

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL SUICIDIO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN	1
- MARCO TEORICO.....	2
- SUICIDIO.....	3
- EL SUICIDIO EN LA CLASIFICACION DE KARL LEONARD.....	19
- PATOLOGIAS PSIQUIATRICAS LIGADAS AL SUICIDIO.....	21
- CLÍNICA DEL SINDROME DEPRESIVO.....	22
CLASIFICACIÓN.....	24
- DISTIMIA O TRASTORNO DISTÍMICO	30
- DEPRESIONES CRONICAS.....	36
- DEPRESIÓN RESISTENTE.....	39
- DSM IV TR.....	42
- CONCLUSIONES.....	52
- BIBLIOGRAFÍA.....	54

INTRODUCCIÓN

En la elaboración de esta monografía pretendo exponer de la manera más clara posible, el tema de *suicidio* dentro del marco psiquiátrico.

En la misma se aborda los antecedentes etimológicos e históricos de esta palabra; los aspectos epidemiológicos tan necesarios a tener en cuenta para la detección y prevención de esta problemática; exponiendo tablas que expresan la evolución del suicidio en los últimos nueve años en la Ciudad de Buenos Aires, los mecanismos utilizados y su distribución según el género.

También se tratan los diferentes aspectos que inciden de manera directa e indirecta en esta problemática individual con repercusión social.

Se hace énfasis en las patologías psiquiátricas ligadas al suicidio, y se mencionan las enfermedades médicas relacionadas con el mismo; se cita además las patologías relacionadas con este tema dentro de la clasificación de Karl Leonard; como así también su abordaje en el DSM IV

Se consideran las medidas preventivas y las conductas a adoptar frente al riesgo de suicidio o después de ser consumado.

Finalmente en el capítulo de conclusiones, se efectúa una síntesis de los distintos aspectos tratados, enfatizando la necesidad de la implementación de políticas sanitarias a los fines de captar los sectores de riesgos e implementar estrategias preventivas, con el objeto de disminuir la incidencia de este tipo de muerte violenta en las poblaciones de riesgo.

MARCO TEORICO

Historia

La palabra suicidio proviene del latín *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar. Creado por Desfontaines (Pierre Francois Guyot, 1685-1745), para designar “*el acto mediante el cual una persona se quita voluntariamente la vida*”.

Desde su incorporación conceptual hasta la fecha, distintos autores le han concedido distintas interpretaciones y conceptos.

Durkheim en 1897 decía “*es toda muerte que resulta inmediata o mediatamente de un acto positivo o negativo llevado a cabo por la propia víctima que sabe que tal resultado ocurrirá*”.

Halbwachs, treinta años más tarde y en desacuerdo con el anterior, propone que se llame “*suicidio toda muerte que resulte de un acto llevado a cabo por la propia víctima, con la intención o con miras de matarse, y que no es un sacrificio*”.

Delmas, por su lado lo define como, “*es el acto por el cual un hombre lúcido, pudiendo optar por vivir resuelve morir independientemente de toda obligación ética*”.

Mas allá de todos estos conceptos, el más claro es el expresado por la propia etimología: “*la muerte voluntaria de un individuo*”, y que Menniger, cargando de autoagresividad el acto, lo define como “*el asesinato de sí mismo*”.

En la concepción histórica del suicidio se lo ha tratado de explicar por diversas teorías como ser, la *psicopatológica* que trata de explicar el pensamiento del suicida en el momento de cometer el hecho encuadrándolo dentro del delirio, es decir como parte de una psicosis. La *sociológica*: le atribuye a la sociedad la responsable de provocar el trastorno mental que lleva al individuo a tomar la decisión de quitarse la vida. En el siglo XX se establecieron dos posturas diferentes, por un lado la teoría *psicoanalítica* de Sigmund Freud, quien centró su idea en el inconsciente del hombre, atribuyendo al acto de intensa agresión para sí mismo; y por otro lado la de Durkheim, quien consideraba que el suicidio era el resultado de la acción de la sociedad sobre la persona, postulando tres tipos básicos de suicidio: el *altruista*, por ejemplo el hara-kiri y las viudas de la India que se inmolaban en la tumba del marido. El suicidio *egoísta* frecuente en las personas solitarias con muy poca comunicación y relación social; y por último el *anómico*, cuando la relación social se rompe con el individuo por algún motivo, por ejemplo ante la pérdida de trabajo o de un hijo.

Mucho antes de éste, el suicidio fue considerado como un acto positivo, tal fue el pensamiento de Séneca, quien manifestó: “*...el vivir no es ningún bien si no se vive bien. Por lo tanto el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que*

puede....siempre pensará sobre la vida en términos de calidad, no de cantidad. Morir antes o después es irrelevante...la vida no es para comprarla sea cual sea el precio”.

“No se debe querer demasiado a la vida, ni odiarla demasiado, sino buscar un termino medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseja, no se trata de huir de la vida, sino saber dejarla”.

(Seneca Lucio Anneo, nació el 4 a.C y murió el 65 d.C. en Córdoba, España).

Actualmente J. Patitó lo define como *“el acto a través del cual una persona, en forma voluntaria, pone fin su vida”.*

SUICIDIO

Desde hace casi dos siglos el suicidio adquirió el carácter de objeto de estudio científico del que se desprenden dos grandes corrientes de investigación, una es la psicopatología, que tienen como punto de partida la publicación del estudio de Esquirol, *“Sur la monomanie suicide”*, en 1827, y otra es la sociología, cuyo exponente más destacado fue Emile Durkheim, que en 1897 publicó *“Le Suicide”*.

Provenientes de los vocablos latinos, *sui* (mismo) *caedere* (matar), el suicidio es un fenómeno plurideterminado que presenta numerosos aspectos y connotaciones.

Durkheim definió el suicidio como *“el final de una vida que resulta en forma directa o indirecta de un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima, y que sabe que va a morir”.*

En la actualidad se consideran otras características importantes para definirlo, como el hecho de que sea voluntario, activo (se excluye el suicidio pasivo), limitado en el tiempo, a menudo instantáneo, clásicamente lúcido e intencional de alguien que *“podía elegir vivir”*

Suele ser difícil cómo el ser humano, cuyo instinto está programado para proteger su vida, pueda provocarse la muerte por decisión propia.

Epidemiología

El suicidio es responsable del 0,4 al 0,9% del total de muertes en el mundo, y se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte en la mayoría de los países estudiados, para todas las edades y con una tasa global del 36,9 por 100.000 habitantes; asimismo,

es la tercera causa de muerte en adolescentes, seguida por accidentes de tránsito y homicidio. Su tasa se incrementó en grado notable y muestra un patrón uniforme en la población mundial; es la más habitual en varones, pero en mujeres presenta cada vez más a menudo métodos más violentos para su realización.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud realizó una clasificación de tasas de suicidio para compararlas y definió que son bajas las que presentan cifras inferiores a 5 suicidios por 100.000 habitantes, medias las que presentan entre 5 y 15 por 100.000 habitantes, altas las tasas entre 15 y 30 por 100.000 habitantes, y muy altas las tasas superiores a 30 suicidios por 100.000 habitantes.

Nuestro país se enmarca dentro de las tasas medias con 7,1 suicidios por 100.000 habitantes junto a países como Colombia, Irlanda y Egipto con tasas de 8, el Reino Unido con 9 y EE UU. con 12 por 100.000 habitantes; asimismo países como Grecia presentan tasas bajas, con 3,8. En Europa las cifras son dispares.

En la conducta suicida, entre los pacientes que realizan maniobras para quitarse la vida, debemos diferenciar a los que lo consiguen con éxito, a los que llamamos suicidios consumados, de los que sobreviven, y se debe determinar el intento de suicidio, parasuicidio o gesto autolítico, cuyas características son diferentes, aunque algunas se superponen.

Se considera que por cada suicidio consumado se producen entre 10 y 25 tentativas, y el 10 al 15% de las personas que lo intentaron consiguen su objetivo.

Los suicidios consumados son más frecuentes entre los hombres, en una proporción de 3:1, mientras que la tentativa es más habitual en mujeres en idéntica proporción, debido a que los métodos escogidos por ellas son de menor letalidad o presentan efectos tardíos, lo que permite el rescate de la víctima.

Por último debemos mencionar como componente de esta conducta la ideación suicida, entidad clínica de difícil determinación que también se encuentra en mayor proporción en mujeres.

Entre la población mayor de 30 años es más frecuente, la presencia de patologías simultáneas, mientras que en los menores se destacan otros factores, como separación, rechazo, desempleo, problemas legales y , dentro de las patologías, los trastornos de personalidad y el consumo de drogas.

En general podemos mencionar que los factores predisponentes, en busca de un perfil, son sexo masculino, edad mayor que 45 años, soledad (divorcio, separación, viudez, celibato), historia familiar de trastornos del humor, ser inmigrante o culturalmente

diferente, desempleo, ausencia de actividad profesional, jubilación, ausencia de vida social y de actividades lúdicas o pasatiempos.

En determinadas situaciones se realiza una práctica denominada “autopsia psicológica”, mediante la que se recaba información del entorno de la víctima de suicidio (familiares, amigos, médicos, testigos) con el fin de determinar factores que podrían haber tenido relevancia en su desarrollo. En estudios que se utilizaron este método se determinó que solo alrededor del 20% se encontraba bajo tratamiento psicofarmacológico.

Estudios realizados en Finlandia por un equipo multidisciplinario informó un 5,9% de suicidios cometidos por conductores de rodados, el grupo más perjudicado era el de los varones entre 15 y 24 años. En choque frontal con camiones o trenes y por lo general sin compañía. En el 35% de las víctimas se encontró una alcoholemia elevada.

Desde hace 20 años en casi todos los países y las culturas del mundo la tendencia de las tasas de suicidio infanto-juvenil cobró dimensiones insospechadas, que en pocos años la llevaron a ser, en algunos casos, la población más expuesta.

El incremento global de las tasas de suicidio en poblaciones menores de 21 años modificó la perspectiva que posee la salud pública sobre el fenómeno, en primer término por la falta de estrategias y conductas particulares, por tratarse de un fenómeno relativamente inesperado.

Gould y col realizaron un estudio mediante autopsias psicológicas realizadas a 120 víctimas de suicidios menores a 20 años en un período de 2 años en Estados Unidos.

Entre los que intentaron determinar patrones como variable demográfica, relaciones padre-hijo, presencia del castigo físico, antecedentes psicopatológicos familiares y acontecimientos vitales tensionantes.

La relación hombre-mujer se incrementó con la edad de 2,1 a 4 entre los menores y mayores de 15 años. Las víctimas de suicidio tenían una comunicación menos habitual y menos satisfactorias con sus padres, crisis disciplinarias frecuentes, suspensión de la escuela, rupturas con novios y separación reciente de los padres, no asistir a la escuela, no trabajar o abandono de la Universidad. También se describieron como relevantes los antecedentes psicopatologías familiares y de suicidio.

En América latina las tasas de suicidio infanto-juvenil mostraron un aumento importante en los últimos años. En Brasil las tasas en adolescentes son de 4,5 por 100.000 habitantes para varones y de 2,1 por 100.000 habitantes para mujeres. En Colombia las tasas rondan los 8 casos por 100.000 habitantes. En nuestro país, en la

provincia de Tucumán, las tasas se incrementaron sobre todo entre 10 y 24 años en mujeres, y 15 a 30 años en varones, los métodos elegidos son los más violentos.

En Estados Unidos el incremento en las tasas en adolescentes, se produjo tanto en mujeres como en varones.

A continuación se expone una serie de tablas mostrando las tasas de suicidio entre 1997 y 2005, y los mecanismos más frecuentes utilizados según el género, desde 1997 hasta el 2001 en la Ciudad Autónoma de Bs.As. tomando de referencia las autopsias médico legales de la Morgue Judicial, sobre un total de 26.808 necropsias (Almada, M.C 2007).

Evolución Tasa anual de suicidio en el tiempo

AÑOS	Total de Autopsias	Total de Suicidios	Tasa Suicidio	Chi 2	p
1997	2900	359	12.4%	11.4	0.000742
1998	2903	343	11.8%	5.9	0.015033
1999	2856	311	10.9%	0.8	0.381832
2000	2947	332	11.3%	2.3	0.127759
2001	2914	357	12.3%	10.0	0.001540
2002	2947	306	10.4%	0.0	0.971935
2003	3479	299	8.6%	10.5	0.001196
2004	3429	295	8.6%	10.2	0.001371
2005	2433	176	7.2%	23.0	0.000002

Los resultados muestran que existen diferencias significativas en las tasas de suicidio a lo largo del tiempo.

Mecanismos utilizados según el género

* P.A.F: proyectiles de armas de fuego

97 al 01	mujeres	varones
P.A.F*	103	451
Politraumatismo	306	289
Ahorcadura	62	280
Patología	57	64
Quemaduras	14	13
Arma Blanca	9	22
Por causas varias	14	18
Total	565	1137

Distribución por género

masculino	femenino
P.A.F	Politraumatismo
Ahorcadura	Ahorcadura
Politraumatismo	P.A.F.

Es importante diferenciar dos momentos del suicidio:

- a) tentativa de suicidio
- b) suicidio consumado

La tentativa de suicidio, podríamos definirla como *“la puesta en marcha de mecanismos psicofísicos voluntarios, para lograr su propia muerte”*, la que puede o no consumarse según numerosas circunstancias inherentes al sujeto, al entorno y al mecanismo lesivo seleccionado.

Mientras que suicidio, es *“la efectivización de los mecanismos psicofísicos que lograron voluntariamente su muerte”*.

Según los datos arrojados en un trabajo sobre tentativas de suicidio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Posadas de la Pcia de Bs. As. (Congreso AAP, Bs.As. 2008) fueron los siguientes:

Sobre un total de 18.356 pacientes, 3.557 tuvieron “tentativa de suicidio”.

Hombres: 31%

Mujeres: 34%

Los métodos aplicados fueron los siguientes:

- Ingesta de psicofármacos: 48% (psicofármacos, fármacos y órganos fosforados), 73% femeninos.
- Arrojar sobre vehículos en movimiento o al vacío: 12%
- Lesiones cortantes: 8%, 66% masculinos.
- Ahorcadura: 5%, 67% masculinos.
- Ahogamiento: 3%, 70% femeninos.
- Armas de fuego: 1%, 70% femeninos.

Será frecuente encontrar en el cuerpo de estos pacientes (ambulatorios, internados o carcelarios) con intentos de suicidio, cicatrices producto de antiguas autoagresiones, las que reúnen las siguientes particularidades:

- ubicadas frecuentemente en la cara anterior de los antebrazos
- múltiples
- paralelas entre sí
- superficiales

Aunque en los individuos presos por distintos delitos, el autoinferirse estas lesiones, son más bien para escapar, aunque sea por unas horas, de la “locura del encierro”, horas éstas que serán atendidos por el servicio de urgencia de la institución.

Aspectos sociales

Emile Durkheim, padre de la sociología como ciencia, observó este fenómeno, que las tasas sufrían modificaciones relacionadas con aspectos demográficos y sociales.

Durkheim describe 3 tipos de suicidio: El egoísta, el altruista y el anómico; en las normas sociales y morales son confusas o simplemente están ausentes.

Las cifras en las tasas de mortalidad por suicidio se incrementa en períodos de crisis económicas, como en Estados Unidos en 1930, las tasas ascendieron a 17,4 por 100.000 habitantes, y en la Argentina en la crisis del 2001, Tucumán reveló un incremento de 2,22 a 4,16 por 100.000 habitantes.

A esta variable se refiere Durkheim con el llamado suicidio anómico, en la que la adversidad social o económica fractura el vínculo entre el individuo y la sociedad. También la presencia de marginación, ciertos grupos indígenas o inmigrantes en los que las cifras se elevan al doble.

Aspectos genéticos

Hay estudios que exponen que entre el 11 y el 17% de los casos de pacientes suicidas presentaban un familiar cercano que había cometido un suicidio, y que el porcentaje sufría un incremento importante si había antecedentes de enfermedad afectiva.

Se determinó que había una relación entre los gemelos monocigotos del 11,2 sobre los dicigotos que presentaban un 1,7%.

En comunidades cerradas se encontró que circunscribían a ciertos grupos familiares. El estudio Amish, realizado en la comunidad Amish, en Pensilvania, estados Unidos, entre los 1880 y 1980, en los que se informaron 26 suicidios, que 24 correspondieron a trastornos de estado de ánimo y el resto a historia familiar positiva.

En el estudio Iowa con 500 pacientes, concluyó que en los familiares de primer grado de pacientes psiquiátricos el riesgo suicida fue 8 veces mas superior al estimado en los de los controles; en los familiares de los pacientes psiquiátricos que se suicidaron el riesgo fue 4 veces mas elevado que en aquellos de los que no se suicidaron.

En adopción se destaca el Danés-Estadounidense, sobre la población de 5.483 adopciones en las que se registraron 57 suicidios. Se informaron suicidio en familiares biológicos de las víctimas, y no se comprobaron muertes por suicidios entre los familiares adoptivos.

Las investigaciones en genética sobre el suicidio aún no se pudieron determinar elementos concretos sobre la forma en que se realiza esa transmisión, es de tipo poligénica, sin saber aún si el material genético es propio o correspondiente a la patología psiquiátrica que expone el riesgo suicida.

Aspectos neurobiológicos del suicidio

Tiene como origen los desarrollados por Asberg a partir de la década de 1970.

Los sistemas catecolaminérgicos e indolamínicos, juntos con la actividad del eje córtico-límbico-hipotálamo-hipofisoadrenal, son los más estudiados y de los que se desprenden los medios de mayor utilidad.

La actividad serotoninérgica se relacionó con los intentos de suicidio, ligada en los trastornos del estado de ánimo y con el control de los impulsos y la conducta agresiva. Suecia mediante determinación del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina (5HT), en líquido cefalorraquídeo (LCR), Asberg y col. encontraron valores bajos tanto en pacientes con tentativa de suicidio, como en cadáveres, en relación con los controles sanos y postularon que los individuos con niveles más bajos de 5-HIAA en LCR registraban mayor número de intentos de suicidio, cuyos métodos eran más violentos que los que presentaban un nivel normal; así se convirtió en el metabolito más estudiado hasta la actualidad, que se encuentra con ensayos y estadísticas de gran volumen en todo el mundo.

Otros estudios, Crow y Arato, revelan niveles bajos de 5HT y de 5-HIAA a nivel de los núcleos de rafe, el putamen y el hipotálamo.

Sobre corteza cerebral, se hallaron alteraciones en receptores serotoninérgicos, con una disminución de receptores 5HT presinápticos, debido a los niveles bajos de 5HT y el bajo acoplamiento a este receptor, y un aumento de la densidad de los receptores 5HT, postsinápticos, en forma compensatoria.

Además, en la conducta autoagresiva se encontró deterioro del circuito orbitofrontal, originado en las áreas 9 y 10 de Brodmann, cuyas proyecciones parten a la porción ventromedial del núcleo caudado, y cuyo déficit da lugar a una capacidad deficiente para controlar los impulsos y a episodios explosivos de irritación.

Otro sistema estudiado es el dopaminérgico, con innumerables ensayos sobre el metabolito definitivo de la dopamina, el ácido homovanilíco (HVA) en LCR de cadáveres víctimas del suicidio, una disminución acentuada en relación con los controles sanos. Además Meltzer informó un incremento urinario y plasmático del metabolito mencionado en la depresión psicótica.

En 1996 López-Mato describió una disminución de la dopamina-“B”-hidroxilasa, enzima que realiza el pasaje de dopamina en noradrenalina por hidroxilación.

En 1982 describieron un aumento del 3-metoxi-5-hidroxi-fenil-etil-glicol (MOPEG) urinario, así como hiperactividad colinérgica.

Funkestein y col informaron que la tasa de noradrenalina/adrenalina urinaria se encontraba disminuida en pacientes con intento de suicidio y aumentada en los que presentaban síntomas de agresividad elevada.

Roy no encontró relación alguna con el MOPEG, metabolito final de la noradrenalina, en plasma, orina y LCR de pacientes deprimidos que cometieron el suicidio. Tampoco halló en orina, sangre y LCR relación directa entre la disminución de MOPEG y el suicidio, por lo tanto, no concluyentes.

Esta hipótesis a favor de la versión noradrenérgica es el hallazgo de ciertos estudios de un incremento significativo de la unión a receptores "B"-adrenérgicos en corteza frontal.

En la Argentina en 1995 mediante mediciones de 5-HIAA, HVA y MOPEG en muestras de LCR extraídas postmortem por punción cisternal (suboccipital) de cadáveres de suicidio en comparación con otro grupo que no murió por esa causa, se encontraron valores promedio bajos de 5-HIAA, HVA y MOPEG en los suicidas en relación con los no suicidas, cuyos casos los valores eran inferiores en los que habían utilizado métodos más violentos para provocarse la muerte.

El eje más estudiado es el córtico-límbico-hipotálamo-hipofisoadrenal, útil como predictor de riesgo de suicidio.

Anormalidades biológicas relacionadas con el suicidio, un mayor peso de la glándula suprarrenal en estudios post mortem.

Incremento del cortisol en pacientes que habían intentado suicidarse, se comprobó hipersecreción crónica de hormona liberadora de corticotrofina (CRH) en LCR, un incremento de la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides tipos I y II en el hipocampo, y disminución en la densidad de los receptores CRF en la corteza frontal en pacientes suicidas, como medida compensatoria o de down regulation (Nemeroff), como indicadores biológicos para riesgo suicida.

Krieger describió un incremento de cortisol superior a 20 ug/dl, pero otros autores no están de acuerdo.

Otro es la prueba de supresión de la dexametasona (DST) para detectar la hiperactividad adrenal; siendo numerosos los estudios que indican la necesidad de este estudio para detectar riesgo suicida.

La presencia de un DST positivos en pacientes depresivos nos puede alertar acerca de riesgo de suicidio, sin embargo un DST negativo es de mayor riesgo en otras patologías, como esquizofrenia, alcoholismo y enfermedades cerebrales orgánicas (Carroll, Greden, Feinberg)

Se estudió el incremento de ACTH en depresión y suicidio, los resultados fueron menos concluyentes que los valores hallados de cortisol, CRF y DST. Como único indicador se encontró una curva de respuesta plana CRH-ACTH.

En cuanto el eje córtico-límbico-hipotálamo-hipofisotiroideo, varios autores demostraron la presencia de una curva plana TRH/TSH en pacientes con depresión unipolar como marcador de rasgo.

En 1989 Nemeroff encontró un incremento de TRH en LCR de pacientes suicidas. En 1983 en 51 mujeres depresivas Linkovski, Van Wettere y col. Encontraron un aumento en la respuesta de TSH en intentos de suicidios violentos, donde 12 pacientes presentaban respuesta ausente de TSH/TRH y 7 de ellas se suicidaron durante los 5 años siguientes.

En el eje córtico-límbico-hipotálamo-hipofisoprolactínico aun no se encontró una relación directa; Coccaro encontró correlación entre conducta autolítica y una respuesta plana a prolactina al agonista 5HT fenfluramina en pacientes con trastornos de la personalidad.

La hormona de crecimiento puede estar alterada en adolescentes, sobre todo en el pico de secreción nocturno, relacionadas con trastornos del sueño.

Otros estudios encontraron una disminución significativa en la respuesta de la GH a la desimipramina en adolescentes.

Las plaquetas constituyen una fuente periférica adecuada para el estudio de receptores 5HT.

Se observó que el número de receptores plaquetarios fue significativamente mayor, había una actividad catalizadora de fosfolipasa C con especificidad inositolfosfórica en corteza prefrontal. Niveles menores de AMPc estimulados por foscolina, en cerebros de pacientes suicidas, estudiados post mortem.

Trifosfato de inositol no sufre variaciones significativas en la corteza frontal, pero se produce un incremento importante a nivel del hipocampo en pacientes depresivos suicidas.

La latencia de sueño RM en depresión endógena se encuentra significativamente alargada en pacientes suicidas, además puede hallarse un aumento en la densidad del sueño REM y la reducción de las etapas III y IV de sueño no REM o sueño delta.

Se registró una disminución de la excreción nocturna de melatonina (Boyce, 1995) y una reducción de receptores betaadrenérgicos en la glándula pineal también se encontró una reducción de melatonina y Mg. en LCR de suicidas. En otros casos aumento de colesterol en adolescentes.

Se puede indicar que hay innumerables marcadores que pueden ayudarnos a esclarecer cuáles son los pacientes más vulnerables o que presentan mayor riesgo suicida, sin embargo en su mayoría no son lo suficientemente específicos ni accesibles. La determinación basal de cortisol, el DST y la curva TSH/ TRH son de gran utilidad en la clínica diaria.

Enfermedad mental y suicidio

El 98% de las víctimas de suicidio padecía algún trastorno mental previo, pasible de tratamiento y, por lo tanto, de prevención. EL 48% fue admitido en algún momento en un servicio de salud, hospital psiquiátrico o centro de atención primaria durante el mes previo o durante el episodio, y el 70% de las consultas correspondió a trastornos depresivos y alcoholismo.

Entre los pacientes que mueren por suicidio en hospitales psiquiátricos, más del 90% presenta intentos previos, y en general ocurre sin previo aviso; al contrario de los que sucede con los provocados por sujetos que, aunque presenten antecedentes de internaciones psiquiátricas, no se encontraban internados en el momento del suicidio.

Hay autores, como Blumenthal, que consideran que el suicidio es un síndrome complejo y de variados matices, en el que se superponen aspectos psicopatológicos, características de la personalidad como la impulsividad y la vulnerabilidad, y no es el desenlace de un hecho aislado.

Depresión

Hay un predominio de los trastornos del estado de ánimo, en primer término depresión, en los pacientes suicidas, con tasas 4,5 veces superiores con respecto a otras patologías psiquiátricas; este es el diagnóstico más frecuente, con una prevalencia de

hasta el 70%. De los pacientes depresivos, el 15% de ellos llega a suicidarse, y el 10% de las personas que tienen un incremento de suicidio lo repiten.

El riesgo es mayor entre los varones, sobre todo en solteros, separados o viudos, y suele comenzar a edades superiores a 40 años.

Es importante el diagnóstico temprano de la depresión, en pos de la prevención del suicidio, identificar a pacientes de alto riesgo, tomando en cuenta que de todos los suicidas con depresión, sólo el 20% recibe tratamiento adecuado para la patología.

Stephen Stahl describió la regla del siete, para recordarnos que de cada siete pacientes con depresión recurrente comete suicidio, que el 70% de los que se suicidaron presentaban un trastorno depresivo, que el 70% de los suicidas reportaban atención de cuidados primarios por parte de médicos en las últimas 6 semanas anteriores, y que el suicidio es la séptima causa de suicidio en Estados Unidos.

Incrementa el riesgo la presencia de trastorno bipolar, sobre todo del tipo II.

Esquizofrenia

Cerca del 15% de los pacientes esquizofrénicos se suicida, y más del 50% realiza un intento de suicidio durante su vida; éste es el segundo diagnóstico más frecuente dentro de la patología psiquiátrica, lo que nos permite prever el riesgo elevado que presentan de consumir el hecho con ulterioridad.

Los suicidios se producen en los períodos interepisódicos, en mayor medida dentro de los 3 meses del alta.

Se produce en los primeros años de evolución de la enfermedad, y es infrecuente que se intente después de los 10 años de transcurrido el primer episodio.

Suelen ser jóvenes, al contrario de lo que sucede en los trastornos del estado de ánimo.

Otros Factores patológicos que pueden coexistir con la esquizofrenia son el alcoholismo, y el abuso de sustancias, la carencia de integración social y familiar, que cuando se presentan dentro de esta patología potencian en gran medida el riesgo de suicidio.

Alcoholismo

La asociación entre el alcohol y el suicidio es conocida por las altas tasas de suicidio entre pacientes alcohólicos y por el uso de alcohol como desinhibidor antes de intentar provocarse la muerte,

El riesgo de suicidio es 60 a 120 veces superior que en la población general, se incrementa cuando acompaña trastornos como depresión en personas que viven solas. Es más frecuente encontrar en hombres trastornos depresivos mayor y en mujeres alteración distímica.

El consumo de alcohol también se relaciona con las muertes por accidentes de tránsito, primera causa de muertes en adolescentes, en las que el descuido en el manejo y el abuso de alcohol podrían emparentarse con conductas autolíticas difíciles de diferenciar en el suicidio activo.

Drogodependencia

Las tasas de suicidio son superiores entre las personas que abusan de sustancias, sobre todo en patología principal de depresión, en cuyo caso el riesgo de suicidio se incrementa hasta unas 80 veces. La heroína incrementa 20 veces el riesgo de suicida.

En general el comportamiento se ve favorecido por la disponibilidad de drogas letales, de uso intravenoso, los trastornos de personalidad y la impulsividad y el estilo de vida caótico.

Trastorno de pánico

Según Weissmann en su población de estudio el suicidio fue del 7% pero ascendió al 29% cuando el trastorno de pánico se encuentra en comorbilidad con depresión, alcoholismo y abuso de sustancias.

Trastornos de la personalidad.

Ciertos trastornos de la personalidad están más expuestos al suicidio, sobre todo si crean dificultades de interrelación y adaptación, como el límite y el trastorno antisocial, en los que (hay un alto componente de dificultad de manejo de la agresividad

potenciado con el abuso de sustancias); y el trastorno histriónico de la personalidad (incapacidad de tolerancia a la frustración), en mayor medida asociado al abuso de sustancias.

Trastornos de la alimentación

La asociación entre el suicidio y trastornos de alimentarios en jóvenes es alta; es una de las Principales causas de muerte en anorexia nerviosa, sobre todo del tiempo compulsivo/purgatorio. Es la tercera causa de muerte en esta población.

En general informan sus intenciones con anterioridad a familiares o a los médicos a quienes acudieron; el éxito de esta prevención se basa en primer término en el reconocimiento, el diagnóstico temprano y el adecuado tratamiento de las patologías mentales.

Enfermedad médica y suicidio

Se determinó que el 30% y el 70% de las víctimas de suicidio en las que se realiza una autopsia padecía enfermedades médicas. Por lo general se trata de enfermedades crónicas y dolorosas. Entre las patologías médicas asociadas más a menudo con este fenómeno podemos destacar las siguientes:

Sida

Por lo general en el primer año del mismo.

Cáncer

El 50% de los pacientes varones que padecen algún tipo de neoplasia intenta el suicidio en el primer año de evolución. Los motivos son miedo al dolor, temor a las secuelas de la patología y disminución de la calidad de vida, aun en los pacientes tratados.

Epilepsia

Del 5% entre los pacientes epilépticos, guarda relación con el uso de barbitúricos.

Corea de Huntington

El suicidio es parte latente del síndrome; las probabilidades pueden incrementarse de si está acompañado de depresión.

Otras patologías que tienen relación directa con el suicidio son esclerosis múltiple, trauma medular y craneano, patología cardiovascular, demencia, endocrinopatías como síndrome de Cushing, anorexia nerviosa, síndrome de Klinefelter y porfirias.

Prevención del suicidio

El tratamiento del suicidio es la prevención. La Organización Mundial de la Salud, “Salud para todos en el año 2000”, incorporó dentro de su diseño 12 medidas para reducir en forma sostenida y continuada la tendencia de los suicidios y los intentos de suicidio, cuya consigna era reducir un 33% las tasas de suicidios en pacientes con patología psiquiátrica, y un 15% las tasas globales.

No son muchas las naciones que tengan proyectos específicos de prevención del suicidio y que funcionen en la actualidad, se basan en particular en mejorar el estado de salud y el desempeño social de los pacientes que padecen patologías mentales. Todos los programas se basan primero en realizar un estudio epidemiológico y los factores de riesgo.

La OMS recomienda la intervención de entidades gubernamentales, para el diseño y la puesta en marcha de los programas.

Entre las estrategias que se destacan podemos nombrar:

1. la participación de la educación pública informado a través de los medios masivos de comunicación para reducir el estigma que representa.
2. la detección y el tratamiento eficaz de la depresión y otras enfermedades mentales, como el alcoholismo y el abuso de sustancias, y mejorar los accesos a los servicios de salud mental.
3. actuar sobre los factores socioeconómicos que incrementan el riesgo de suicidio (sobre todo en los jóvenes).
4. en casos particulares, podemos citar Holanda que presenta el Dutch prevention clearinghouse (centro de prevención y educación sobre el suicidio), o Francia y otros países en los que hay servicios telefónicos sin

costo, que asesoran y captan pacientes que pueden ser susceptibles al suicidio.

Conducta frente al riesgo de suicidio

Evaluación y conducta ante el paciente suicida

Es importante la evaluación del riesgo de suicidio y la presencia de conducta autolítica o intentos previos de suicidio, así como antecedentes familiares de suicidio que incrementan en gran medida el riesgo real.

Todos los pacientes que exprese deseos de morir deben tomarse con cautela, tratando de no subestimar tan alarmantes confesiones. En ese caso el paciente debe controlarse y permanecer en una unidad cerrada, en cercanías a enfermería.

Debe evaluarse historia clínica completa, se debe practicar un examen psicopatológico detallado y un interrogatorio completo sobre sintomatología depresiva e ideación suicida.

Los criterios de internación dependen del diagnóstico, la gravedad de la depresión, la magnitud de la ideación suicida, la capacidad del paciente y su entorno para afrontar la situación, la disponibilidad del apoyo social y la presencia de factores de riesgo y antecedentes.

Debe tomarse en cuenta la presencia de patología psiquiátrica, trastornos de estado de ánimo, como episodios depresivos o trastornos bipolar, trastornos de pánico, esquizofrenia, y alteraciones de la personalidad, u otra.

Otro elemento de mal pronóstico en un paciente con ideación suicida es la presencia del abuso de alcohol u otras sustancias.

La presencia de patología médica como infección por HIV, neoplasias, epilepsias.

Una herramienta de utilidad suele ser el uso de escalas específicas, como la “Escala de Beck” para evaluación de riesgo de suicidio, que permite realizar una cuantificación del riesgo. Esa escala presenta 15 observaciones clínicas como actos de anticipación de muerte, comunicación de intención, letalidad del método, grado de premeditación y soledad.

El paciente con riesgo de suicidio, sobre todo si protagonizó intentos previos, debe recibir hospitalización y tratamiento psicofarmacológico, en busca de reducir la ideación suicida y la intencionalidad.

En determinadas circunstancias el uso de antidepresivos conlleva un incremento del riesgo, con períodos en los que son más frecuentes los suicidios en sujetos en los que comenzaron a remitir los síntomas depresivos, predisponiendo a un nuevo impulso suicida que muchas veces termina en la muerte del paciente.

En determinadas situaciones está indicado el uso de psicofármacos antipsicóticos antagonistas serotoninérgicos, si fracasa.

Está indicada la terapia electroconvulsiva.

Después del suicidio

Una vez que se produjo el suicidio, el entorno del paciente requiere ayuda para enfrentar los sentimientos de pérdida, culpa o ira, por lo que requieren una explicación completa acerca de la naturaleza y los motivos que pueden haber mediado, como los actos médicos que puedan haber influido.

También es frecuente la necesidad de apoyo para el equipo médico que asistió al paciente.

Para concluir la naturaleza suicida aún se desconoce en gran medida, el perfeccionamiento de los recursos de su prevención; recordamos las palabras de Aaron Beck, quien nos decía que la “falta de esperanzas es una de los indicadores más exactos del suicidio a largo plazo”.

EL SUICIDIO EN LA CLASIFICACION DE KARL LEONARD

En la clasificación de Karl Leonard, es en las siguientes patologías psicóticas endógenas donde hay mayor riesgo de suicidio.

- 1) Melancolía pura
- 2) Depresión

CARACTERÍSTICAS GENERALES

1) MELANCOLIA PURA

- Depresión
- Inhibición psicomotriz
- Inhibición del pensamiento
- Dificultad para tomar decisiones
- Sentimiento de insuficiencia
- Ideas depresivas cambiantes

- Síntomas corporales semejantes a los de la melancolía de la PMD*
- Elevado peligro de SUICIDIO

* PMD: Psicosis Maníaca Depresiva

2) DEPRESIÓN

Clasificación:

- depresión acuciante
- depresión hipocondríaca
- depresión autotorturante
- depresión paranoide
- depresión fría

A) DEPRESIÓN ACUCIANTE (agitada)

- estado atormentado depresivo con tonalidad de angustia
- **inquietud permanente**
- ideas de pecado
- temores hipocondríacos
- queja de manera estereotipada
- no se dejan distraer de sus quejas
- gimen, suplican, se quejan, repiten de manera monótona
- imposibilidad de ser influenciados
- tendencia de curso prolongado
- la inquietud angustiosa produce adelgazamiento
- el desgano no tiene objeto
- frecuente tendencia al SUICIDIO

B) DEPRESIÓN HIPOCONDRIACA

- **sensaciones corporales anormales y erróneas**
- están afectadas los estados afectivos más primitivos (corporales y vitales)
- sensación de opresión en el corazón y otros lados
- angustia (hablan quejosos y llorosantes, pero nunca con gran inquietud)
- lamentos cambiantes
- **sospecha de que las dolencias son porque tienen una enfermedad grave (ca, TBC)**
- **siempre son valoradas como fenómenos patológicos, jamás como influencia externa.**
- puede haber algo de despersonalización (fenómeno de extrañamiento)
- el afecto no es tan profundo como en la “melancolía” y “depresión acuciante y autotorturante”
- puede haber ideas de inferioridad o de referencia (nunca importantes)
- puede ir a la cronicidad
- el desgano está ligado a la sensación corporal
- el SUICIDIO es menos frecuente

C) DEPRESION AUTOTORTURANTE

- las ideas de autodesvalorización predominan sobre las de angustia
- ideas de pecado, inferioridad, angustia, autorreproches, temor por él y su flía
- el afecto patológico se desarrolla primero que la idea
- disminuye el interés por el entorno. Se ocupa de sus ideas
- puede haber ideas de referencia, alucinaciones fugaces

- es rara la cronicidad
- carecen de inhibición, de estar apáticos/tranquilos pueden pasar a la excitación cuando se discute sus ideas
- malhumorados
- el desgano está ligado a ideas anímicas superiores
- el SUICIDIO es menos frecuente que la “melancolía y depresión acuciante”

D) DEPRESION PARANOIDE

- **“ideas de referencia con base depresiva, no con hostilidad”**
- sufre y no disputa
- sentimientos de culpa
- puede haber percepciones acústicas ilusorias
- frecuente que pase a la cronicidad
- dd. Psicosis de angustia y esquizofrenia
- relativamente frecuente el SUICIDIO

E) DEPRESION FRIA

- abatimiento del humor
- **empobrecimiento afectivo y del humor**
- los sentimientos anímicos superiores pierden su profundidad (dolor-alegría)
- pierde la capacidad de compartir los sentimientos con otra persona
- empobrecimiento de la iniciativa
- la profundidad de la depresión es menor que las puras
- el SUICIDIO es poco frecuente

PATOLOGIAS PSIQUIATRICAS LIGADAS AL SUICIDIO

Trastorno del estado de ánimo

Los elementos de la esfera afectiva se interrelacionan con las otras dos esferas: cognitiva y volitiva, además con el medio ambiente.

La tristeza y la alegría son sentimientos normales a la adversidad, el fracaso o el triunfo, logros y éxitos. Estos sentimientos se presentan en momentos claves de la vida como aniversarios y conmemoraciones como también en períodos premenstruales o primeras semanas del puerperio.

Erik Erikson señaló ocho fases del desarrollo y conceptualizó las crisis vitales donde se producen movimientos afectivos, también las llamadas crisis accidentales como ser la pérdida de un ser querido donde es esperable un estado de ánimo de tristeza o bien de alegría en situaciones de éxito.

Muchas veces la persona que padece una patología depresiva no llega a la consulta médica.

Desde el punto de vista clínico psiquiátrico se puede categorizar a la depresión en:

- 1) síntoma
- 2) síndrome
- 3) entidad nosológica (depresión enfermedad)

Es importante y necesario separar la naturaleza mórbida de la depresión anormal de aquella vivencia de tristeza natural motivado por circunstancias vitales.

SE sabe que no se evoluciona con frecuencia a una depresión como consecuencia de fallecimientos de padres en la infancia o bien no tienen antecedentes de duelo por fallecimiento de padres en la infancia. (Tratado de Psiquiatría. Marchant; Monchablon. Pag. 413).

Hay ciertos criterios para dilucidar lo patológico y lo que no lo es:

- 1) intensidad de la vivencia
- 2) la duración del estado
- 3) los rasgos de personalidad y la historia vital
- 4) los factores desencadenantes

Respecto de la intensidad de la vivencia se trató de cuantificar a partir de escalas (Zung, Beck, Hamilton Depressive Rating Scale, Montgomery Asberg Depressive Rating Scale).

Respecto de la duración hay criterios aceptados que se expresan en el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association) y el el CIE 10 (Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems de la OMS).

CLÍNICA DEL SÍNDROME DEPRESIVO

Los pacientes presentan tantos signos y síntomas que abarcan lo anímico, cognitivo, psicomotor y vegetativas.

Todas estas dificultan la vida de relación tanto en lo laboral, personal, familiar provocando una disminución marcada del rendimiento.

Lógicamente no todos los pacientes presentarán todos los signos y síntomas a la vez, pero sí estarán presentes muchos de ellos. Estos se mantienen en la mayor parte del día, incluso a la noche y casi todos los días.

Hipertimia displacentara

Hay sentimiento de tristeza inmotivado o desproporcionado, asociada casi siempre a la angustia.

Hay repercusiones somáticas como dolor u opresión en el pecho y la garganta.

Hay tristeza vital como lo señaló Schneider, es la vivencia patológica donde interrelaciona el síntoma psíquico de la angustia con el corporal, incompatibles empáticamente, el dolor moral se mezcla con el corporal y resulta difícil para el paciente distinguir uno de otro.

Puede no haber sentimiento de pesar, por el contrario una disminución o ausencia afectiva, manifestado por pérdida de interés por los seres queridos, dificultad o imposibilidad para alegrarse y disfrutar. Relata que ya no puede sentir placer y ha perdido interés por las actividades habituales y nada lo motiva (anhedonia).

Se produce un aislamiento social progresivo, se recluye en su casa, en su habitación. Puede tornarse irritable e intolerante a los ruidos simples como escuchar la tv o radio.

Presenta un humor de tipo pesimista.

Hay inhibición psicomotriz que puede llegar a la inmovilidad con rigidez expresiva con las comisuras de los labios hacia abajo, tono de voz monocorde discurso lento con falta de interés en comunicarse, pudiendo llegar en los casos graves al estupor depresivo donde hay ausencia total de la expresión verbal.

Otras veces puede haber ansiedad marcada con inquietud motora manifestada con cruzar y descruzar las piernas y manos, gime, llora, se queja de sus dolencias, suplica y a veces con desesperación.

En los episodios mixtos por el DSM IV, los estados de ánimo alternan con rapidez entre la tristeza, irritabilidad, euforia semejando una manía con síntomas de depresión.

Cuando predomina la inhibición, el curso del pensamiento es lento, con disminución del flujo de ideas, vacío de ellas y no puede distraerse.

Caída marcada en la concentración, rendimiento intelectual, toma de decisiones, falta de memoria que en el anciano se lo puede confundir como signo de demencia, ya que este puede ser el signo de presentación inicial de la demencia.

La iniciativa y espontaneidad está disminuida o luego sucumbe.

Puede ser muy difícil vestirse, levantarse de la cama, comer, bañarse.

Hay sobrevaloración de las preocupaciones cotidianas como en lo económico o salud.

Hay pérdida de la autoestima, sentimientos de desvalorización que lo van alejando de la interrelación social.

Hay ideas deliroides (secundarias al estado de ánimo y revierten cuando cambia el humor, diagnóstico diferencial con las ideas delirantes).

Hay ideas de culpa, siempre desproporcionadas, irreductibles por no reconocer su naturaleza patológica.

Autorreproches de estar enfermo y representar una carga para su familia.

Ideas hipocondríacas de sufrir una enfermedad grave e incurable, siendo frecuente que las sustente en alteraciones vegetativas (dolor en precordio, dificultad para tragar, intestinal).

Ideas de ruina, en lo material, pérdida del empleo, sustento familiar, a veces con sustento real. Manifiesta como se desmorona todo alrededor sin poder hacer nada por ello.

Ideas de muerte deseando en un principio que ocurra para liberarse del tormento y luego como idea de suicidio, que si progresan en el pensamiento puede ir a la acción.

Los síntomas somáticos son muy frecuentes como fatiga y falta de energía.

Las tres cuartas partes de los depresivos manifiestan síntomas físicos como dolor precordial, cefalea, dolor abdominal, dolores difusos difíciles de localizar.

Hay pérdida progresiva del interés sexual, con anorgasmia e impotencia en general.

El pensamiento con contenido patológico y los hipocondríacos son un pronóstico de mayor gravedad.

Puede haber hiperfagia o anorexia.

Las tres cuartas partes de los depresivos tiene trastornos del sueño ya sea insomnio o hipersomnias, de conciliación o intermedio.

Las alteraciones menstruales indican un compromiso del eje hipotálamo-hipófisisgonadal.

CLASIFICACIÓN

Hay que diferenciar las depresiones primarias de las secundarias y los estados depresivos que se asocian a otras enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, alcoholismo y psicosis, siendo en estos casos secundarios.

Depresiones primarias:

- a) endógena – reactiva
- b) neurótica – reactiva
- c) unipolar – bipolar de Leonhard*

* se refiere a la presencia o ausencia de episodios maníacos en la evolución del paciente depresivo.

b) Endógena – reactiva: se relaciona con factores internos, constitucionales y probablemente ligados al metabolismo del cerebro. Son más severas con sintomatología más grave. Se pueden hacer ciertos exámenes de rutina como laboratorios neuroendócrino, EEG, imágenes cerebrales estructurales (TAC, RM) o funcionales (PET, SPECT).

Sin embargo en la actualidad no hay una clasificación que genere aceptación general. En la actualidad se acepta el DSM IV (EE.UU) y el CIE 10 (OMS). En ambas las formas unipolares y bipolares se aceptó en forma universal, con un beneficio terapéutico muy importante en especial para estos últimos, al comprenderse mejor la enfermedad y que el tratamiento con ATD puede empeorar el pronóstico; refiriéndose a la psicosis maniaco – depresiva la que es una enfermedad Bipolar o locura circular que implica al menos un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

La edad promedio de los trastornos bipolares son los 30 años. Comienza con una depresión leve o hipersomnias por semanas o meses y sigue con un giro hacia lo maníaco.

Algunas formas llamadas *trastornos ciclotímicos*, de comienzo insidioso con alternancia de ciclos con depresiones leves e hipomanías con períodos no muy frecuentes de eutimias.

El DSM IV los clasifica en:

1) Trastorno bipolar I

- a- episodio maníaco único
- b- episodio más reciente hipomaníaco
- c- episodio más reciente maníaco
- d- episodio más reciente mixto
- e- episodio más reciente depresivo
- f- episodio más reciente no especificado

2) Trastorno bipolar II

Episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaniacos.

3) Trastorno ciclotímico

Numerosos períodos con síntomas hipomaniacos y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen criterio para un episodio depresivo mayor, durante al menos 2 años.

4) Trastorno bipolar no especificado

No se cumplen los criterios para ningún otro trastorno bipolar.

Se denomina ciclado rápido la aparición de cuatro o más episodios reactivos en un año (depresivos, mixtos, maníacos o hipomaniacos). Las tres cuarta parte de éstos son mujeres.

En el caso de presentarse sólo episodios depresivos a lo largo de la evolución de la enfermedad estamos frente al tipo unipolar, y el DSM IV lo clasifica en:

- a) Trastorno depresivo mayor, episodio único
- b) Trastorno depresivo mayor, recidivante.

Ambos pueden clasificarse como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial/total o no especificado.

c) Trastorno distímico (antes neurosis depresiva)

Se observa un estado de ánimo depresivo crónico, la mayor parte del día de la mayoría de los días, de comienzo incidioso en la adolescencia y juventud. Con síntomas como: falta de energía, sensación de fatiga, baja autoestima, pesimismo, desconfianza, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, dificultades en las relaciones interpersonales, incapacidad de disfrutar de la vida; además síntomas vegetativos: aumento o pérdida del apetito, insomnio o hipersomnio y alteraciones de la libido. Algunos presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto al trastorno distímico y que luego del tratamiento no le permite una recuperación completa ya que persisten algunos síntomas.

Depresión secundaria

Estos cuadros son sintomáticos a otras enfermedades y se pueden presentar en diferentes momentos de la evolución de las mismas. Pueden responder a:

1) trastornos orgánicos:

- infecciones (TBC, neumonía, mononucleosis, SIDA)
- endócrinos (hipotiroidismo, enfermedad de Cushing y de Addison)
- neoplásicos (ca. de cabeza de páncreas, metástasis)
- hemáticos (anemias, leucemias)
- neurológicos (tumores cerebrales, Parkinson, demencias, esclerosis múltiples)
- déficit nutricional (B12, tiamina, fosfatos)
- colagenopatías (lupus, artritis reumatoidea)
- fármacos (antiblasticos, antihipertensivos, fenotiazinas, corticosteroides, secundarios a intoxicaciones con insecticidas, mercurio, talio)

En la mujer se puede encontrar en el posparto y en el climaterio.

En otras enfermedades psiquiátricas se las puede encontrar secundariamente en las esquizofrenias y alcoholismo.

En el anciano se produce una disminución del rendimiento cognitivo (pseudodemencia) la que se recupera después del tratamiento.

También puede ocurrir como respuesta a un factor de estrés llamado *trastorno adaptativo* donde hay un malestar mayor al esperado pero que se resuelve cuando cesó el estímulo y sus consecuencias.

En el caso que sea reactiva a la muerte de un ser querido, se lo llama *suelo* y no debe categorizarse como un trastorno depresivo por más que presente tristeza profunda, anhedonia y síntomas vegetativos, ya que se resuelve a los dos meses, otros dicen a los seis meses y al año.

Consideraciones etiopatogénicas

Existen distintos puntos de vista para tratar de explicar la génesis y evolución de los trastornos del ánimo, los que van desde teorías psicológicas hasta hipótesis biológicas.

Las primeras se investigaron a partir de Freud con sus estudios sobre el duelo y Abraham al estudiar los maníacos depresivos.

En los estudios biológicos se atribuyen a varios neurotransmisores implicados en las alteraciones del ánimo, siendo los más significativos, incluso por las repercusiones terapéuticas, la noradrenalina, serotonina y la dopamina. Aunque aún no hay una comprensión acabada debido a la gran complejidad del sistema de neurotransmisión ya que estimular algunos receptores postsinápticos de la misma neurona producirían un efecto antidepresivo (5HT1) y otros ansiedad e inquietud (5HT2 y 5 HT3).

También no se descarta el componente hereditario, al comprobar que la incidencia de los trastornos depresivos es mayor en las mujeres (3%/1%), lo que aumenta cuando hay antecedente de progenitores con trastornos del ánimo y si es bipolar el incremento es mayor. Si ambos progenitores presentan trastornos del ánimo la tasa llega al 75% al igual que en gemelos monocigotos. La predisposición para estos trastornos estaría en el cromosoma X, brazo largo, loci G6PD, sobre todo en bipolares y depresión con características melancólicas.

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

Los resultados son muy alentadores cuando se diagnostican correctamente y a tiempo, ya que tienen muy buena evolución y pronóstico, además reduce el impacto social negativo que producen estas enfermedades.

La utilización de moléculas antidepresivas comenzó en la década de 1950 con la aparición de la imipramina lo que generó un giro crucial en la evolución de los trastornos del ánimo. Solo la terapia electroconvulsiva (1930) había tenido efecto terapéutico positivo con escasos efectos colaterales los que la diferenciaban de los otros tratamientos de la época.

Hubo y hay una gran evolución en el mejoramiento de los factores farmacocinéticos al reducir los efectos adversos y contraindicaciones.

Los efectos antidepresivos se evidencian a las dos o tres semanas, pero es muy importante mantener la dosis terapéutica durante el tiempo del tratamiento. Si bien la duración del mismo es un tema controversial, pero en general se acepta entre seis meses un año de mantenimiento y otros dos años o más e incluso de manera permanentes según los casos.

Los antidepresivos usados en nuestro medio son:

- 1- a) inhibidores de la monoaminoxidasa (tranilcipromina)
b) inhibidor reversible de la MAO
- 2- tricíclicos: imipramina, clomipramina, amitriptilina
- 3- tetracíclicos, mianserina
- 4- inhibidores de la recaptación de serotonina – IRSS- (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluoxamina, citalopram)
- 5- de efecto sobre la dopamina (amineptino, bupropión)
- 6- inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina)
- 7- inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (venlafaxina, duloxetina)
- 8- NaSSA, mirtazapina
- 9- Tianeptino (aumento de la recaptación de serotonina)

También puede agregarse el Litio en la depresión uni o bipolar.

La adición de la hormona tiroidea potencia la respuesta del antidepresivo. El hipotiroidismo por sí solo tiene incidencia en la depresión.

La **terapia electroconvulsivante** (TEC) es útil en los casos de depresiones refractarias a la psicofarmacología y en las depresiones severas, como en el estupor depresivo o el riesgo de suicidio.

Se realizan aplicaciones día por medio bajo anestesia general con control cardiológico, las que mejoran en las primeras sesiones, a veces de manera espectacular y no es necesario cumplir con las diez sesiones. Si no hay mejoría en este lapso no es conveniente continuar ya que es probable que el paciente no sea susceptible a esta terapéutica.

En los casos de trastornos bipolares el tratamiento está orientado a reducir la duración y la intensidad de los episodios y prevenir los ciclos, por eso se denomina a la terapéutica como antirrecurrencial o anticiclante. Si la depresión es una fase de un bipolar, el tratamiento con antidepresivo podría disparar un episodio maníaco. Las depresiones en los bipolares son las más difíciles de tratar. El indicado en los bipolares es el litio, eficaz en el episodio y en la profilaxis (50%), en los ciclados rápidos solo es efectivo en el 30%.

Los anticomiciales (ácido valproico, carbamazepina, oxcarbamazepina, lamotrigina, topiramato, gabapentina) fueron notablemente superiores en los ciclados rápidos.

Tratamiento Psicológico

Es importante incluir algún tipo de psicoterapia para favorecer la evolución positiva. Es importante el enfoque familiar ya que puede haber factores perturbadores para el paciente o el paciente desestabilizar la familia, es común que los familiares piensen que no es una enfermedad la que presenta el paciente sino una mala predisposición y no se mejoran porque no quieren.

DISTIMIA O TRASTORNO DISTÍMICO

Es un estado depresivo crónico caracterizado por la presencia de síntomas depresivos leves, de sostenida permanencia en el tiempo, que se expresa a través de un curso crónico, fluctuante o intermitente.

En la nomenclatura actual de distimia refiere a un estado de ánimo depresivo crónico que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años, o 1 un año para niños y adolescentes: en estos últimos la irritabilidad puede suplantar a los síntomas depresivos (criterio A del DSM IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002)

Pacientes que antes se ubicaban en términos nosográficos dentro de depresiones neuróticas, personalidades depresivas y depresiones crónicas.

Prevalencia

Es cercana al 3% y la prevalencia oculta entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios es entre el 10 y 20% (Weissman y col., 1988)

Fenomenología

Diagnostica distimia subafectiva, estado de ánimo depresivo crónico, de intensidad leve, subafectivo (preexistente predisponente de formas mayores), de inicio insidioso y temprano (en la infancia o en la adolescencia temprana), curso evolutivo característico (síntomas de grado menor, constantes, intermitentes o fluctuantes), alta comorbilidad (médica y psiquiátrica), riesgo suicida permanente e incapacitación variada (laboral, social, vincular). Estas formas, en apariencia “leves”, por su sostenida permanencia en

el tiempo resultan muy discapacitantes, ya que no sólo colorean un breve lapso temporal –el episodio- sino el ciclo vital completo.

Afectados por un pesimismo fundamental, cavilaciones y agobiados por aprensiones hipocondríacas.

Perenne sufrimiento e incapacidad para el placer (Soria, 2000). En la observación clínica resalta un dato fundamental: los síntomas son más que los signos y la satisfacción. Pese a todo el funcionamiento social es razonablemente estable, desdichados pero constantes, suelen destacarse por la firmeza en los hábitos de trabajo y la dedicación a los demás.

Tellenbach (1980), lo describía como “personalidad depresiva” y atribuía esta entrega al trabajo como una sobrecompensación frente a la desorganización depresiva.

En el Japón actual, donde la entrega al trabajo tiene una sólida importancia cultural a sido posible separar un segmento distímico de abnegación laboral inusual. Estos rasgos presentarían la faceta de obsesivoide y masoquista de la distimia (la esposa de un distímico, “mi marido toma clases de aflicción”) sus síntomas resultan inseparables de su personalidad, aceptan sus pesares como inherentes a su “manera de ser”.

Inicio temprano

La mayoría tiene inicio temprano (antes de los 20 años).

Curso clínico

Los síntomas propiamente depresivos, resultan ser los mismos que en la depresión mayor, aunque se diferencian en dos elementos: gravedad (síntomas leves) y duración (presencia mayor a dos años)

Características depresivas y trastornos mentales asociados

Los síntomas que se encuentran más a menudo en el TD son:

- Sentimientos de incompetencia
- Pérdida generalizada de interés o placer
- Aislamiento social
- Tristeza
- Sentimientos de culpa referida al pasado
- Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva
- Descensos de la actividad (criterios B del DSM IV-TR).

Los síntomas vegetativos (p. ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen menos frecuentes que en los sujetos con depresión mayor. A menudo se describen rasgos “endógenos” sutiles: inercia letargia y anhedonia.

Basados en los criterios del DSM IV, Akiskal y col. (1998) obtuvieron datos de sólida consistencia interna y capacidad discriminatoria (Placidi y col. 1998)

Características nucleares

- Pesimismo
- Tristeza
- Incapacidad de tener alegría
- Autocrítica exagerada
- Tendencia a sentirse culpable
- Falta de confianza
- Baja autoestima
- Temor a equivocarse
- Facilidad para la desilusión
- Agotamiento rápido
- Inactividad y rutina
- Falta de asertividad
- Resignación y entrega
- Timidez y sensibilidad

Distimia pura

(DSM IV-TR, 2002) se describieron al menos dos patrones de distimia: “pura” no complicada por depresión mayor, y distimia complicado por episodios depresivos mayores (“depresión doble”)

Depresión doble

En el curso de la distimia surge una depresión mayor se constituye la llamada “depresión doble”.

La frecuencia de esta asociación es elevada; se estima que el 75% de los sujetos con un TD presentará un trastorno depresivo en el curso de los 5 años siguientes.

Espectro bipolar

Cuando se los trata con antidepresivos, algunos pacientes adultos con distimia pueden experimentar un giro breve hacia la manía (Rosenthal y col., 1981)

Estos pacientes que a menudo conforman el patrón depresivo doble, representan un puente clínico entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar del tipo II (Akiskal, 1996).

Distimias secundarias y crónicas

La enfermedad psiquiátrica no afectiva y físiconeurológica contribuye a menudo a la refractariedad extrema de los estados depresivos crónicos, con altos riesgo suicida, en especial la que se acompaña de epilepsia o trastorno neurológico degenerativo progresivo.

Niños

La presentación clínica se asemeja a la de los adultos y tiende a seguir un curso “unipolar” crónico, que puede complicarse con una depresión mayor o no. Rara vez desarrollan hipomanía o manía.

Comorbilidad

En la distimia la comorbilidad es la regla y rara vez se presenta en ausencia de otros diagnósticos. Aparece asociada con trastornos del eje II, en particular trastorno limítrofe y evitativo de la personalidad, el abuso de sustancias y el alcoholismo.

Diagnósticos diferenciales

a) Personalidad depresiva (PD)

La personalidad depresiva, la distimia y la depresión mayor presentan entre los rasgos comunes e importantes áreas de superposición. Si bien la distimia englobó a la PD en su definición.

La PD es de comienzo temprano y de curso crónico (Frances, 1980; Frances y Cooper, 1981; Phillips y col., 1990).

En el DSM IV-TR se le dio lugar como trastorno depresivo de la personalidad, ubicado en el apéndice B.

b) Neurosis depresiva-depresión neurótica

En concepto de depresión neurótica puede rastrearse en los albores del siglo XX. Hoy en día la investigación genética señala que el neuroticismo y la depresión mayor en la mujer comparten mecanismos genéticos importantes.

c) Depresión caracterológica

Es de predominio femenino, las personas se sienten más desdichadas que deprimidas. Todo “cuesta demasiado” y la vida es, en sí, una carga pesada. La ansiedad psíquica se incrementa entre las situaciones de afrontamiento más banales: el regreso al trabajo tras fin de semana, una entrevista con la maestra de sus hijos o los preparativos de un viaje, entre otras.

Más que el síntoma (como en la depresión mayor) o la suma de rasgos (como en la personalidad depresiva) predomina un sentimiento estable de infelicidad.

La respuesta a los antidepresivos son limitadas. Su ubicación nosográfica y su etiología permanecen sin elucidación.

d) Trastorno límite

Los pacientes distímicos que presentan un curso intermitente tienen periódicos resaltos con síntomas depresivos e incluso crisis suicidas. La inestabilidad en sus vidas puede confundirse con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

La distimia tiene una estructura egocéntrica más madura (Kernberg, 1970), más estable, menos volátil y sin dramatismo y la conflictividad de la estructura de personalidad inestable (esto es “límite”) que se aproxima más, por historia, biología y respuesta terapéuticas al espectro ciclotímico e irritable del trastorno bipolar de tipo II (Akiskal 1998).

e) Ansiedad

La ansiedad no siempre forma parte del cuadro clínico de la distimia, aunque a veces se diagnostica distimia en pacientes con trastornos neuróticos y de ansiedad.

e) **Disminución de energía**

La fatiga puede estar presente, como síntoma central, en distintas constelaciones de síntomas depresivos crónicos.

f) **Síndrome de fatiga crónica**

Los pacientes con síndromes de fatiga crónica presentan fatiga incapacitante de típicos síntomas depresivos negativos.

g) **Fibromialgia**

Se quejan de dolor. Se debe solicitar una polisomnografía.

Etiología

Diversas fuentes señalan las bases biológicas de la distimia:

- **Sueño**

La primera observación contundente la efectuó el grupo de Akiskal (1980) y encontró que la tendencia REM era inferior a 60 minutos y que el sueño se redistribuía hacia la primera mitad de la noche (parámetro opuesto al observado en los pacientes con ansiedad crónica) (Akiskal y col., 1984).

- **Historia familiar**

Tienen una historia familiar con presencia significativamente alta de enfermedad afectiva mayor (incluido el trastorno bipolar) (Rosenthal, 1981)

- **Respuesta farmacológica**

- **Hipomanía farmacógena**

Una porción de los distímicos que recibe tratamiento con antidepresivos desarrolla una hipomaníaca leve que cesa con la disminución de la dosis.

- **Marcadores neuroendocrinos**

Entre las pruebas psiconeuroendocrinas, el análisis de provocación de TRH-TSH presentan resultados homogéneos entre los pacientes distímicos y los que tienen depresión mayor. La prueba de supresión de dexametasona, se descartó como indicador.

- **Maltrato infantil**

El registro de antecedentes de maltrato infantil es frecuente en la historia de los depresivos.

- **Diátesis**

La notable superposición con la depresión mayor, las señala como manifestaciones alternativas de la misma diátesis.

- Carga afectiva familiar
- Acortamiento de la latencia del sueño REM
- Variación diurna del nivel de actividad, tristeza y anhedonia
- Anomalías en la prueba de provocación TRH/TSH
- Curso evolutivo complicado por episodios depresivos mayores
- Respuesta positiva a timoléptico seleccionados
- Hipomanía farmacogena
- Complicaciones secundarias
- Distimias secundarias y tardías

DEPRESIONES CRONICAS

Las depresiones son crónicas cuando sus síntomas se mantienen de modo permanente, intermitente o fluctuantes durante un tiempo de dos años en los adultos y un año para niños y adolescentes.

El término de “crónico” señala un cuadro de muy larga duración desvinculada del sentido tradicional que se aplica en medicina de incurable. (Soto Yarritu, 1973).

El parámetro temporal de dos años se adapta a lo especificado en el DSM IV, que consigna tres variantes:

- a) Trastorno depresivo mayor, crónico: presencia continua y completa de los criterios exigidos durante 2 años.

- b) Trastorno depresivo mayor, en remisión parcial: presencia incompleta de los criterios con síntomas que persisten y se “asocian con incapacidad y malestar” sin especificar el tiempo, aunque puede durar años.
- c) Trastorno distímico. Con síntomas presentes la mayor parte del día la mayoría de os días” con intervalos libres de síntomas no mayores a 2 meses y duración total de 2 años.

En el CIE 10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional Mundial de la Salud (OMS, 1992), cuando trata sobre la duración, solo se refiere a las formas agudas de episodio depresivo leve, moderado o grave (2 semanas como mínimo), careciendo de pautas precisas para las formas recurrentes y persistentes. Estas omisiones responden al criterio oficial de los redactores del CIE 10, en manejarse con pautas generales y no estrictas cuando se refieren a la duración de los síntomas.

En ambos sistemas de clasificación: DSM IV y CIE 10, aceptados de manera universal, presentan insuficiencias al momento de aplicarlos a las depresiones crónicas. El CIE 10 carece de parámetros de duración y el DSM IV no incluye a los estados depresivos leves, sino alcanzan los 2 años de síntomas persistentes que sí están exigidos para el trastorno distímico; y en ésta última categoría es demasiado abarcadora de constelaciones depresivas de grado menor, (síntomas de intensidad y gravedad menor).

Consecuencias de las depresiones crónicas

- Alto consumo de recursos médicos
- Aumento del gasto en salud
- Inducción de farmacodependencias
- Comorbilidad médica
- Comorbilidad psiquiátrica
- Sufrimiento personal
- Riesgos suicidas
- Costo social

Historia de las depresiones crónicas

Hipócrates de Cos (460 -367) a.C), en la Grecia clásica, hace 2300 años, fue quien describió y reconoció a *depresión* como enfermedad, y desde entonces es utilizada hasta la actualidad y en todas las latitudes.

Las primeras menciones documentadas de *depresiones de larga duración* también pertenecen a Hipócrates en su alusión al temperamento *melancólico*, luego las palabras melancolía y lipemanía fueron reemplazadas de manera progresiva por el de **depresión**; quedando la lipemanía (griego, lypee: tristeza y manía: locura) en el vocabulario psicopatológico español y francés.

Fue Emil Krapelin (1856-1926), quien efectuó una clasificación útil y básica:

- a) forma periódica: con episodios depresivos melancólicos a los que sucedían episodios maníacos (forma bipolar de la nomenclatura actual)

- c) forma básica: con episodios depresivos melancólicos sin manía intercalada (forma unipolar de la actual nomenclatura).

Fue así como a principios del siglo XX quedaban asentados los aspectos distintivos de los trastornos del estado de ánimo.

- Temporalidad: curso fásico, en episodios, por fracciones de tiempo limitadas.
- Interdependencia: depresión y manía, surgirían de un fondo en común
- Recurrencia: reiteración de los episodios, exacerbaciones periódicas de los síntomas
- Cronicidad: ausencia de restitución integral luego del primer episodio. Persistencia de formas menores, atenuadas o monosintomáticas.

Diagnóstico

Es frecuente que el paciente con depresión crónica arribe a la consulta por las complicaciones, ya que generalmente tiene atención primaria y solo cuando la

comorbilidad es importante es derivado a un psiquiatra. Habitualmente estos pacientes no manifiestan su disforia crónica sino más bien es considerada como “su manera de ser” o su “carácter”, escapando la detección de los trastornos afectivos; por eso resulta imprescindible confeccionar una historia clínica completa del paciente para recabar información de la infancia, adolescencia hasta la actualidad, logrando detectar el curso longitudinal de la enfermedad.

Pero lamentablemente aún hay problemas generales de la nosografía psiquiátrica como ser:

- ausencia de una idea directriz en los sistemas de clasificación
- separación de lo semiológico y etiológico
- descuido de la evolución longitudinal del proceso depresivo
- ausencia de la noción de “espectro” que incluya las formas tradicionales no encuadradas en el sistema dual.

Luego surgieron nuevos aportes por Leonhard (1957) al plantear la necesidad de establecer la separación nosológica de la psicosis unipolares depresivas o maníacas y la psicosis maníaca depresiva (bipolar), aceptándose que los trastornos afectivos primarios revisten dos formas clínicas de presentación, *el trastorno depresivo unipolar* y *el trastorno bipolar* (Fieve y Dunner, 1975; Andreasen, 1982).

El DSM III (American Psychiatric Association, 1980), introdujo el término “trastorno distímico” en reemplazo de “depresión neurótica”.

El DSM III – R (1987) modificó la cantidad de síntomas para cubrir los criterios, y por sugerencias de Akiskal (1983) se incluyeron especificaciones referidas a la edad de comienzo y su relación con otros trastornos psiquiátricos o médicos; además incluyó la distinción de los estados depresivos leves subsiguientes a una depresión mayor como “DM en remisión parcial”, son los que sin cumplir los criterios para depresión mayor, mantenían en el tiempo estados depresivos crónicos de grado menor.

DEPRESIÓN RESISTENTE

Introducción

Su elevada posibilidad de recurrencia la coloca en un nítido primer plano: se estima que un 75% de los pacientes que padecieron un episodio depresivo inicial, volverán a

presentar al menos otros en el transcurso de sus vidas, a veces después de muchos años. Queda claro que la aparición de episodios sucesivos especializados en el tiempo por intervalos variables, constituye el modo, habitual del compartimiento evolutivo de esta patología.

No es infrecuente que la depresión mayor muestre otra peculiaridad que le agrega severidad a su propia naturaleza: la persistencia de síntomas residuales.

Como epitome de lo descrito, queda en evidencia que la depresión se presenta con mayor frecuencia como un trastorno recurrente que puede manifestarse a lo largo de la vida por medio de numerosos episodios.

Cada episodio, en una misma persona, no es una copia fiel de los anteriores, sino que por lo general los síntomas varían en cantidad y calidad. Esto determina la presencia de diversidad de respuestas a las terapéuticas aplicadas en cada caso.

El concepto de recurrencia está ligado a la modalidad evolutiva de la depresión y la respuesta al tratamiento remite a la mayor o la menor tenacidad de la sintomatología depresiva.

Concepto

El concepto de “depresión resistente” aún no se delimitó con claridad. No debe entenderse como tal una depresión, diagnosticada de manera correcta, que no responde a una terapéutica antidepresiva con un solo fármaco en el primer intento, esto es, al tratamiento efectuado con un fármaco antidepresivo en las dosis recomendadas y durante un período suficiente.

Según algunos autores la cronificación es inherente a la naturaleza de la afección, es tanto que la resistencia lo es a la naturaleza del individuo que determina la interacción con el medicamento. Por este motivo, diferenciar entre cronificación y resistencia es fundamental, la cronificación es de peor pronóstico mientras que la resistencia presenta la alternativa de una restitución completa. No hay indicadores ciertos que nos adviertan con anticipación la presencia de algunas de estas variantes depresivas. Sin embargo al efectuar una cuantificación urinaria de metabolitos del sistema nervioso, la detección de valores altos o dentro del rango estándar de normalidad de feniletilamina, noradrenalina y dopamina en pacientes con depresión, puede resultar un marcador biológico de resistencia. Los antecedentes familiares de distimia o depresión crónica podrían interpretarse como indicador clínico de posible cronificación. La cronificación es más factible en el grupo distímico o neurótico.

La mayoría de los antidepresivos, si no todos, tienen un período de latencia de entre dos o tres semanas y puede prolongarse hasta las cuatro semanas. Pasado este tiempo sin respuesta favorable está justificada la sustitución de un antidepresivo por otro, que es preferible que presente un perfil farmacodinámico distinto.

Hay que esperar al menos seis semanas desde su institución antes de destacar un fármaco por falta de respuesta eficaz a las dosis terapéuticas recomendadas.

Una dosis de 150 mg/día de imipramina o dosis equipotentes de otros antidepresivos, constituyen un tratamiento eficaz para más del 50% de los pacientes. Si se requieren dosis superiores a 250 mg/día o de otros antidepresivos, es recomendable efectuar el tratamiento en régimen de internación.

Una terapéutica antidepresiva instituida de manera correcta implica la administración de un fármaco durante al menos seis semanas, en dosis netamente terapéuticas.

Todo tratamiento antidepresivo exitoso debe sostenerse, una vez alcanzada la autoestima, por lo menos durante seis meses y -de ser posible- durante un año, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, a dosis de mantenimiento.

No son infrecuentes los casos en los que luego de practicar de manera correcta tratamientos sucesivos con distintos tipos de antidepresivos (por ejemplo, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos de acción dual, tricíclicos y otros, e inhibidores de la monoaminoxidasa) la respuesta terapéutica sea escasa o nula, el paciente no mejore y siga atrapado en la sintomatología depresiva. Entonces es factible indicar que se está ante una persona que padece una depresión resistente.

Es entonces cuando debe encararse la posibilidad de aplicar diferentes alternativas –en algunos casos no usuales- de las que es razonable esperar resultados satisfactorios, asumiendo un costo riesgo-beneficio justificado.

Las diversas estrategias terapéuticas expuestas representan alternativas de comprobación empírica para enfrentar el desafío que provoca la depresión resistente para el especialista, y para ayudar de manera eficaz a las personas sometidas al indescriptible sufrimiento que ésta ocasiona. En resumen, estas estrategias son:

- Tratamientos sucesivos con fármacos únicos de distinto perfil farmacodinámico
- Asociaciones de antidepresivos
- Agregado de hormona tiroidea a un antidepresivo (preferentemente triciclito)

- Adición de carbonato de litio a un antidepresivo
- Asociación de un estimulante central (psicoestimulante) con un tricíclico clásico
- Asociación de un antidepresivo con carbamazapina o divalproato sódico
- Administración de tricíclicos clásicos en forma simultánea por vía oral o parenteral
- Administración simultánea de tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa
- Antidepresivo/s con aminoácidos y compuestos vitamínicos en megadosis

DSM IV TR

Trastornos del estado de ánimo

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

Nota. No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej.- llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás), no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 160).

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastornos depresivos

F32.x Trastornos depresivo mayor, episodio único (296.2x)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico habitual y/o sus síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el período posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

F33.x trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un

trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el período posparto

Si no se cumplen todo los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

Procedimientos de tipificación

Los códigos diagnósticos para el trastorno depresivo mayor se seleccionan de la forma siguiente:

1. los primeros dos dígitos son F3.
2. el tercer dígito puede ser 2 (si hay un único episodio depresivo mayor) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).
3. si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito indica la gravedad actual del siguiente modo: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos graves con síntomas psicóticos. Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito indica el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor del siguiente modo: 4 para casos en remisión parcial o total. Si la gravedad del episodio actual o del estado de remisión actual del trastorno no se ha especificado, el cuarto dígito debe ser el 9.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, hay que enumerar los términos en el orden siguiente: trastorno depresivo mayor, especificaciones codificadas en el tercer dígito (p. ej., recidivante), especificaciones codificadas en el cuarto dígito (p. ej., leve, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial), las especificaciones (sin códigos) aplicados al episodio actual o más reciente (p. ej., con síntomas melancólicos, de inicio en el posparto) y las especificaciones (sin códigos) aplicables al curso de los episodios (p. ej., con recuperación total interepisódica); por ejemplo, F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, con síntomas atípicos, con patrón estacional, con recuperación total interepisódica (296.32).

F34.1 Trastorno distímico (300.4)

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 157) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastornos depresivos mayores superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 159), un episodio mixto (v. pág. 160) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 161) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

F32.9 trastorno depresivo no especificado (311)

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan con parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad efectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones). Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, en los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausente durante al menos 1 semana después de las menstruaciones (v. los criterios sugeridos para investigación en el Apéndice B del DSM-IV-TR).
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno

depresivo mayor (v. los criterios sugeridos para investigación en el Apéndice B del DSM- IV- TR).

3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales) (v. los criterios sugeridos para investigación en el Apéndice B del DSM-IV-TR).
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia (v. los criterios sugeridos para investigación en el Apéndice B del DSM-IV- TR).
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Trastorno bipolares

F31.x trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5x)

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/ grave con síntomas psicóticos
Crónico

Con síntomas catatónicos
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno bipolar I o los síntomas del episodio depresivo mayor más reciente:

En remisión parcial, en remisión total
Crónico
Con síntomas catatónicos
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)
Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
Con ciclos rápidos

F31.8 trastorno bipolar II (296.89)

(Episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaníacos)

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco
- C. No ha habido ningún episodio maníaco (v. pág. 159) ni un episodio mixto
- D. Los síntomas afectivos de los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaniaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniaco

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/ grave con síntomas psicóticos (v. pág. 184). Nota: no pueden utilizarse en este caso los códigos del cuarto dígito especificados en la página 184, ya que el código del trastorno bipolar II ya utiliza el cuarto dígito.

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el período posparto

Si no se cumplen todos los criterios del episodio hipomaniaco o depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno bipolar II y/o los síntomas del episodio depresivo mayor más reciente (sólo si es el tipo más reciente del episodio afectivo):

En remisión parcial, en remisión total. Nota: Los códigos del cuarto dígito especificados en la página 184 no se pueden utilizar porque el código del trastorno bipolar II ya emplea el cuarto dígito.

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de un curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

CONCLUSIONES

Respecto de la “Epidemiología del suicidio”, existen numerosas publicaciones nacionales e internacionales, que exponen números y porcentajes sobre su incidencia, ya sea en todo el país o en las provincias, presentando variaciones importantes entre los datos de las distintas fuentes.

Estas variaciones muestran que las investigaciones son poco precisas y por ende poco confiables, en virtud de que las muertes por suicidios al formar parte de las muertes violentas, deberían ser inexorablemente autopsiadas, de esta manera se contaría con un registro más certero y seguro sobre la etiología de las muertes en general y particularmente del suicidio.

Además podemos observar publicaciones sobre la prevalencia de los mecanismos de muerte seleccionados, los que en términos generales difieren de los que acusan en nuestro país, lo mismo sucede respecto del rango etario y del género prevalente, como de sus respectivas variantes.

Está claro que los mecanismos utilizados serán diferentes entre los países e incluso en diferentes regiones de un mismo país, ya sea por la disponibilidad de los mismos o por la frecuencia de su uso, quedando impreso en la población que tal o cual mecanismo es el que “provocará la muerte”, esto podría compararse con una especie de “cultura suicida local”. Si bien en la Ciudad de Bs As, uno de los mecanismos más utilizados es arrojarse al vacío (politraumatismos), no es posible encontrarlo en zonas rurales o pueblos, justamente por carecer de edificios que lo permitan. Pero sí queda claro que la

ahorcadura y las armas de fuego son los mecanismos habituales que se encuentran en nuestro país.

Algo importante de diferenciar es cuando hablamos de “intento de suicidio” y “suicidio”, en virtud de que en los primeros, la persona padecía de un trastorno psiquiátrico que le permitió elaborar, armar y programar algún mecanismo para acabar con su vida, pero que este se frustró, ya sea porque no se produjo el *acting out*, fue interrumpido por algún tercero, falló el mecanismo utilizado o no se produjeron las lesiones suficientemente idóneas para producir la muerte. Mientras que el *suicidio* es haber concretado la muerte en sí. En relación a estas dos variables conceptuales, es común encontrar en todo tipo de bibliografía las afirmaciones de que hubo en estos últimos años un aumento de hasta tres o cuatro veces más de suicidios, cuando en realidad se trata de un aumento de “intentos de suicidios”, es decir no consumados, y que pueden ser registrados en las guardias psiquiátricas, mientras que los suicidios *per se* pueden ser estandarizados en las morgues judiciales o policiales de nuestro país.

Cabe señalar que la *eutanacia*, también es una forma de suicidio admitido en algunos países; mientras que los *camikace* también es una modalidad de suicidio sujeta a una ideología fuertemente impregnada en algunas culturas guerreras, en éstos individuos hay voluntad suicida para lograr algún objetivo, muy común en la segunda guerra mundial donde murieron más de mil camikace; Aunque muy recientemente hemos escuchado y visto aviones comandados por camikace que se han estrellado en las Torres Gemelas de New York. Respecto de estas dos formas de suicidio no entraré en detalles porque escaparía a los objetivos de esta monografía.

El incremento global de las tasas de suicidio e intentos de suicidio, en poblaciones menores de 21 años, deberían plantear un punto fundamental para ser considerado por

las autoridades sanitarias, a los fines de implementar estrategias y conductas tendientes a captar la población de riesgo, sus factores predisponentes y actuar por consiguiente, con la implementación de fuertes políticas preventivas y educativas a nivel escolar y medios de comunicación de manera comprometida, responsable y sostenida en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) American Psychiatric Association (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Washington D.C Author.
- 2) American Psychiatric Association (1995) Manual de diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV. Barcelona, Masson.
- 3) Akiskal, H.S. (1982) Factors associated with incomplete recovery in primary depressive illness. Journal of Clin. Psych., 43.265-272.
- 4) Akiskal, H.S. y Weise RE. The clinical Spectrum of so-called “minor” depressions. American Journal of Psycholery 1992; 46,9-22.
- 5) Akiskal HS. Distimia, ciclotimia y otros trastornos del humor subclínicos crónicos. En Gelder MG, López-Ibor JJ y Andreassen N. Tratado de Psiquiatría, Tomo I. Psiquiatría Editores, Barcelona, 2003, 875-890.
- 6) Bonnet, E.F.P. Medicina Legal. Segunda Edición, López Libreros Editores S.R.L., Buenos Aires, 1980.
- 7) Bueno, J.A. et. Al. “psicofarmacología Clínica” (1985), pág. 134. Salvat Editores SA. 1º Edición, Barcelona.
- 8) Cohen, R. Convivir con el Suicidio. Revista del Hospital General de Agudos J. R. Mejía. Edición electrónica. Volumen VIII – Nº2. 2003. <http://www.ramosmejia.org.ar>
- 9) DSM – IV-TR. Breviario. Criterios Diagnósticos. Edición Masson, 2002.

- 10) Gisbert Calabuig, J.A., Medicina Legal y Toxicología, Quinta Edición, Barcelona, Masson, 1998.
- 11) Leonhard, K (1957) Autleilung der endogen Psychosen Akademie-Verlag. Berlin.
- 12) Marchant, N; Monchablon A., Tratado de Psiquiatría, Primera Edición, Grupo Guía, 2005.
- 13) Marchant, N; Tratado de Psiquiatría, CNS drugs 2003; 17 (15): 1109-1117.
- 14) Patitó, J.Á., Medicina Legal. Centro Norte, Buenos Aires, 2000.
- 15) Patitó, J.; Lossetti, O y Trezza, F. Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Quórum, Buenos Aires, 2003.
- 16) Schneider, K (1955). Les Psychopathes depressits in les Personnlités psychopatiques. Paris: Presses universitaires de France. 76-81.
- 17) Marchant, N.; y Monchablon Espinosa A. Trtado de Psiquiatría. (AAP). Grupo Guía S.A. 2006.

Dra. María del Carmen Almada
Médica Legista
Docente Adscripta Universidad de Bs. As
mariadelcarmenalmada@yahoo.com.ar