y de ese 50% al menos un 60% corresponde a algún tipo de dolor físico”, pero a pesar de ello, los médicos en atención primaria pueden suponer que estos síntomas físicos manifestados, son únicamente generados por enfermedades médicas de fondo, produciéndose de esta manera un fenómeno que provoca un pobre reconocimiento diagnóstico de cuadros depresivos o ansiosos. (p. 47)

Se ha observado que el aumento repetitivo de quejas por dolor físico está ligado, en gran parte de los pacientes, a una mayor gravedad de los estados depresivos de base, y que el crecimiento progresivo de ésta intensidad dolorosa es indicativo de un mal pronóstico de los mismos; la relación etiopatológica entre el dolor, los trastornos somáticos y el estado de ánimo depresivo o ansioso es cada vez más claro, por ejemplo, en el caso de pacientes con fibromialgia, éstos tienen hasta 3 veces más probabilidad de sufrir o desarrollar trastornos mentales como depresión o ansiedad, que aquellos pacientes que no padecen fibromialgia. (Arango y Rincón, 2016)

Llama la atención que, dentro de los sistemas de caracterización de enfermedades psiquiátricas, el dolor físico como tal no está incluido dentro de las manifestaciones clínicas de la depresión o de algún trastorno del estado de ánimo, o bien, si es incluido es de manera escueta o poco relevante, razón por la cual se ha desarrollado la idea errónea de que la depresión como tal tiene muy poca o ninguna relación con el dolor físico.

La depresión y el trastorno de ansiedad, no se relacionan únicamente desde un punto de vista fisiopatológico, sino también clínico, según Arango y Rincón (2016)

los primeros metanálisis realizados en la búsqueda de comorbilidades entre estos dos trastornos mentales, dedujeron que el 58% de los pacientes depresivos presentaban algún tipo de ansiedad, y a la inversa, los pacientes con ansiedad presentaron hasta en un 56% presencia de cuadros de depresivos”. (p. 48)

Tanto la depresión como la ansiedad se relacionan con la manifestación clínica de dolor físico crónico y existe evidencia que considera que entre mayor sea la queja por dolor, más intensas serán las manifestaciones clínicas depresiva y ansiosas.

Según Arango y Rincón (2016) “los síntomas físicos dolorosos representan una característica común en pacientes que sufren trastorno de ansiedad generalizada, y en mayor proporción en pacientes con trastorno depresivo”, y debido a estos síntomas físicos dolorosos es que se provoca en los pacientes con trastorno de ansiedad y depresión un deterioro funcional, que les afecta en el adecuado desarrollo de sus relaciones sociales, laborales, como en el funcionamiento familiar adecuado. (p.48)

De igual manera otros estudios han demostraron que hasta en un 65.8% de los pacientes atendidos en el primer nivel de atención de salud, consultaron por presencia de síntomas como cefalea o mialgias, sin embargo, lo que realmente necesitaban para la remisión de dicha sintomatología era tratamiento y manejo de sus trastornos mentales de fondo, representando como primera alternativa terapéutica el uso de antidepresivos.

Como se ha descrito, la condición dolorosa crónica es una manifestación constante en pacientes con trastornos depresivos y se ha evidenciado que el dolor físico es una condición que aumenta considerablemente la frecuencia y gravedad de 7 de los típicos síntomas depresivos, como lo son: “el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés, la agitación, o inhibición psicomotora, el aumento de peso, el insomnio, la fatiga y problemas de concentración”, motivo por el cual, se debe de considerar el dolor como una real manifestación clínica dentro de la florida sintomatología de trastornos depresivos, permitiendo al buen clínico plantearse probables diagnósticos diferenciales ante el dolor. (Arango y Rincón, 2016, p.48)

Un estudio longitudinal a 3 años, determinó que, “de existir síntomas dolorosos sin remisión y sin tratamiento, genera como consecuencia que se reduzca drásticamente la probabilidad de recuperación efectiva de cuadros depresivos”. (Arango y Rincón, 2016, p.48)

En varios estudios realizados a nivel de América Latina, se ha observado que en pacientes deprimidos los síntomas físicos dolorosos se manifiestan con mayor gravedad y duración, que en pacientes sin trastornos mentales de base, evidenciando de ésta manera la gran necesidad de brindar

una atención integral, que permita un adecuado tratamiento a aquellos síntomas emocionales que puedan ser la causa de la sintomatología física dolorosa.

Entonces se puede resumir puntualmente lo anterior en que, ante la probable existencia de depresión, ansiedad y somatización dolorosa, aunado a un mal abordaje, se incrementa considerablemente el desarrollo de discapacidades funcionales del individuo involucrado y se exagera el desarrollo de ideación suicida.

Según Arango y Rincón (2016) “existe una relación estrecha entre los trastornos depresivos y ansiosos con dolores crónicos específicos, como lo son la fibromialgia, el dolor neuropático, el dolor lumbar crónico, la migraña, síntomas físicos dolorosos y síntomas dolorosos persistentes”, los cuales se detallan de manera específica en la tabla número 26. (p. 48)

Tabla 24. Trastornos dolorosos y sus comorbilidades frecuentemente relacionadas.

Trastorno	Comorbilidad	Proporción
Fibromialgia	Trastorno depresivo mayor	20 - 80 %
	Trastorno de ansiedad	13 - 63,8 %
Dolor neuropático	Trastorno depresivo mayor	34 %
	Trastorno de ansiedad	25 - 59,4 %
Dolor lumbar crónico	Trastorno depresivo	26 %
Migraña	Trastorno depresivo	48 %
Síntomas dolorosos persistentes	Trastorno de ansiedad generalizada	60 – 93 %
Síntomas dolorosos físicos	Trastorno depresivo	93,5 %
	Trastorno depresivo con síntomas dolorosos físicos	72,4 %

Nota: Arango y Rincón, 2016 p.49.

Por su parte, el insomnio representa una molestia constante en la población general, hasta un 9% de la población en general consulta al menos en una ocasión por insomnio crónico, y al menos un 30% consulta por insomnio ocasional.

Según Arango y Rincón (2016) “hasta un 65 – 89% de los pacientes con alguna dolencia crónica que fueron evaluados en centros de tratamiento especializados, manifiestan concomitantemente al menos una queja de sueño, o bien, lo describen como un sueño no

reparador”, de igual manera hay evidencia de que existe, particularmente, una mayor intensidad dolorosa en aquellos individuos que manifiestan dolor concomitante con algún trastorno del sueño como: insomnio, despertares frecuentes, o sueño no reparador, que aquellos pacientes sin este tipo de síntomas. (48)

Tanto la ansiedad como el dolor emocional (depresión) son representados como los mejores predictores de la gravedad del insomnio, es decir, a mayor ansiedad o dolor emocional, mayor será el insomnio, y a la vez, reportes estadísticos demuestran que, la ansiedad y la depresión por sí mismas exacerbaban las manifestaciones dolorosas físicas, y esta triada de depresión-ansiedad- dolor, incrementan la sintomatología del insomnio. (Arango y Rincón, 2016, p.49)

Ahora bien, debido a los grandes avances existentes en las últimas décadas en el campo de la investigación biomédica, se ha descubierto que los trastornos depresivos (dolor emocional) y ansiosos comparten similitudes etiológicas, biológicas, funcionales, estructurales y ambientales, con los trastornos de dolor crónico y el insomnio. Dentro de las similitudes biológicas que comparten ambas entidades se encuentran los determinantes genéticos, los cuales están constituidos por genes que regulan la señalización de ciertos neurotransmisores y citocinas neurotróficas e inflamatorias, que favorecerán al desarrollo de varios síntomas clínicos que manifestarán en común. (Arango y Rincón, 2016)

Estas variantes genéticas potencian sus efectos gracias a múltiples factores ambientales, dentro de los que según Arango y Rincón (2016),

se encuentran el estrés psicosocial continuo y la enfermedad en general, que estimulan al individuo a generar cambios en la sensibilidad de receptores de glucocorticoides en el sistema nervioso y demás órganos, como también la alteración del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis glándula adrenal. (p.49)

Lo que provoca alteraciones anatómicas, y un aumento en la producción y liberación de varias citoquinas proinflamatorias que de igual manera desencadenan como consecuencia directa, variaciones estructurales y funcionales del Sistema Nervioso Central del individuo.

Tabla 25. Similitudes etiológicas, funcionales y estructurales entre el dolor crónico, la depresión, y la ansiedad.

<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas depresivo-ansiosos y los síntomas dolorosos pueden desencadenarse o agravarse por el estrés. • El sistema de circuitos involucrados en la modulación del dolor tiene elementos comunes con los circuitos de regulación de la respuesta al estrés y el estado de ánimo.
<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios de resonancia magnética nuclear funcional muestran que la corteza anterior del cíngulo es fundamental en el reconocimiento de la experiencia del afecto negativo en respuesta al dolor físico, áreas que también median en procesos de malestar asociados a exclusión social. • La transmisión del dolor emocional y el dolor corporal comparten los mismos tractos en el sistema nervioso central.
<ul style="list-style-type: none"> • Se han descrito cambios funcionales y estructurales de la amígdala y el hipocampo en trastornos del afecto y enfermedades dolorosas. • La disfunción de las estructuras límbicas contribuye a las perturbaciones en el funcionamiento neuroendocrino, autónomo e inmunitario que pueden influir en la generación o el agravamiento de los síntomas del estado de ánimo y el dolor.
<ul style="list-style-type: none"> • La activación excesiva del sistema simpático combinada con la elevada producción de citocinas proinflamatorias, desempeña un papel en la etiología depresiva y dolorosa. • En las células, se han señalado alteraciones en la relación neurona-glía en los síntomas tanto dolorosos como afectivos. • En la depresión – ansiedad, y el dolor crónico, se han comprobado a escala molecular disfunción glutamatérgica y alteraciones de las cascadas de señalización intracelular y el soporte neurotrófico.

Nota: Arango y Rincón, 2016, p.50.

Investigaciones actuales han registrado que, tanto en la depresión y ansiedad, como el dolor crónico, ambas presentan múltiples procesos de neurosensibilización, los cuales provocan un

incremento persistente de la reactividad neuronal normal, demostrando de ésta manera los posibles orígenes neurobiológicos y neuroplásticos que comparten en común la depresión y ansiedad con el dolor crónico.

Es por lo anterior que la neurosensibilización ha llegado a ser considerada el principal fundamento etiológico que comparten en común el dolor crónico, la depresión y el trastorno de ansiedad, por lo que, se podría resumir que es la neurosensibilización la responsable del desarrollo de la sintomatología clínica que comparten en común estos trastornos mentales y dolencias físicas, y que de igual manera se atribuye a la neurosensibilización que dicha sintomatología sea cada vez más espontánea, persistente y grave. (Arango y Rincón, 2016)

Fue durante el año 2000 que se plantearon las primeras hipótesis que intentaban explicar la fisiopatología de la depresión, fundamentando que la depresión era consecuencia de “una alteración de la neurogénesis en el hipocampo del afectado”, conforme existieron avances en la investigación de esta hipótesis se comprobó que existían cambios similares a este en casos de ansiedad y dolor crónico, lo que propuso en su momento una relación clínico y patológico, como se describe en algunos puntos de la tabla número 27. (Arango y Rincón, 2016, p.50)

De las investigaciones realizadas con el objetivo de definir la fisiopatología de la depresión, se obtuvo que en todos los casos analizados existían ciertas alteraciones en las concentraciones séricas de ciertas sustancias como el factor neurotrófico derivado del cerebro por sus siglas en inglés BDNF, y otras como la serotonina, las cuales tienen una importante relación en la vida neuronal y glial del SNC. (Arango y Rincón, 2016)

El BDNF ha sido descrito por de varias investigaciones como un sustrato molecular de estrés, puesto que su expresión se reduce en situaciones psicoestresantes, las cuales representan un riesgo sumamente importante en los trastornos depresivos, como el trastorno depresivo mayor (TDM).

Ahora bien, el trastorno depresivo mayor representa uno de los principales trastornos mentales asociados al suicidio a nivel mundial y se estima que “el intento suicida en pacientes con TDM ocurre hasta en el el 40% de los casos”, y debido a las estimaciones que indican que suprimiendo el trastorno depresivo en la población que lo padece, se pueden revertir estos porcentajes alarmantes de intentos autolíticos, es que se ha dado énfasis al estudio de la

participación del BDNF en el TDM y suicidio, con la intención de lograr reducir los IAE como suicidios consumados, generando grandes beneficios positivos en temas de salud pública y economía. (Silva, Vicente y Valdivia, 2015, p.45)

Se ha observado que existe una evidente disminución de la expresión de BDNF en casos de TDM, sin embargo, se evidenció que tras la administración de tratamientos antidepresivos se logró normalizar sus valores séricos, concluyendo con esto que los antidepresivos tienen efecto directo en la expresión de BDNF, por lo que los investigadores han clasificado el BDNF como un posible agente causal del TDM, y que su control o regulación sérica puede ser el posible tratamiento para la depresión. (Silva et al, 2015, p.45)

Tanto en el estrés como en el TDM existe una importante reducción del volumen del hipocampo, el hipocampo recibe aferencias del eje hipotálamo-glándula pituitaria-glándula adrenal, que son quienes modulan las respuestas ante eventos estresantes y que también tiene un papel importante en la cognición y memoria emocional.

Tras varios análisis realizados a tejidos tomados de biopsias realizadas a víctimas de suicidio, como de aquellos fallecidos con antecedente de TDM, se evidenció que en ambos casos existían aparte de una reducción de volumen, niveles reducidos de BDNF, en varias regiones del hipocampo, esto se conjugó con el hecho de que los pacientes vivos con trastorno depresivo mayor, también tuvieron concentraciones disminuidas de BDNF sus muestras séricas analizadas. (Silva et al, 2015)

La corteza prefrontal es una región esencial en el procesamiento de las emociones, como resultado de los análisis de necropsias realizadas en tejidos del SNC de pacientes fallecidos con antecedente de trastorno depresivo, se evidenció que al igual que el hipocampo, la corteza prefrontal también presentaba una disminución en su volumen y se le atribuyó a esta alteración anatómica la disminución de los niveles de BDNF.

Se observó que el BDNF está disminuido principalmente en las regiones límbicas es decir en el hipocampo y la corteza prefrontal, sin embargo, una característica particularmente interesante es el hecho de que “la expresión del BDNF se encuentra aumentada en otras áreas del cerebro, por ejemplo, en el núcleo accumbens”, de igual manera se observó que en el TDM existe una particular hipertrofia de la amígdala. (Silva et al, 2015, p.45)

Estos hallazgos en conjunto permitieron poner en evidencia un probable circuito en el cerebro de los pacientes con trastornos depresivos, en el que existe un aumento en la señalización y expresión de BDNF en la amígdala y núcleo accumbens, y en contra parte, una clara disminución de éste en el hipocampo y corteza prefrontal (Sistema Límbico).

De igual manera los estudios postmortem mencionados han determinado, según Silvia et al (2015) que “existe una disminución de los niveles de BDNF en los individuos que se han suicidado independientemente de si tuvieron o no un diagnóstico psiquiátrico previo”, como también que la regulación de plasticidad sináptica, la neurogénesis y la sobrevivencia neuronal, están reguladas en cierta parte por el BDNF y la serotonina, y que ambas se co-regulan una a la otra, por lo que un deterioro de la señalización serotoninérgica podría disminuir directamente la expresión del BDNF, esto explica en gran medida las tendencias suicidas en casos de depresión. (p.47)

Se concluye de lo anterior, que el acto suicida como tal “no está únicamente condicionado por una enfermedad psiquiátrica de base, sino también por la genética del individuo”, genética en la que la proteína BDNF representa un ejemplo claro de éste punto, pues éste factor representa no únicamente un marcador presente en casos de trastornos depresivos, sino que también, representa un factor de riesgo para el desarrollo de comportamientos suicidas, los cuales serán potenciados si el individuo condicionado es expuesto a ambientes hostiles durante el desarrollo de su vida.(Silva et al, 2015, p.47)

Siguiendo con el tema y según Arango y Rincón (2016) ambos señalan tras el análisis de diferentes investigaciones, “el alelo corto del gen promotor del 5HTTPR (genes que regulan el locus promotor del transportador de serotonina) aumenta la probabilidad de depresión e ideación suicida” y esto ocurre sólo y exclusivamente si el individuo predispuesto genéticamente, se expone a factores estresantes ambientales, si el impacto ambiental sobre él fuera mínimo, es casi imposible que se desarrolle el cuadro clínico, es por esta razón que el entorno social desempeña un papel importantísimo en el tema del suicidio. (Arango y Rincón, 2016, p.50)

Varios estudios imagenológicos funcionales han revelado que existen cambios estructurales reales en regiones como la amígdala y la corteza prefrontal, dando de esta manera soporte al hecho de que la depresión, la bipolaridad, y el sufrimiento por dolor físico y el sufrimiento por rechazo comparten biológicamente los mismos circuitos, resaltando así la gran relación que hay entre ellos,

por lo que el abordaje oportuno de trastornos mentales de fondo puede sin duda, prevenir eventos suicidas. (Arango y Rincón, 2016)

Figura 17. Ansiedad.



Nota: Elaboración propia.

La ansiedad está caracterizada por la presencia de un miedo excesivo ante amenazas reales o percibidas, que provocan a partir de esto el desarrollo de una variada y concisa sintomatología ansiosa anticipada a las probables futuras amenazas, aun cuando éstas no tengan la misma intensidad que las pasadas, o bien que las mismas no le hayan ocurrido directamente a quién desarrolle los síntomas ansiosos.

Ahora bien, según Bedoya y Montaña (2016) “se ha encontrado asociación de varios trastornos de ansiedad con ideación e intentos suicidas, y las personas con fobias específicas tienen un 60% de más probabilidad a ejecutar intentos de suicidio que personas sin el diagnóstico”, esa tasa del 60% que predispone al desarrollo de ideación suicida, se debe precisamente a los trastornos de ansiedad, siendo los más relacionados con el suicidio, la fobia social y la ansiedad generalizada. (p. 183)

Concomitante con los cuadros de ansiedad y sus diferentes presentaciones, es común que en cualquiera de ellos se presenten ataques de pánico, que cuando se han diagnosticado “en los últimos meses están relacionados con una mayor tasa de intentos e ideación suicida, e incluso cuando se tiene como comorbilidad una historia de abuso infantil potencia el riesgo del suicidio”, entonces, se puede hacer la observación que eventos traumáticos en el pasado favorecen al desarrollo de cuadros ansiosos, y uno muy importante, que mencionan los autores, es la historia de abuso infantil, como promotor a cuadros de ansiedad, pero también como factor de riesgo al suicidio.

Ahora bien, y haciendo observación puntal al tema del abuso sexual, este se puede clasificar desde dos perspectivas: “abuso sexual por tocamientos y abuso sexual por penetración”, existiendo entre ambas una gran diferencia, pero, a la vez las une sin duda alguna, las secuelas que provocan a nivel integral, emocional, psicológico e inclusive a nivel físico en las víctimas, de igual manera les une el hecho de que sin importar cuál de las dos sea la que se ejecute, siempre representarán una inminente lesión contra la integridad del individuo, que propicia el desarrollo de conductas suicidas, o bien, puede representar una base sólida para el desarrollo de varios trastornos mentales. (Pérez, Martínez, Vianchá y Avendaño, 2016, p.97)

Los autores Pérez et al (2016) a través de un estudio realizado a varias víctimas de abuso sexual determinaron que “los efectos psicológicos y sociales que el abuso sexual produce en quienes han padecido esta experiencia en cualquier etapa de la vida, provee consecuencias a corto, mediano y largo plazo”, las secuelas psicológicas producto de abuso sexual pueden mantenerse a lo largo de la vida de la víctima, predisponiendo al individuo durante su edad adulta al desarrollo de problemas emocionales, y afectivos, como la depresión, la ansiedad, y el consumo de sustancias como alcohol, la promiscuidad sexual y el intento suicida, como suicidio consumado (p.98)

Otros estudios, y siempre en relación con el trastorno de ansiedad demuestran que éste trastorno aumenta el riesgo de ideación suicida, de tal manera que “casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social hacen intentos de suicidio infructuosos”, sin embargo, los infructuosos no representan la totalidad de los actos suicidas, de ahí la importancia de intervenir estos comportamientos, o abordarlos adecuadamente en aquellos que sobreviven, el trastorno de ansiedad representa un factor de riesgo severo al comportamiento suicida, por lo que también es necesario evaluar la gravedad de la ansiedad del paciente, ya que esto también ayudaría al clínico a determinar el riesgo suicida del mismo. (Bedoya y Montaña, 2016, p.184)

De igual manera, se ha observado que en pacientes con trastornos de depresión, concomitante con trastornos de ansiedad, particularmente tenían comportamientos más impulsivos que la población que no padece ninguno de estos; comportamiento que les hizo protagonistas de intentos suicidas a repetición, y en muchas ocasiones utilizando métodos mucho más efectivos, adicional, se observó que este patrón también fue común en aquellos pacientes con trastorno de ansiedad pero que tenían antecedentes heredofamiliares de conducta suicida, trastornos emocionales, e inclusive abuso sexual. (Bedoya y Montaña, 2016)

Figura 18. Trastorno Bipolar.

Nota: Elaboración propia.

El trastorno bipolar está caracterizado por la presencia de episodios maníacos precedidos por episodios hipomaníacos, o de depresión mayor, según corresponda, a un trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, según Bedoya y Montaña (2016)

entre el 10 y 15% de personas con trastorno bipolar consuman el suicidio, usualmente al inicio de la enfermedad y en las fases depresivas, identificaron en pacientes con trastorno bipolar hasta un 90% de tendencias al suicidio, atribuyendo el estado depresivo como el factor más agravante; además se ha establecido que el riesgo de suicidio es 22 veces mayor en pacientes diagnosticados con trastorno bipolar que en población general. (p.184)

Las personas con trastorno bipolar se caracterizan por ser particularmente impulsivos, condición que, tras manifestar algún evento de manía o hipomanía y posteriormente caer en estados depresivos, este comportamiento, constituye la principal causa del desarrollo de ideas suicidas al suicidio consumado.

Tal y como mencionan los autores, estas tendencias al suicidio se llevan a cabo principalmente en el estado depresivo de la bipolaridad, más que en episodios de manía, razón por la cual el abordaje del trastorno bipolar debe ser atendido de manera integral, en cualquiera de sus estados, pero se debe prestar mayor atención cuando los pacientes se encuentran en estados depresivos, porque aparte de que es en este estado donde mayormente se ejecutan los suicidios, los medicamentos orientados a tratar la depresión, particularmente, en este caso, no tienen un efecto positivo, sino que, más bien tienden a desatar estados de hipomanía o manía, exacerbando aún más el riesgo suicida.

Figura 19. Abuso de Sustancias.



Nota: Elaboración propia.

El abuso del consumo de sustancias psicoactivas provoca condiciones como “intoxicación, abstinencia, y otros trastornos psicóticos, bipolaridad, estados depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos y aquellos relacionados con el sueño, disfunciones sexuales, delirio y neurocognitivo”, por lo que se puede deducir, en simples palabras, que el consumo descontrolado de sustancias, sin duda, representa un factor de riesgo exquisito para la manifestación de múltiples trastornos mentales, que previo al consumo de la sustancia psicoactiva el individuo no la manifestaba, sin embargo, el trasfondo del uso de sustancias psicoactivas es más complejo que el simple impulso. (Bedoya y Montaña, 2016, p.184)

El uso de sustancias psicoactivas pueden llevar al individuo, ya sea de manera deliberada o accidental a estados de sobredosis, o intoxicación, poniendo en potencial riesgo sus vidas, sin embargo es importante tener claro, en relación al tema de éste proyecto, que no debe confundirse con suicidio o intento suicida con aquellas sobredosis accidentales, las cuales se dan principalmente en personas que recién inician el consumo de algún tipo de droga, que al ser descubiertas por el clínico, dejan al descubierto, la necesidad de terapias de intervención para revertir las tendencias adictivas, para beneficio de la salud integral del paciente.

Según un estudio realizado por González et al, (2015), “las drogas de mayor consumo fueron el alcohol, y el tabaco, seguidas por los inhalables (solvente, pegamento, pintura, cemento) y la marihuana” esto producto del estudio de una población de 2386 estudiantes de secundaria en Campeche, México, con edades entre los 11 y 19 años de edad, poniendo en evidencia que el consumo de ciertas sustancias psicoactivas tienen su inicio desde edades muy tempranas, y tomando en cuenta que el consumo de drogas representa un factor de riesgo para el desarrollo de conducta suicida, se genera, según los autores, un aumento directo en la frecuencia de los intentos y muertes por suicidio, principalmente en estos grupos poblacionales. (pp.31-33)

El abuso de sustancias psicoactivas representa para los trastornos mentales una comorbilidad, y sobre ello se menciona que al menos el “50% de quienes se suicidan están intoxicados y el 18% de las personas con diagnóstico de alcoholismo se suicidan”, a pesar de que se mencionó de que la intoxicación accidental no se debe considerar como un suicidio, la verdad, es que muchas veces esa intoxicación si tiene como intención el deseo quitarse la vida, este acto en la mayoría de los casos, representa una salida alterna, para todo aquello que a la víctima por alguna razón se le imposibilitó expresar. (Bedoya y Montaña, 2016, p.184)

Es por esto que abordar aquellas situaciones de abuso de sustancias no representa un desafío únicamente para lograr paulatinamente eliminar la adicción a cierta droga, si no también, obliga al clínico a determinar el motivo que impulsó al individuo al desarrollo de cierta adicción, la cual muchas veces, es producto de trastornos mentales, que les generan inestabilidad emocional, y como bien indica, González et al (2015) “al combinar el consumo de una o más drogas con la sintomatología depresiva, se predijo la ideación [suicida] en el 44% de los casos” siendo esto un reflejo de que la adicción a sustancias, aparte de muchas veces ser producida por trastornos mentales de base, muchas veces no diagnosticados, también, en conjunto con la adicción a alguna sustancia psicoactiva representa un inminente factor de riesgo para ejecutar ideación suicida como suicidio consumado. (p.33)

Se atribuye de igual manera al consumo de sustancias psicoactivas, que éstas alteran la capacidad de juicio, potenciando la disforia, produciendo también, disfunción cerebral, cambios neuropsicológicos y cambios en el estado de ánimo, a la vez que promueve la conducta violenta, todas éstas representan condiciones que, sin duda alguna, potencian agresivamente el desarrollo tanto de la idea como el acto suicida. (Bedoya y Montaña, 2016)

Figura 20. Trastorno de Personalidad.



Nota: Elaboración propia.

Los trastornos de personalidad representan un patrón inflexible, la personalidad es en gran medida la base del comportamiento de los individuos, y ésta se desvía por completo de todas aquellas expectativas culturales y sociales, e inclusive las del mismo individuo. Con base a la personalidad, el individuo desarrollará sus capacidades cognitivas y afectivas, como también el dominio y control de sus impulsos, además de ella también depende el funcionamiento integral como tal; los trastornos de personalidad condicionan por múltiples razones al suicidio, ya que muchas veces a partir de la personalidad del individuo se desarrollan rasgos negativos y muy marcados como la baja autoestima, agresividad, ira, e impulsividad. (Bedoya y Montaña, 2016)

El trastorno de personalidad limítrofe representa el principal trastorno de personalidad relacionado con el suicidio, de hecho, según Bedoya y Montaña (2016) “el intento de suicidio se considera un criterio diagnóstico de trastorno de la personalidad límite (TPL)” comúnmente conjugado con el consumo de drogas, principalmente el alcohol. En los pacientes con el TPL hasta en un 80% prevalecen conductas autolesivas, y hasta en un 10% de los casos se suicidan antes de los 30 años de edad, sobresaliendo en este acto el sexo femenino. (p.185)

Los autores relacionan el aumento en incidencia del suicidio en casos de TPL, por el hecho de que, en este trastorno existe una fuerte inestabilidad emocional, mezclada con la presencia de conductas impulsivas y autodestructivas, lo que los lleva a exponerse a situaciones como conducción temeraria, endeudamiento económico debido a los gastos impulsivos, abuso de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual por los múltiples encuentros sexuales riesgosos que realizan, y por supuesto, la ejecución de intentos autolíticos, muchas veces llegando al suicidio como tal, esto producto de la gran desesperanza que experimentan, asociado a la ansiedad que les genera la incertidumbre de su propio futuro. (Bedoya y Montaña, 2016)

Figura 21. Esquizofrenia.



Nota: Elaboración propia.

La esquizofrenia se define como “una alteración con síntomas como delirios, alucinaciones, discurso y comportamiento desorganizados y síntomas negativos” la esquizofrenia corresponde a uno de los trastornos mentales más frecuentes, en la que el paciente tiene conciencia de su enfermedad, y es una enfermedad dónde “aproximadamente el 10% de los sujetos con esquizofrenia se suicidan”. (Bedoya y Montaña, 2016, p.186)

Tabla 26. Síntomas positivos y negativos en Esquizofrenia.

Síntomas Positivos	Síntomas Negativos
Ideas delirantes.	Aplanamiento Afectivo.
Alucinaciones.	Alogia.
Trastorno del lenguaje / curso del comportamiento.	Anhedonia.
	Déficit de atención.
	Abulia.
	Pérdida de funcionamiento social.

Nota: Elaboración propia, con base en Pérez et al, 2017, p.17-18.

Los pacientes con esquizofrenia atraviesan alteraciones psicosociales como el aislamiento social, familiar, y presentan una marcada incapacidad laboral, que eventualmente desencadenan dificultades económicas, además que constantemente tienen temores de origen delirante o paranoide, circunstancias que los hacen propensos a ejecutar el suicidio, sobre esto “existe la idea de que el suicidio en la esquizofrenia es un acto impulsivo como respuesta automática a órdenes alucinatorias”, esto da significado al alcance que tienen los síntomas positivos en pacientes esquizofrénicos mal abordados, por lo que siempre es indispensable poner atención ante síntomas que positivos en cuadros de esquizofrenia, ya que pueden desencadenar ideas autolíticas como suicidio. (Martínez, Silva, Arancibia, Angulo y Madrid, 2016, p. 142)

Llama poderosamente la atención que en el trastorno de esquizofrenia durante los primeros años de su evolución al menos un 15% de los enfermos mueren por suicidio, los cuales son ejecutados bajo síntomas depresivos, la depresión postpsicótica es uno de los factores que incrementan el riesgo suicida, además, esto provoca pobre adherencia al tratamiento por parte del enfermo, y se produce más bien una conducta orientada al consumo de drogas como el alcohol, aumentando los factores de riesgo para la ejecución del acto suicida. (Martínez et al, 2016)

Una de las dificultades más importantes a las que se afronta el personal de salud al momento de abordar la esquizofrenia, es que en estos pacientes manifiestan aplanamiento afectivo,

aislamiento social, que dificultan por completo al clínico poder recolectar con facilidad las pesquisas que orienten al probable desenlace suicida, de una manera oportuna y rápida.

Según Bedoya y Montaña (2016)

el 40% de personas con esquizofrenia que se suicidan presentaban impulsividad, depresión, tensión y estrés grave y constante, mayor consciencia de la enfermedad y consecuencias, presentando el denominado síndrome lineal de consciencia de la enfermedad, caracterizado por un ciclo de desmoralización-depresión-suicidio, ya que evidenciar las consecuencias, limitaciones y el deterioro en la calidad de vida que conlleva la enfermedad propicia un alto riesgo de suicidio. (p.186)

La esquizofrenia corresponde a uno de los trastornos mentales más complejos en psiquiatría, es un trastorno en el que la personalidad de la persona enferma está cargada de impulsividad, mezclada con constantes estados depresivos, que con el tiempo desarrollan limitaciones en múltiples áreas de la vida; y muy de la mano con el inicio de este capítulo, el entorno social juega un papel importantísimo en el comportamiento de este trastorno, ya que la tensión, y estrés que experimenten concomitante con la enfermedad, fácilmente generan un gran deterioro en la calidad de sus vidas, deterioro del cual el enfermo es consciente, tanto de su realidad como su entorno, motivándolo de esta manera, y aún más en ausencia de un buen abordaje médico, a seleccionar el suicidio, desafortunadamente, como su mejor opción terapéutica.

Ahora bien, el suicidio, representa más allá del deseo de morir, el deseo por dejar de sufrir; siendo este sufrimiento producto de los múltiples daños emocionales que provocan ciertos comportamientos sociales, o bien, como consecuencia directa del impacto que provoca en la estabilidad emocional el padecer algún trastorno mental, es decir, el suicidio no debe entenderse únicamente como un intento de muerte, sino más bien un intento de salvarse así mismo de situaciones catalogadas por el protagonista como insoportables. (Maroto, 2016)

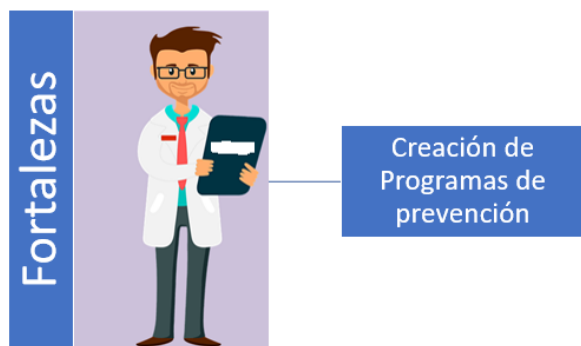
El suicidio no representa, tomando en cuenta el punto de vista del autor, únicamente un acto de rechazo por la propia vida, sino que también representa un acto meramente agresivo hacia el entorno en particular de la persona, agresividad la cual es producto de un rechazo absoluto por parte del suicida a las otras personas, por lo que a través de su ejecución intenta, aparte de demostrar

su deseo de no volver a convivir quienes le dañaron, provocarles culpa de su actuar, o remordimiento por lo que en algún momento le hicieron.

Se debe reconocer, y más aún después de todo lo previamente expuesto, que el suicidio es producto de una compleja interacción existente entre factores biológicos, genéticos, ambientales e inclusive sociológicos, del individuo, y que esta complejidad posiciona al suicidio y el intento autolítico, como un gran desafío para la salud pública, la cual exige a los clínicos un abordaje integral e interdisciplinario de excelencia, tanto para los sobrevivientes como para aquellos en quienes se sospecha puedan desarrollar potenciales intentos suicidas, sin embargo, a pesar de que afortunadamente muchos países de América Latina si logran brindar una atención médica de calidad en primer nivel de atención para estos casos, lo cierto es que no es la realidad en la mayoría de los países Latinos. (Maroto, 2016)

Por tanto, es de gran importancia reconocer las debilidades para dar énfasis a sus posibles mejorías, siempre en pro del bienestar del paciente, como también, es de importancia reconocer las fortalezas para tener orientación por donde sí se debe de seguir orientado, de manera tal, que logrando determinar las debilidades convertirlas en fortalezas, sumado a las fortalezas reales que disponen tanto las políticas de salud como los centros de salud de cada país, para así poder lograr excelencia en el abordaje médico de éstos casos en particular.

Figura 22. Fortalezas en atención primaria.



Nota: Elaboración propia.

En América Latina, países como

Chile, Colombia, Argentina y México están implementando estándares y políticas de Estado para abordar ésta situación mediante el empleo de programas que se enfocan en el

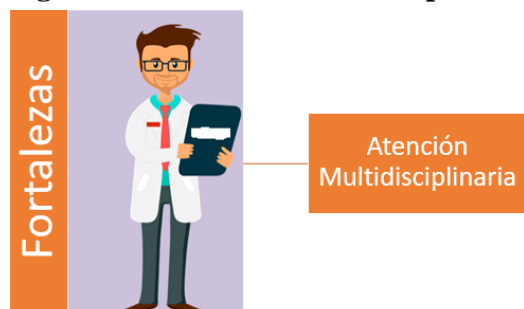
reconocimiento temprano del estatus depresivo y posterior trabajo bajo todas las esferas que engloban el desarrollo del individuo. (Sandoval, Vilela y Galvez, 2017, p.2)

Alrededor del mundo, muchos países han realizado esfuerzos en la creación de centros especializados para el tratamiento y abordaje de estados depresivos e intentos de autoeliminación, y América Latina no es la excepción, se han realizado grandes esfuerzos a nivel de los sistemas de Salud Pública con la finalidad de crear guías para el manejo de estados depresivos, que muchas veces, toman como base las redactadas en países como Canadá, Reino Unido, y los Estados Unidos, logrando con ésta implementación novedosa dar a los clínicos protocolos de atención los cuales han tenido éxito según la evidencia de los países que los desarrollaron y ponen en práctica.

Las guías de manejo y prevención de suicidio han permitido el desarrollo grandes beneficios en temas de prevención del suicidio, entre los que Sandoval et al (2017) destacan “disminución del número de suicidios” hasta en un 40%, además de que facilitan el “reconocimiento precoz de los signos de alarma” y una marcada “disminución del riesgo suicida: en países como Chile y México”, estas guía contienen lineamientos que han demostrado a través de la evidencia que tienen resultados positivos, especialmente en temas de suicidio, orientando la adecuada manera de intervención en atención primaria ante eventos de IAE. (p.3)

Sin duda alguna, las guías de manejo y prevención del suicidio representan una de las grandes fortalezas de los sistemas de salud de muchos países latinoamericanos, las cuales a su vez deben de seguir actualizándose, esto debido a las nuevas necesidades que provoca la constante evolución social, como también, debido a la obtención periódica de nuevas medidas preventivas de suicidio, las cuales logran demostrar su beneficio a través de la disminución de las tasas de muerte por suicidio consumado.

Figura 23. Atención Multidisciplinaria.



Nota: Elaboración propia.

La depresión es un trastorno que requiere sin duda una impecable atención y tratamiento de tipo multidisciplinario, es decir, que el equipo que llegue a intervenir situaciones de ésta índole, deben estar conformados al menos por médicos, personal de enfermería, psicólogos y trabajadores de Servicio Social, e inclusive algunas ocasiones también se incluyen en estos equipos, instituciones gubernamentales orientadas a la protección de menores de edad, o bien instituciones orientadas a la protección de personas con trastornos mentales. (Ávila, Apolinar, 2016)

En Costa Rica, por ejemplo, existe la IRAIS (Instancia Regional para el Abordaje Integral del comportamiento Suicida), la cual tiene la responsabilidad de elaborar planes de trabajo anuales, orientados a promocionar factores protectores de la salud mental, como la prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida y los intentos de autoeliminación. La IRAIS en Costa Rica hace el esfuerzo por involucrar activamente a la comunidad, en la planificación-ejecución de las acciones que desarrollen orientadas a la prevención del suicidio.

El equipo médico de atención primaria debe estar integrado por médicos, personal de enfermería, y en muchas ocasiones por el servicio de psicología y trabajadores sociales, los médicos estarán orientados a través de los protocolos establecidos por equipos psicosociales, los cuales establecen pautas a través de la participación y aportación activa del conocimiento de especialistas en el tema del suicidio, fundamentados por los estándares de intervención internacional ya aplicados, los cuales permiten establecer una adecuada e inteligente estructuración de los equipos multidisciplinarios y la función que debe llevar acabo cada integrante. (Ávila, Apolinar, 2016)

El médico por su parte, debe reforzar sus conocimientos a “través de instrumentos como el DSM-V y el CIE-10, y apoyarse en el trabajo de sus compañeros de equipo”, como el personal de servicio social, que será destinado a realizar visitas domiciliarias de los protagonistas de actos suicidas, y de establecer, o bien, crear para ellos redes de apoyo funcionales, además, el médico se apoyará también en la gran labor realizada por el equipo de psicología, los cuales se encargaran de realizar psicoterapias tanto individuales, como grupales donde involucran a sus familias, grupos de amigos, y pareja, ya que comúnmente, como se ha expuesto en esta investigación, en estos grupos radica la etiología de las múltiples causas de depresión, ideación suicida, adicción a sustancias, entre otras. (Ávila, Apolinar, 2016, p.38)

Es importante además destacar la labor del médico general durante la intervención en primer nivel de atención, ante situaciones de ideación suicida, y esto incluye que durante el

abordaje, se debe realizar una entrevista completa la cual permitirá detectar posibles antecedentes de enfermedades psiquiátricas, adicción a sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de trastornos mentales, suicidio, o abuso sexual, entre otros; información esencial que permitirá al clínico orientar su impresión diagnóstica y determinar el posible riesgo que tenga el paciente involucrado, en cuanto a ejecutar un comportamiento suicida futuro. (Hernández y Villareal, 2015)

Como una de fortalezas anexas al punto anterior, es que ha existido un enorme trabajo a nivel de varios países de Latinoamérica, en la creación nuevos centros destinados a la atención de la salud, principalmente en regiones que previamente estaban desprovistas de éstos, expandiendo de esta manera los alcances médicos en la prevención y promoción de la salud mental y física.

Ahora bien, una vez identificado el potencial riesgo suicida, o al evaluar un sobreviviente de un intento autolítico, se debe inmediatamente “realizar intervención, indicando eventualmente el tratamiento farmacológico, y valorar el sostén familiar”, lo anterior se realiza con éxito gracias al buen funcionamiento del equipo multidisciplinario, y al conocimiento médico del clínico, del cual dependerá la buena terapéutica brindada, y por ende el éxito de la evolución del paciente, y esto corresponde a una de las fortalezas más sólidas de la mayoría de servicios de atención primaria, fortaleza reforzada con la enorme ventaja de poder referir desde este nivel de atención primaria, a los pacientes con sospechas altas de desarrollo de ideas autolíticas, como a los sobrevivientes, a un segundo nivel de atención para el seguimiento oportuno y especializado en el tema. (Hernández y Villareal, 2015, p.1053)

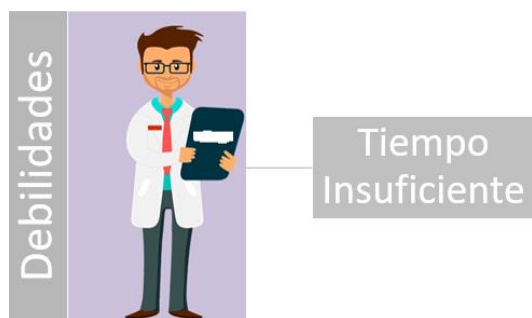
Otra de las fortalezas producto de la atención multidisciplinaria es el esfuerzo que se realiza por brindar un excelente “seguimiento especializado”, el cual está orientado a brindar atención a los pacientes con reales inclinaciones a ideas autolíticas, como tratar a aquellas personas que sobrevivieron a un intento suicida, el seguimiento especializado, al igual que las demás organizaciones, está constituido por profesionales en el comportamiento humano, que desarrollarán las técnicas adecuadas, las cuales han demostrado a través de la evidencia tener un gran éxito en el abordaje del suicidio y el intento de autoeliminación.

Este sistema de atención especializada depende en gran medida del buen trabajo que se realice en el primer nivel de atención de salud, ya que este será el encargado de identificar y referir los casos de potencial riesgo verdadero, que ameriten justificadamente recibir el seguimiento especializado, y este buen funcionamiento también se debe al interés que han venido desarrollando

en varios países latinos en la organización de simposios de actualización médica, orientados a instruir a los clínicos de atención primaria en temas del comportamiento humano, con la finalidad de desarrollar en ellos destrezas que beneficien el buen funcionamiento de los equipos multidisciplinarios. (Hernández y Villareal, 2015, p.1053)

A pesar de que las fortalezas descritas son realmente satisfactorias, y han tenido un beneficio realmente importante en temas de diagnóstico, abordaje, seguimiento y prevención de ideas autolíticas como el suicidio consumado en América Latina, la realidad es que, en ésta investigación en particular, se encontraron más debilidades que fortalezas, lo cual no es del todo malo, puesto que ya una vez identificadas las debilidades, se pueden proponer ideas, métodos, etc., que permitan convertir esas debilidades en potenciales fortalezas.

Figura 24. Tiempo insuficiente.



Nota: Elaboración propia.

Como bien mencionan los autores Hernández y Villareal (2015), debe de existir un adecuado abordaje médico ante situaciones de riesgo suicida, que incluyen desde la entrevista psiquiátrica, hasta el diagnóstico preciso, selección de tratamiento ideal, y seguimiento, sin embargo, la realidad es que para poder efectuar todo lo que conlleva una buena entrevista, que permita detectar indicios de situaciones depresivas, y su origen, como la probable estructuración de pensamientos suicidas bien establecidos, requiere de tiempo, no sólo para identificarlos, sino también para entablar una consulta en donde exista una adecuada relación médico paciente, que le permita al paciente desarrollar la confianza necesaria que facilite al médico la obtención puntos importantes para su diagnóstico, abordaje y tratamiento.

Es un hecho que la “la mayoría de pacientes con trastornos mentales consulta primero con profesionales de atención primaria de la salud” situación que obliga a los clínicos en atención primaria a brindar enfoques psicoterapéuticos durante el desarrollo de las consultas, “donde

muchas veces son características esenciales lo limitado del tiempo destinado a las consultas y la necesidad de ajustar las intervenciones”, esta realidad origina una de las principales debilidades en el abordaje de temas de ideación suicida, puesto que, el poco tiempo imposibilita en gran medida poner en práctica de manera adecuada los lineamientos necesarios para determinar la existencia real de un eventual suicidio. (Torales, Barrios y Calero, 2017, párr. 3-5)

El poco tiempo deja por fuera el conocer la realidad del ambiente social que rodea al individuo y el impacto que éste genera en su problema de fondo, como también la imposibilidad de conocer los por menores de la gran cantidad de factores acá descritos, puesto que en 15 minutos, que corresponden en promedio el tiempo máximo de atención en atención primaria, obliga en gran medida al médico a establecer impresiones diagnósticas pobres, y no por incapacidad intelectual, sino porque el tiempo reducido, les limita totalmente el desarrollo de los reales alcances que podrían tener si existiera un tiempo aceptable, que les permita a los clínicos poner en práctica adecuadamente las herramientas disponibles para abordar estos temas tan delicados.

Figura 25. Insensibilidad del personal.



Nota: Elaboración propia.

El tema del suicidio es un tema rodeado de grandes tabúes sociales, cuyos alcances bloquean, inclusive, los esfuerzos orientados a desarrollar investigaciones abiertas y sistemáticas en temas de suicidio, y comportamiento humano, provocando de ésta manera una problemática adicional a lo que ya de por sí es una tarea extremadamente delicada y difícil, tanto para las personas investigadoras como para los investigados. (Maroto, 2016)

Muchas veces los grandes alcances producto de los múltiples tabúes y estigmas que rodean al suicidio llegan a afectar inclusive al personal de salud, principalmente a aquel personal no informado, permitiendo de ésta manera que lleguen a percibir las ideas autolíticas como medios

banales para llamar la atención social y del personal, siendo todavía más severos si existe algún antecedente de alguna enfermedad psiquiátrica en el protagonista del IAE.

Aunque este anterior escenario representa una circunstancia realmente difícil de digerir, en muchas ocasiones así es el comportamiento de muchos médicos y demás personal en servicios de atención primaria, por lo que Maroto (2016) menciona que “cualquier ideación suicida debe ser tomada con seriedad” haciendo un llamado de atención severo, pues, en muchas circunstancias esta situación representa una de las principales debilidades en el fracaso de abordaje de pacientes que llegan al suicidio consumado.

Siempre en relación con la debilidad mencionada, según Ávila y Apolinar (2016) “entre el 4 y 5% de todos los individuos deprimidos se suicidarán y la mayoría habría solicitado ayuda de un médico en el mes previo a su deceso” y basándose en que el escenario más probable pudo haber sido que la mayoría de estos decesos acudieron en primera instancia a los servicios de atención primaria, demuestra de una manera muy clara la enorme problemática en la calidad de atención que recibe esta población en general, problemática que en definitiva es producto de la falta de interés por muchos profesionales en abordar estos temas, representando así el talón de Aquiles que permite que estos porcentajes hoy día vayan en aumento. (p.38)

El tema del suicidio debe abordarse por parte del personal de salud desde el vínculo y el lazo social, no únicamente el científico-teórico, se deben observar los vínculos que incluyen los valores y la relación de éstos con la cultura y con la historia particular de cada persona, “ya que la única manera de sostener una vida es que esa vida sea digna, y se hace digna cuando lo mío, lo propio es respetado”; de lo anterior es importantísimo tomar en consideración que el respeto que menciona la cita, en referencia al paciente, no es lesionado únicamente por el comportamiento social, familiar etc., si no también se lesiona por la falta de interés del personal tratante, irrespeto demostrado a través de actitudes que promueven pobres esfuerzos por conocer al paciente que se está tratando. (Maroto, 2016, p.154)

Aunque existe la debilidad del tiempo escaso, las investigaciones que logren los servicios de ayuda de los equipos multidisciplinarios, representan fuentes de información, las cuales el clínico puede estudiar, demostrando así al paciente no sólo el interés en ayudarlo, si no el respeto por su vida y circunstancias que le afectan en su entorno. (Maroto, 2016)

Si el respeto no nace desde los servicios de atención, el alcance del riesgo suicida incrementa. Además, como parte de esta debilidad tan delicada, hay que sumar la evidencia de la poca participación por parte del personal en ciencias de la salud en formar lazos entre centros de salud y centros educativos, e instancias gubernamentales para expandir de esa manera los alcances en cuanto a la prevención del suicidio en poblaciones de alto riesgo. (Maroto, 2016, p.155)

Figura 26. Pocas Investigaciones.



Nota: Elaboración propia.

Dentro de las limitantes, en temas de atención del suicidio como ideas autolíticas, en primer nivel, se debe destacar que esto es producto en gran medida a la escasa cantidad de estudios realizados a nivel latinoamericano relacionados con el tema del suicidio, y sus medidas preventivas, según Sandoval et al (2017) “son muy pocos los estudios relacionados con el tema [del suicidio]”, situación que condiciona a que hayan pocos datos sobre el impacto real del suicidio en países latinos, provocando que exista una pobre identificación de factores de riesgo actuales que inciden en estas conductas, y carencia de lineamientos actualizados, que permitan el adecuado abordaje de ésta problemática, demostrando así lo desapercibido que pasa este tema, del que según comenta la OMS va en crecimiento, tanto en América Latina, como alrededor del mundo.(p.3)

Muchas veces esta situación es originada por las múltiples limitaciones impuestas por marcos de legalidad en varios países Latinoamericanos, las cuales son acogidas por los comités de bioética, provocando de esta manera la casi prohibición de investigaciones clínicas o trabajos experimentales con personas, lo cual desde el punto de vista científico no ha permitido el avance investigativo del tema suicidio a nivel Latino, lo que representa sin duda alguna el origen del estancamiento en el desarrollo de medidas preventivas, con base a la epidemiología regional de cada país latinoamericano. (Maroto, 2016, p.153)

Ahora bien, para poder brindar una buena intervención médica tanto en intentos autolíticos, como a los sobrevivientes, y de igual manera a la familia de casos de suicidio consumado, se requiere un entendimiento de ésta problemática tanto desde un punto de vista médico-psiquiatra, como psicosocial, donde deben existir estudios epidemiológicos o de análisis de casos particulares, que permiten discutir los aspectos culturales autóctonos de cada país latino, como el contexto socio-histórico y su relación con la problemática tanto de suicidio como el de ideaciones autolíticas, sin embargo, se debe reconocer que este tipo de investigaciones tanto epidemiológicas como clínicas, dirigidas al estudio del comportamiento suicida, en la mayoría de países de América Latina, se encuentra en sus etapas iniciales, lo que significa que aún queda mucho por hacer en relación con éste tema en particular. (Duarte, Torres y Laboy, 2015)

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En este capítulo se expondrán las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis documental realizado con los artículos científicos contemplados en este estudio con base en la pregunta y objetivos propuestos para el mismo.

Se logró determinar que el suicidio como tal es producto de un fenómeno social, el cual está constituido principalmente por un complejo que involucra el estigma y discriminación, complejo que se observó impacta de manera negativa hasta un 72% de las personas que padecen algún trastorno depresivo y hasta en un 85% de los pacientes con trastorno esquizofrénico, impactando en ellos como un psicoestresor social de excelencia, que inclina a los afectados, a ejecutar el comportamiento autolítico.

Tras analizar en este estudio los componentes sociales expuestos en la literatura científica, se logró identificar y explicar la estructuración social como un ecosistema, dentro del cual la familia representa uno de los escenarios de relaciones sociales más importantes para el ser humano, que cuando no es armónico favorece al evento suicida, por lo que se determina que a nivel del comportamiento social, las relaciones familiares conflictivas, representan una condición de riesgo para ejecutar comportamientos autolíticos.

De igual manera y siempre relacionado con el componente social actual, la mayoría de los autores, de los estudios revisados, destacan el buylling y el ciberacoso como un actuar social destinado a generar mecanismos de violencia contra personas vulnerables, logrando, según los autores, el desarrollo de estados depresivos, e inclusive estrés postraumático, que eventualmente despiertan inclinaciones autolíticas en las víctimas, y que a pesar de los esfuerzos comunales por erradicarlo a través de los años, su incidencia es creciente, por lo que se debe seguir estudiándose a profundidad este tema, con el fin de lograr métodos que mermen su comportamiento, e impacto social.

Los estudios revisados mencionan de manera muy puntual la influencia de los medios de comunicación y redes sociales en el tema de ideación autolítica y el suicidio, ya que representan modalidades que incentivan en cierta manera la imitación de conductas suicidas, además, se expresa que el componente político, la violencia mundial, y las tensiones sociales de igual manera

tienen un gran impacto en la estabilidad emocional de la ciudadanía, exacerbando la manifestación de ideas autolíticas en los tiempos actuales.

Ahora bien, la investigación realizada permite también mostrar que el hecho de padecer alguna patología psiquiátrica multiplica hasta 4 a 25 veces el riesgo suicida, siendo principalmente el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, la ansiedad, trastornos de personalidad y el trastorno esquizofrénico los trastornos más relacionados tanto con las ideas autolíticas como con el suicidio consumado.

Con respecto al trastorno depresivo se determina que hasta en un 90% de quienes padecen depresión en algún momento de sus vidas cometen un intento autolítico, esto debido a que la depresión por sí misma incrementa hasta 12 veces el riesgo suicida. Además, los estudios demuestran que existe una relación entre las manifestaciones dolorosas y los trastornos afectivos, ya que se determinó que el dolor tiene implicado en su etiología los mismos circuitos que regulan el estado de ánimo, destacando de esta manera, que el dolor, debe ser valorado como un criterio al momento de diagnosticar algún trastorno afectivo.

Por otra parte, los individuos que padecen un trastorno de ansiedad, o fobia social, tienen un 60% de probabilidad de ejecutar comportamientos suicidas, situación que, según la revisión bibliográfica, se puede exacerbar cuando existe como comorbilidad un estado depresivo, y que de este 60%, al menos un 20% de los intentos autolíticos son desarrollados en los picos de crisis ansiosas.

De igual manera, la investigación incluye como una de las patologías psiquiátricas más relacionadas con el suicidio, el trastorno bipolar, del cual hasta un 10 a 15% de quienes lo padecen ejecutan el suicidio consumado, principalmente en etapas iniciales de la enfermedad, y que en un 90% de los casos consumados se determinó que fueron ejecutados en estados depresivos de la enfermedad.

Además, es se demuestra que sólo por el hecho de padecer trastorno bipolar, el afectado tiene hasta 22 veces más riesgo de cometer un intento de autoeliminación que puede terminar en un eventual suicidio consumado.

Con relación al consumo de sustancias, se destaca que hasta el 50% de personas que se suicidan, se encontraban en condición de intoxicación por alguna sustancia psicoactiva, y que al

menos el 18% de las personas diagnosticadas con alcoholismo se suicidan. Consumir una o más drogas bajo sintomatología depresiva predice el desarrollo de ideación autolítica, hasta en un 44% de los estudiados que manifestaban ambas condiciones.

El consumo de drogas es uno de los factores de riesgo vinculados al suicidio, principalmente en casos de trastorno de personalidad, siendo el trastorno de personalidad limítrofe el mayormente vinculado con éste comportamiento.

En relación con el trastorno de personalidad limítrofe, se menciona en varias de las investigaciones revisadas, que al menos un 80% de las personas con este trastorno desarrollan, independientemente de si consumen alguna sustancia o no, conductas autolíticas, y que, de la totalidad de pacientes con esta enfermedad, al menos un 10% se suicidan antes de los 30 años de edad.

Otra de las patologías psiquiátricas relacionadas con el intento de autoeliminación y suicidio fue la esquizofrenia, representada como una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes, en la que alrededor del 10% de los pacientes que la padecen se suicidan, esto como producto del aislamiento social y familiar, como también por la obediencia a órdenes producto de sus estados alucinatorios, el suicidio en esta población tiene un comportamiento más agresivo durante los primeros años de evolución de la enfermedad dónde hasta el 40% de los intentos autolíticos son efectuados producto de la impulsividad que caracteriza la personalidad de éstas personas.

Ahora bien, con respecto a las fortalezas que se determinaron en esta investigación, en el abordaje de IAE en centros de atención primaria, queda demostrado que países como Chile, Colombia, Argentina, Costa Rica, y México han realizado grandes esfuerzos que originaron la creación de programas enfocados a facilitar al personal médico de primer nivel, el reconocimiento temprano de estados depresivos, logrando de ésta manera revertir el crecimiento tan acelerado que el suicidio.

A través de la creación de éstos programas se ha logrado la reducción del suicidio hasta en un 40% de los casos, ya que la identificación precoz de signos de alarma permite el abordaje inmediato del caso, favoreciendo así a la protección de la vida de las personas vulnerables a ideación autolítica.

Respecto a las fortalezas en abordaje de temas de suicidio en atención médica, se encuentra el hecho del esfuerzo en general de varios países latinoamericanos en la creación de nuevos centros de salud en regiones que previamente se encontraban desprovistas de éstos, logrando de ésta manera un mayor alcance en la promoción de salud como prevención y protección ante trastornos mentales.

A pesar de que las fortalezas mencionadas representan logros realmente gratificantes para los servicios de salud de varios países latinos, la realidad que muestra esta investigación, es que fue más fácil, detectar debilidades, las cuales están principalmente relacionadas con el tiempo destinado a la atención del paciente en citas de consulta externa, tiempo que en la mayoría de países latinos se limita a tan solo 15 minutos, tiempo en el cual el clínico, específicamente en estos temas, tiene que básicamente ejecutar todos los lineamientos establecidos en los protocolos orientados a la intervención de aquellas posibles o sospechosas inclinaciones suicidas, siendo estos 15 minutos insuficientes para ponerlos en práctica con estándares de calidad.

El tiempo limitado imposibilita en gran medida el reconocer la etiología real de los trastornos del estado de ánimo y que posteriormente, por el mal abordaje, culminan con la ideación suicida o suicidio, llevando al fracaso de ésta manera los esfuerzos realizados en la elaboración de los protocolos de atención ante eventos autolíticos.

De igual manera, sale a relucir la insensibilidad del personal al abordar estos temas, tomándose como referencia el hecho de entre un 4 a 5 % de los individuos que se suicidan, un mes antes de su deceso solicitaron atención médica, por lo que se hace hincapié en el hecho de que el personal de salud debe de tomarse en serio cualquier manifestación de intento suicida, sin importar la calidad del misma, puesto que, según la evidencia, es una de las problemáticas más severas de varios países latinoamericanos.

Las escasas investigaciones relacionadas con la ideación suicida representan otra de las debilidades, y el origen de esta debilidad es debido en gran parte a los marcos de legalidad gubernamentales, que son acogidas por los comités de bioética, provocando la prohibición del desarrollo de investigaciones clínicas o experimentales con personas, estancando así las investigaciones destinadas a la comprensión del comportamiento humano, colaborando de ésta manera a que se perpetúe la condición de que en éste continente, al menos en temas investigativos sobre el comportamiento, prevalencia, epidemiología actualizada, y seguimiento, en casos de

intentos autolíticos, como el suicidio, y en comparación con otros continentes, apenas nos encontremos en etapas iniciales de su comprensión, por lo que se motiva a realizar investigaciones de éste tema a la medida de lo posible.

Por último, se puede concluir en grandes rasgos que el suicidio representa, en nuestra época, un problema realmente grave en temas de salud pública, y es evidente que ciertos comportamientos sociales estimulan el desarrollo del comportamiento autolítico, aunado a lo anterior, el hecho de padecer algún trastorno psiquiátrico potencia las inclinaciones suicidas, principalmente si sus crisis no son abordados de la mejor manera, y es por ello que si se logra abordar adecuadamente los trastornos psiquiátricos de base, en conjunto con trabajos de campo que logren mermar los impactos del estigma y discriminación, practicados por nuestra sociedad, el panorama en relación al intento autolítico como el suicidio consumado, tendría un impacto menos alarmante y desalentador para nuestro futuro próximo.

Recomendaciones.

- Realizar investigaciones tanto en centros de salud en atención primaria, como centros educativos desde primaria hasta universitarios que profundicen la asociación entre el complejo estigma y discriminación con el suicidio, y los mecanismos implicados en esta compleja asociación.
- Implementar la prevención de conductas suicidas a través de la creación de programas de información colectiva a distintos grupos que se consideren población de alto riesgo, con la colaboración de médicos, psicólogos, e inclusive maestros de centros educativos, en donde a los participantes se les instruya en el tema, permitiéndoles identificar, de esta manera, factores de riesgo, signos y señales de alarma relacionados con la conducta suicida, como que también existen grupos de apoyo destinados a la atención y prevención de ideación/intento suicida.
- Organizar equipos multidisciplinarios de salud mental en las unidades de atención primaria del estado, que estén integrados por médicos generales, médicos de familia, personal de psicología y trabajo social, permitiendo así, brindar una atención de excelencia a todo aquel paciente con ideación/intento suicida, y que permita garantizar su seguimiento, inclusive, si es necesario con especialistas en psiquiatría.
- Crear talleres comunales, orientados a la atención y autoayuda de personas con potencial riesgo de ideación/intento autolítico, con el objetivo de poder materializar, el apoyo integral de las

familias, y propiciar espacios de reflexión, y de debate, que logren desarrollar en los afectados, expectativas positivas que permitan la solución de sus posibles problemas.

- Diseñar políticas que prevengan y mitiguen la probática del suicidio, a través de la ejecución de estrategias actualizadas de prevención y soporte en pacientes con depresión y conducta suicida, las cuales permitan un manejo global eficaz.
- Crear conciencia a los medios de comunicación en cuanto a la manera en la que divulgan información sensible, relacionada con el tema del suicidio.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014), Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, Editorial Médica Panamericana.
- Arango, C y Rincón, H (2016) Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común, *Revista ELSEVIER*, Vol. (47), 46-55, doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007
- Ávila, V y Apolinar, G (2016) Depresión y riesgo suicida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche, *Revista de Ciencia y Tecnología de la Universidad Autónoma de Campeche, México*, Vol. (20), 37-44. Recuperado de http://www.utm.mx/edi_anteriores/temas58/T58_1E5DepresionRiesgoSuicidaPacientesDMT2.pdf
- Bedoya, E y Montaña, L (2016) Suicidio y trastorno mental, *Revista CES Psicología*, Vol. 9 (2), 179 – 201, doi.org/10.21615/cesp.9.2.12
- Blázquez, A y Guitart, M. (2009) Concepto de Enfermedad Mental, *Manual del Residente de Psiquiatría, Madrid*, Vol. 2(2), 517 - 528
- Campos, A y Herazo, E. (2015) Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013) *Revista ELSEVIER*, Volumen 44, 28-32 doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.006
- Campos, A y Herazo, E. (2015) El complejo estigma- discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista ELSEVIER*, Volumen 44, 243-250 doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003
- Campos, R, (2004), Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes, [Archivo PDF] recuperado de BINASSS.
- Campos, R, Valerio, J, Padilla, S, Cruz, C, Monge, M, Lobo, H, Fonseca, A, Mohs, M, Fallas, M, Argumedo, C, Sanabria, F, y Vargas, M. (2004). Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. (Tesis doctoral). Universidad de Costa Rica, Costa Rica. https://www.academia.edu/24091701/PREVENCI%C3%93N_DEL_SUICIDIO_EN_ADOLESCENTES_PREVENCI%C3%93N_DE_SUICIDIO_Y_CONDUCTAS_AUTODESTRUCTIVAS_EN_J%C3%93VENES

- Castro, V, Martínez, A, Camacho, P, Rueda, G. (2010) Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Elsevier*, Vol-7. Issue, 3. DOI: 10.1016/j.aiprr.2017.11.009
- Duarte, Y, Torres, P y Laboy, S. (2015) Retos en la intervención con adolescentes puertorriqueños/as que manifiestan comportamiento suicida. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. (26)1, 090 – 106.
- Escobar, J, Montoya, L, Restrepo, D y Mejía, D (2016) Restrepo y Mejía, Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4):247–251, doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004
- García de Jalón, E, Peralta, V, (2015) Suicidio y Riesgo de Suicidio, [Archivo PDF] recuperado de BINASSS.
- García, H, Sahagún, J, Ruíz, A, Sánchez, G, Tirado, J, y González, J, (2010) Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista Scielo*, Vol. 12 (5) 713-721, Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>
- González, C, Juárez, C, Montejo, L, Oseguera, G, Wagner, F, Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Revista Acta Universitaria*, 25(2),29-34, doi: 10.15174/au.2015.862
- Hernández, H, Flores, R, (2011), El suicidio en México, *Revista Scielo*, Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200004
- Hernández, P, y Villareal, R, (2015) Algunas especificidades en torno a la conducta suicida, *Revista Scielo*, Vol. (19), 1051-1058.
- James, B, Alcott, V y Ruiz, P (2015) Sinopsis de psiquiatría, Wolters Kluwer.
- Jiménez, R y Cardiel, L. El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. (2013) *Revista Scielo*, vol.19 no.77 Toluca jul./sep. 2013
- Maroto, A (2016) Revisión de la investigación sobre suicidio en Costa Rica (1998-2013): Principales hallazgos, *Revistas Universidad de Costa Rica*, Vol. (154), DOI 10.15517/RSC.V0I154.29199

- Martínez, J y Robles, A (2016) Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales, Vol. 16(2), 53-68, doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04
- Martínez, J, Silva, H, Arancibia, M, Angulo, C, y Madrid, E (2016) Antipsicóticos y suicidio, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54 (2), 141-150, DOI: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04>
- Medina, J, Suárez, R. (2009) Concepto de Enfermedad Mental, *Manual del Residente de Psiquiatría, Madrid, Vol. 1 (2), 13-16.*
- Morales, S, Echávarri, O, Barros, J, Maino, M, Armijo, I, Fischman, R, Núñez, C, Moya, C y Monari, M (2017), *Revista Scielo, Vol. (26), 1-14*, doi:10.7764/psykhe.26.1.939
- Moreno, M, Ramírez, M, de la Oliva, C, Moreno, E (2001), Biografía de Karl Jaspers, Recuperado de: <https://www.buscabiografias.com/biografia/verDetalle/1164/Karl%20Jaspers>
- Muñoz, J. Factores de riesgo en el acoso escolar y el ciberacoso: implicaciones educativas y respuesta penal en el ordenamiento jurídico español. (2016) *Revista Scielo*, vol.58 no.3
- Netter, F, (2014) Atlas de Anatomía Humana, Sexta Edición, ELSEVIER Masson.
- Organización Mundial de la Salud (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo, prevenible, según la OMS. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud, (2004) El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Palacios, X y Ocampo J. (2011) Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Revista Scielo*, 9 (2): 173-190/ 173 <http://www.scielo.org.co/>
- Palacios, X, Ocampo, J. (2011) Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Revista Ciencias de la Salud, Vol. 9(2), 173-190*, Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/302986546_Situacion_actual_del_conocimiento_acerca_del_suicidio_en_las_personas_con_cancer

- Pérez, E, Tajima, K, Molina, O, Mora, F, Giménez, P, Ruiz, G, Zambrano, D, (2017) Manual AMIR de psiquiatría 10.^a edición, Academia de Estudios MIR, S.L.
- Pérez, L. (2013) Muertes Silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antoquia). *Revista Scielo*, vol.32, 92-102, Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a12.pdf>
- Pérez, M, (2015) Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes, *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, Vol. (21) No. 2 y 3. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48745738002.pdf>
- Pérez, M, Martínez, L, Vianchá, M y Avendaño, B (2016) Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá - Colombia, Vol. (13), 091-101, doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.07
- Sandoval, R, Vilela, M, Mejía, C, y Caballero, J (2017), Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria, *Revista Chilena de Pediatría*, Vol. 89 (2), 208-215, DOI: 10.4067/S0370-41062018000200208
- Sandoval, R, Vilela, M, y Galvez, J (2017) Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol. (33) 4, Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400009
- Sarmiento, Z, Sánchez, S, Vargas, I Y Álvarez, R. (2010) Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *Revista Scielo*, v.14 n.8, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800002
- Silva, D, Vicente, B y Valdivia, M (2015) Factor neurotrófico derivado del cerebro como marcador de conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. (53), doi.org/10.4067/S0717-92272015000100006
- Silva, D, Vicente, B, Saldivia, S y Kohn, R (2013) Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Scielo*, vol.141 no.10.
- Tomicic, A, Gálvez, C, Quiroz, C, Martínez, C, Fontbona, J, Rodríguez, J, Aguayo, F, Rosenbaum, C, Leyton, F, y Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans:

revisión sistemática de una década de investigación (2004 – 2014), *Revista Scielo*, Vol. (144), 723-733, doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006

Torales, J, Barios, I y Calero, S (2017) ¿Es posible un abordaje psicoterapéutico en atención primaria de salud?, *Revista Biomédica Revisada por Pares*, 17(8), (e)7056 doi: 10.5867/medwave.2017.08.7056

Tuesca, M y Navarro, E. (2003) Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista ReseachGate*, 17: 19-28.

Vianchá, M, Bahamón, M y Alarcón, L. (2013) Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes., *Fundación Universitaria Los Libertadores Colombia Vol. 8 (1), 112-123, Recuperado de:* <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139029198009>

Vicente, N y Ochoa. (2007) Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva Histórica. *Revista Psiquiatría.com*, <http://psiqu.com/2-14819>