



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

INCIDENCIA Y CAUSAS MÁS COMUNES DE SUICIDIO EN EL PERIODO
2008 AL 2012 EN PICHINCHA QUITO –ECUADOR.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Médico Cirujano

Profesor Guía
Dr. Marcelo Jácome

Autora
Johanna Cristina Cazar Guevara

Año
2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante Johanna Cazar G, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Edison Marcelo Jácome.

Médico Cirujano

C.I. 1703327757

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Yo declaro que este trabajo es original de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autores vigentes.

Johanna Cristina Cazar Guevara
171597426-5

AGRADECIMIENTOS

Doy mi más sincero agradecimiento a mi Director de tesis al Dr. Marcelo Jácome; por su conocimiento y su ayuda brindada para que llegue a término este proyecto de investigación.

Al Capitán Luis Cisneros por permitir la realización del proyecto en la recolección de los datos en la Morgue de la Policía de Quito.

Al Dr. Cesar Paz, Miño y Dr. Juan Carlos Maldonado, más que maestros son amigos.

DEDICATORIA

A mis padres Wilson y Chary por su gran ejemplo, apoyo a lo largo de mi carrera y formación. Por sus valores enseñanzas, retos y todo el amor y cariño diario.

A mis hermanos Jhady y Nena son un gran ejemplo a seguir.

A mis hermanos políticos: Adriana y Thomas por su magnífica fé y confianza en mi.

A mis tres sobrinos: Doménica, Jhady y Matías: son los que me alegran Gracias por no dañar mi computadora.

A mi novio: Alfonso Bernardo gracias por tu ayuda, este sacrificio es tuyo y mío.

RESUMEN

El suicidio es la terminación de la propia vida. No es el resultado infeliz de las acciones de un temerario, ni es la consecuencia de un deseo inconsciente de morir por lo que al enfrentarme a un evento cercano de suicidio, mi interés por este tema creció; al investigar y leer acerca pude darme cuenta que sus cifras habían ascendido a tal punto que en septiembre del 2012 el Diario el Universo lo clasificaba como la causa número 15 de muerte en nuestro país, siendo las formas más comunes de suicidio el ahorcamiento y la intoxicación química (sin especificarse la sustancia), seguido por las lesiones auto infligidas intencionales (armas blancas y de fuego) y el lanzamiento de grandes alturas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se suicidan casi un millón de personas en el mundo (Salud, 2004).

Se trata de la decimosexta causa principal de muerte. Entre 2000-2004, la tasa total anual de suicidios en América Latina fue de 5,8 por cada 100.000 habitantes. Por subregiones, se registraron valores de 7,6 en el Caribe Latino; 6,3 en América del Sur; 5,3 en Brasil y 4,4 en México donde el grupo etario con la tasa más alta de suicidios fue el de 20 a 24 años (14,3 en América Central y 10,2 en América del Sur). A nivel regional, los varones presentaron mayores tasas en todos los grupos de edad. La OMS también señala que para el 2020 estas cifras podrían llegar a 1.5 millones de víctimas. (Sola, 2011)

Se estima que hay 10 a 40 intentos de suicidio no fatales por cada suicidio completado. Este número se incrementa a 100 a 200 para los adolescentes. La prevalencia de pensamientos suicidas, planes, gestos e intentos no parece haber cambiado significativamente en los EE.UU. entre los años 1990 y la década de 2000.

En 2004, 19 % de las víctimas de suicidio con tenían antecedentes de intentos anteriores, y el 16,5 por ciento tenía problemas relacionados con el alcohol y drogas. Las tasas de suicidio se incrementan de 4 a 10 veces en los

adolescentes que viven en un hogar con un arma. El segundo método principal de suicidio en los Estados Unidos es la ahorcadura en hombres y el envenenamiento de las mujeres. En muchos países en desarrollo, la ingestión de pesticidas es responsable de la mayoría de las muertes por suicidio y puede representar el 30 por ciento de los suicidios en el mundo. (Garen Wintemute J., 1999)

El tema del suicidio en nuestro país es poco investigado ya que es complejo hacerlo, es escondido por los familiares y no esclarecido muchas veces por el médico, de ahí parte la importancia de hacer un estudio retrospectivo en donde se analizarán los protocolos de autopsias médico legal, mecanismo del suicidio y el acceso a dicho mecanismo.

La población de estudio incluye a personas que fallecieron por suicidio, durante el período 2008-2012 y que llegaron a la Morgue de la Policía Nacional en el cantón Quito de la provincia de Pichincha- Ecuador.

Palabras claves: *Suicidio, ahorcamiento, intoxicación medicamentosa, depresión severa, ansiedad.*

ABSTRACT

Suicide is the wish of a person to finish with his or her life. It is not the unfortunate result of the actions of a reckless, nor is the result of an unconscious desire to die, the phenomenon of the suicide has many factors that activate this action, and those factors has to be analyzed carefully to preven the suicide. My interest in this topic was to research and read about it, and analyze the mains reasosns of suicides. I realized that the numbers of suicides had risen a lot, for example in September 2012 the journal " El Universo" classified it as the 15th leading cause of death in Ecuador, and classified the different ways of suicide in the country. The most common forms of suicide by hanging, secondly by poisoning chemistry (without specifying the substance), followed by intentional self- inflicted injury (knives and firearms) and the launch of high altitudes.

"The World Health Organization (WHO)" estimates that each year nearly one million people commit suicide in the world, and also mentions that by 2020th these figures could reach 1.5 million victims (Health, 2004).

Suicide has reached the top of causes of death. In Latin America the rate for 2004th was 5.8 per 100.000 habitants. And by studies conclude that the difference male and female had high errates. There are an estimated 10 to 40 nonfatal suicide attempts for every completed suicide. This number increases to 100 to 200 for teenagers.

In 2004, 19% of suicide victims had a history of previous attempts, and 16.5 % had problems with intake of alcohol and drugs use. The most common methods are hanging in men and poisoning in women.

"In countries that are developing and where agriculture has great impact, ingestion of substances such as pesticides is responsible of most deaths from suicides and can represent 30 % suicides in the world". (Garen Wintemute J, 1999).

The issue of suicide in our country is under – research it is complex to do it, it's hidden by the family and not clarified many times by the doctor. The importance of making a retrospective study where protocols medico legal autopsies were analyzed mechanism of suicide and access to the facility.

The study population includes people who committed suicide during the period 2008- 2012 and came to La Morgue de la Policia Nacional of Quito, Pichincha-Ecuador.

Keywords: suicide, hanging, drugs intoxication, severe depression, anxiety.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
HIPÓTESIS	5
CAPITULO I.	6
1. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	6
1.1. Trastornos de ansiedad	6
1.2. Trastorno de angustia.....	7
1.2.1. Etiología y fisiopatología	7
1.3. Trastornos de ansiedad generalizada	8
1.3.1. Etiología y fisiopatología	8
1.4. Trastornos fóbicos	9
1.5. Trastornos	9
1.6. Trastorno obsesivo compulsiva	10
2. Trastornos del estado de ánimo	11
2.1 Depresión asociada a enfermedades médicas	12
2.2 Trastornos depresivos.....	13
2.2.1 Etiología y fisiopatología	14
2.3 Trastorno bipolar	16
3. Trastornos somatoforos.....	17
4. Trastornos de la personalidad.....	17
4.1 Esquizofrenia.....	18
4.1.1 Epidemiología y fisiopatología	19
CAPITULO II	21

ALCOHOLISMO Y DROGADICCION.....	21
1. ALCOHOL.....	24
1.1 Efectos conductuales tolerancia y dependencia.....	25
1.2 Abuso o dependencia del alcohol.....	26
1.3 Identificación del alcohólico.....	27
2. COCAINA.....	28
2.1. Prevalencia.....	28
2.2 Formas de abuso.....	29
2.3 Intoxicación aguda o crónica por cocaína.....	30
2.4 Acciones farmacológicas.....	30
2.5 Toxicidad.....	30
2.6 Tratamiento.....	31
3. MARIHUANA Y COMPUESTOS DE CANNABIS.....	32
3.1 Prevalencia.....	32
3.2 Intoxicación aguda y crónica por marihuana.....	32
3.3 Efectos físicos.....	33
3.4 Dependencia y abstinencia.....	33
3.5 Síndrome amotivacional.....	34
CAPITULO III.....	35
ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SUICIDA.....	3.5
1. Conducta suicida.....	35
2. Ideación suicida.....	35
3. Intento de suicidio.....	36
4. Suicidio consumado.....	36
5. Factores de riesgo.....	37
5.1 Factores personales.....	37
5.1.1 Género.....	37

5.1.2 Edad	37
5.2 Patología psiquiátrica.....	37
5.3 Características psicológicas	38
5.4 Factores biológicos.....	38
5.5 Enfermedad física	38
5.6 Factores familiares	38
5.7 Factores socio ambientales.....	39
6. Factores protectores	39
7. Elementos asociados al intento del suicidio	39
8. Suceso de desencadenantes del intento	39
9. Motivación o finalidad	40
CAPITULO IV.....	42
MEDICINA LEGAL: ASFIXIAS MECÁNICAS, HERIDAS POR ARMA BLANCA, DISPARO CON ARMA DE FUEGO Y PRESIPITACIÓN.....	42
1. ASFIXIA POR AHORCADURA Y SUMERCIÓN	42
1.1 ASFIXIA POR SUMERCIÓN	44
1.1.1 Etiología	44
1.1.2 Fases	45
1.1.3 Signos de autopsia.....	45
1.2 ASFIXIA POR AHORCADURA	46
1.2.1 Variedades.....	46
1.2.2 Etiología.....	47
1.2.3 Fases	47
1.2.4 Signos de autopsia	48
1.2.4.1 Signos externos	48
1.2.4.2 Signos internos	48
2. HERIDAS OCACIONADAS POR ARMA BLANCA	49

2.1. Heridas contuso cortantes	50
2.2 Heridas incisas	50
3. HERIDAS OCACIONADAS POR ARMAS DE FUEGO ..	51
3.1 Aspecto de balística.....	53
3.2 Aspectos traumatológicos	54
3.2.1. Orificio por disparo de contacto	54
4. Precipitación	55
CAPITULO V	57
METODOLOGIA Y ESTADISTICA DE LOS DATOS RECOGIDOS ENLAMORGUE DE LA POLICIA 2008- 2012.	57
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS	72
ANEXOS	74

INTRODUCCIÓN

La OMS marca que el Ecuador ocupa el cuarto lugar en las tasas de suicidios a nivel de América Latina con un porcentaje de 13.1 % por cada 100.000 habitantes. El país centroamericano, Nicaragua encabeza la lista con una media de 14,6 jóvenes que se quitan la vida al año, le siguen Uruguay (14,2) y finalmente Chile (13,2 %).

“Muy aparte de quienes mueren a causa del suicidio, hay otros millones silenciosos que realizan intentos de autoeliminación bajo un contexto de estrés emocional y cuyos casos no son registrados o ignorados por los médicos. La OMS apunta que las tasas de suicidio en países no son certeras, puesto que algunas naciones declaran información imprecisa acerca de la cantidad de muertes auto intencionales y otras ni siquiera llevan registros oficiales.” (Salud, 2004)

No hay evidencia del fenómeno de "comportamiento suicida compensatoria": tras un intento de suicidio frustrado no hace que una persona sea más suicida después del intento que antes. Impedir que una persona se suicide no significa que la persona va a seguir adelante para completar el acto.

Muchos especialistas no preguntan si el enfermo ha tratado de suicidarse antes. Si es que es así ¿Por qué lo realizaron y como obtuvieron acceso a armas o medicamentos?. La intención del proyecto es incentivar a la promoción de charlas de salud mental, la investigación de la venta de armas y la restricción que existe o debería existir en el expendio de fármacos.

Aunque el suicidio tiene múltiples determinantes, debemos desarrollar estrategias efectivas para la prevención. Los medios de comunicación pueden actuar responsablemente, al limitar las representaciones gráficas e innecesarias de suicidio. Aún más importante, la sociedad debe debatir con rigor las consecuencias del derecho constitucional a portar armas y la conveniencia de tal derecho en nuestra sociedad moderna. Un cambio en esa

garantía constitucional para permitir la posesión de armas de conformidad con las leyes. (George Winokur, 1992)

Así también el control de los hijos, las charlas con un psicólogo o un psiquiatra serían de gran ayuda, el control y ayuda frente a ciertas adicciones.

“El suicidio es el acto de quitarse la vida uno mismo, es un fenómeno a nivel mundial y que ha estado presente en todas las épocas. Lo que ha mantenido al suicidio en secreto es la cultura de los diversos pueblos así como también la religión.” (Salud C. N., 2007)

Para Edwin Shneidman el suicidio es "el acto de auto aniquilación", que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución mientras que Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención de destrucción, pero por impericia o fallos en el método no se logra terminar con la vida. En la tentativa, conducta para suicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario.

El suicidio consta de tres fases.

La primera fase es el planteamiento de la idea suicida en la que el sujeto piensa en acabar con su vida mediante el suicidio. La fase secundaria que puede o no estar presente, es una fase de víctima en donde pasa de la ideación a la planificación de la acción. Y la tercera y última es cuando el sujeto ya ha tomado la decisión y ya ha pasado a realizar el plan para finalizar con su vida.

El ser humano siempre ha estado vinculado con tipo de conductas que acaban con su vida por ejemplo el alcohol y el tabaco, pero este tipo de acciones el hombre no las realiza con el fin de acabar con la vida, sino para calmar su

adicción y ansiedad. Es por esto que se debe analizar las conductas autodestructivas de la humanidad como lo son por ejemplo:

El daño causado a uno mismo, con diferente grado de intención de morir y conocido como intento de suicidio, la mayoría de personas con trastornos de depresión o Psiquiátricos pasan por la ideación suicida de la manera para acabar con su vida.

Es de suma importancia que el médico, los familiares y los amigos de estas personas logren identificar gestos y amenazas suicidas, donde el enfermo dirá que quiere quitarse la vida a manera de una amenaza hacia el resto de personas. También las personas que están alrededor del paciente deberían vigilar si el sujeto esta con autolesiones a nivel de piel.

Con el fin de evitar el suicidio consumado que es la acción llevada a cabo donde el hombre deja de existir, el personal de salud deberá diagnosticar en fases tempranas trastornos de depresión, ansiedad o problemas de alcohol y drogas.

JUSTIFICACIÓN

“El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades lo han materializado hacia las actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religioso e intelectuales de cada cultura” (V., 1999)

La ideación suicida siempre acompaña a los episodios de “trastornos psiquiátricos, que comúnmente se acompañan de depresión o ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y todos los trastornos de depresión.

En estos casos es principalmente la enfermedad lo que provoca el suicidio y no el análisis lógico del individuo”. (Salud C. N., 2007)) (INEC)

El alto impacto y sufrimiento no solo lo vamos a ver en la víctima sino en los familiares quien quedan insatisfechos incluso muchas veces avergonzados pues no logran entender que fue lo que sucedió, por lo que se sabe el suicidio no diferencia sexo , edad ni razones sociales ya que la mayoría de estos sujetos están afectados psiquiátricamente solo con un fin acabar con su vida , los ecuatorianos desconocen acerca de estas enfermedades por lo que es de gran importancia realizar un estudio y luego educar a la sociedad para que cuidemos nuestra mente, prestemos atención en casa a todos y cada uno de los miembros de la familia, como gobierno frenar y controlar actos de violencia en los hogares, en los colegios, en el barrio y como médico velar por la salud, evitar la venta de medicamentos sin receta por más simples que estos sean.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL

El presente trabajo se realizará con el objetivo de analizar el número de suicidios por año y exponer los principales métodos en el procedimiento del suicidio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Conocer las edades más comunes de ocurrencia de suicidio.
- 2.- Identificar el género más frecuente en el suicidio en Pichincha o la procedencia de los individuos.
- 3.- Desarrollar un plan de prevención del suicidio en adolescentes.
- 4.- Describir las formas de suicidio y relacionarlas con edad, género, procedencia y nivel socioeconómico.
- 5.- Identificar el mes con más casos de suicidio durante los 5 años.

HIPÓTESIS

Existe un alto porcentaje de suicidios en adolescentes porque las estadísticas han mostrado a nivel mundial que son estas edades en las que el ser humano se encuentra formando su personalidad.

CAPITULO I

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

En la actualidad se ha notado un gran incremento dentro de las patologías psiquiátricas; sin embargo la mayoría de las personas no le dan la atención adecuada. Por lo que es de suma importancia que este tipo de trastornos se logre identificar rápidamente. Para de esta manera poder brindar la atención requerida al paciente, mejorando de esta manera su patología, su pronóstico y disminuir el tiempo de tratamiento clínico.

En la actualidad la atención de la salud mental es evaluable en base a cuestionarios de preguntas con respuestas cortas y concisas para poderlas realizar en la consulta de un médico de atención primaria, lo que permite identificar las falencias de los pacientes.

“Los médicos que se ven obligados a mandar pacientes al Psiquiatra deben saber no solo cuando conviene hacerlo, sino como hacerlo ya que la opinión social y estigma asociado a los trastornos mentales dificultan este hecho. La derivación de un paciente a un médico especialista está indicada cuando se trata de pacientes con enfermedades psicóticas, manía, depresión o ansiedad grave, síntoma del trastorno de estrés post traumático, ideas suicidas y homicidas, ausencia de respuesta a un tratamiento de primera línea.” (Reus, 2009)

1.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD

Según estudios científicos un 15 a 20 % de los pacientes han sido catalogados bajo este tipo de trastorno.

Según Victor I Reus “la ansiedad es definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor u aprensión. La clasificación del trastorno de ansiedad se da

de acuerdo con su duración y evolución y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes”. (Reus, 2009)

1.2 TRASTORNO DE ANGUSTIA

La angustia es la presencia de una serie de crisis que se presentan de manera repentina o pueden presentarse en forma de miedos, malestares, relacionados con distintas características físicas como: temor a una desgracia o a la muerte, ahogo, dolor o compresión torácica, sudoración, mareo y taquicardia.

Este es un tipo de trastorno con prevalencia baja para el resto de la vida del paciente con un porcentaje del 1 al 3 %. En la mayoría de casos este tipo de ataques se presentan impredeciblemente y desaparecen al cabo de una hora. Estos ataques además se presentan con intervalos de algún tiempo de bienestar.

“El trastorno de angustia se hace después de descartar la etiología orgánica de la crisis. Son muchos los procesos cardiovasculares, respiratorios, endocrinos y neurológicos en los que la ansiedad es el síntoma principal por ejemplo: 20 % de los pacientes con síncope como síntoma clínico sufren un trastorno primario del estado de ánimo, de ansiedad o por abuso de sustancias y el más frecuente de ellos es el trastorno de angustia”. (Reus, 2009)

1.2.1 ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

“La etiología del trastorno de angustia se desconoce pero parecen actuar diferentes factores como predisposición genética, alteración de la respuesta vegetativa y aprendizaje social. La mayoría de ataques agudos de angustia tienen relación con mayores descargas noradrenergicas en el locus coeruleus”. (Reus, 2009)

Los principales objetivos del tratamiento consisten en que exista una reducción de las crisis mencionadas para ir las apaciguando paulatinamente. Los antidepresivos son considerados como el tratamiento de primera línea para este trastorno.

1.3 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La mayoría de pacientes con este tipo de trastorno tienen una continua preocupación persistente, y en exceso que se convierten en un tipo de calvario para el paciente ya que este trastorno ocurre con síntomas como insomnio, hiperactividad, desconcentración, tensión muscular e inquietud.

Generalmente aparece o se presenta a temprana edad alrededor de los 20 años y está relacionado con miedos de la niñez, o falta de aceptación social.

Se ha visto una relación en familiares de primer grado de los pacientes y la prevalencia es de 5 a 6 %. Según estudios un índice del 80 % de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada desarrollan depresión, distimia y fobia social.

1.3.1 ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

“Los agentes que causan ansiedad comparten la propiedad común de alterar la unión de las benzodiazepinas con el complejo receptor para el ácido amino butírico gamma , conducto para el ion cloro, lo que implica a este sistema neurotransmisor en la patogenia de la ansiedad y los ataques de ansiedad .Para el tratamiento de este tipo de trastorno la combinación más usada suele ser las benzodiazepinas (loracepam, oxacepam, temacepam), estas no se prescriben por más de 4 a 6 semanas debido al riesgo de dependencia.” (Reus, 2009)

14. TRASTORNOS FÓBICOS

La característica más común de estos trastornos se presenta en forma de un temor fuerte a diferentes objetos, situaciones o circunstancias. La fobia del paciente es provocada de manera directa por estos estímulos mencionados.

El trastorno fóbico presenta ansiedad en el paciente únicamente en situaciones específicas activadas por un estímulo. Como las fobias más comunes podemos encontrar: la claustrofobia, la necrofobia, la tafofobia, agorafobia, etc

Un 10 % de la población en general se ha visto afectada por esta enfermedad, en la mayoría de los casos es de inicio temprano en la adultez o incluso se puede presentar desde la niñez.

“El proceso del estímulo del miedo ante una fobia se hace a través del núcleo lateral de la amígdala que se extiende por el núcleo central y que envía proyecciones a la región gris periacueductal y a las zonas laterales y para ventriculares del hipotálamo” (Reus, 2009)

Los síntomas más recurrentes en este trastorno son: náusea, anorexia, diarrea, estreñimiento, disfunción sexual, como el trastorno de la eyaculación, la impotencia, la sequedad de la boca, sequedad de los ojos, insomnio, sudoración, cefalea.

1.5 TRASTORNO POR ESTRÉS

Varios estudios han demostrado que un tipo de trastorno se ha desarrollado después de haber experimentado traumas como estar al filo de la muerte, o pérdida de un allegado.

Se conoce que el sujeto empieza a reaccionar con este tipo de trastorno seguido al evento traumático. Es común el subconsciente del afectado trate de

suprimir el evento traumante. A menudo la víctima vuelve a experimentar situaciones semejantes al evento traumático mediante sueños o pensamientos. Los alcohólicos, drogadictos y personas depresivas están sujetas de una manera más cercana a este tipo de trastorno por estrés.

1.5.1 ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

“Se cree que en el trastorno por estrés hay una liberación excesiva de noradrenalina del locus coeruleos como respuesta al estrés y al aumento de la actividad noradrenergica en los sitios de proyección en el hipocampo y la amígdala.” (Reus, 2009)

Existen ciertos criterios diagnósticos de este tipo de trastorno como lo enumera Victor I. Reus según la clasificación de la “American Psychiatric Association”

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMATICO
<p>a) “La persona ha vivido un acontecimiento traumático en el que se dieron al menos dos de las circunstancias siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La persona vivió, contemplo a unos o más acontecimientos que implicaron una amenaza real para la propia vida o la integridad física propia o de otros. 2.- La respuesta de la persona consistió en temor intenso desamparo u horror. <p>b) El acontecimiento traumático se experimenta persistentemente de una de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Recuerdos recurrentes del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones 2.- Sueños angustiosos recurrentes sobre lo acontecido. 3.- Conductas o sentimientos que aparecen como si el acontecimiento traumático estuviera teniendo lugar de nuevo (incluye sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, episodios de recuerdo disociativo; los que ocurren al despertar estados de intoxicación) 4.- Malestar psicológico intenso ante la posibilidad de exposición a claves interiores o exteriores que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático. 5.- Reactividad fisiológica ante la exposición a claves interiores

o exteriores que simbolizan o recuerdan algún acuerdo del acontecimiento traumático.

c) Evitación persistente de los estímulos asociados al acontecimiento traumático y embotamiento de la capacidad general de respuesta:

1.- Esfuerzos para evitar los pensamientos, sensaciones o conversaciones asociadas al acontecimiento traumático.

2.-Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que hacen recordar el acontecimiento traumático.

3.- Incapacidad de recordar algún aspecto importante del acontecimiento traumático.

4.- Disminución marcada del interés de las actividades significativas

5.- Sensación de distanciamiento o extrañamiento respecto a los demás.

6.- Restricción del afecto.

7.- Sensación de acortamiento del futuro.

d) Síntomas persistentes de aumento de la activación (indicados por 2 o más de los siguientes)

1.- Dificultad para conciliar o manter el sueño.

2.- Irritabilidad o explosiones de ira.

3.- Dificultad para concentrarse.

4.- Hipervigilancia

5.- Respuesta de sobresalto exagerada.

e) Duración de la alteración superior a un mes.

f) La alteración produce sufrimiento clínico significativo o deteriora el funcionamiento social, laboral o de otras áreas de la relación.

Adaptado de: Diagnostic and Statical Manual Of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

1.6 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Se presentan una serie de pensamientos y comportamientos compulsivos que de una u otra manera afectan al paciente. Son de recurrencia temores como el miedo a las bacterias, la obsesión de lavarse las manos, y la limpieza.

Los pacientes con este tipo de trastornos hacen de sus miedos actividades diarias y repetitivas que por lo menos ocupan 1 hora de su día. La victima de este trastorno por lo general sufre de vergüenza, y tratan de aislarse de la sociedad por miedo a la crítica.

El médico en la consulta debe formular cuestionamientos acerca de determinados comportamientos, pensamientos y acciones frecuentes del paciente. Sin dejar de lado preguntas como si ha presentado sudoración, ira, picor y enrojecimiento de las manos o cara.

Este trastorno es relacionado frecuentemente con el trastorno de depresión, ansiedad y desórdenes alimenticios como la anorexia y la bulimia. Y a nivel mundial alcanza una prevalencia del 2 al 3 %, siendo más frecuente en el género masculino.

2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

De acuerdo a lo expuesto por Aguilar el estado de ánimo es la parte mas afectada del humano influyendo su carácter y comportamiento. “La regulación del estado de ánimo, el comportamiento y la afectividad sufren un deterioro.

Se clasifican en:

- 1) Trastornos depresivos
- 2) Trastorno bipolar
- 3) Depresión asociada a una enfermedad médica, abuso de alcohol o de drogas” (Enrique Aguilar, 2013)

La depresión a diferencia del trastorno bipolar carece de episodios que llevan a la víctima a la euforia o a la depresión extrema.

Se relaciona a la depresión como una enfermedad muy recurrente y que para el 2020 esta enfermedad ocupara el segundo lugar dentro de las enfermedades que quitan los años de capacidad del sujeto.

2.1 DEPRESION ASOCIADA A ENFERMEDADES MÉDICAS

Este tipo de depresión es difícil de valorar, pero refleja el estrés psicológico de un paciente al enfrentar la enfermedad.

Se cree que la mayoría de fármacos contienen algún agente capaz de llevar al individuo a la depresión como ejemplo tenemos los anti hipertensivos, anti arrítmicos y los hipocolesterolemiantes.

La prevalencia de depresión en pacientes con cáncer es de un 25 a 50%.

Se la ve de una manera clara en pacientes con enfermedades incapacitantes como son el Parkinson, la esclerosis múltiple, y el accidente cerebro vascular. De igual manera aparece en pacientes con VIH en un porcentaje de 22 al 45 %.

2.2 TRASTORNOS DEPRESIVOS

La depresión mayor es una enfermedad donde el paciente experimenta tristeza, alteraciones del sueño, alteraciones en el apetito, irritabilidad, ira, desconcentración, indiferencia, apatía, y pensamientos de culpabilidad, venganza y relacionados con la muerte. Estos síntomas aparecen generalmente todos los días y se mantienen hasta un periodo de dos semanas. El paciente que padece depresión, experimenta cambios en su estado de ánimo, desmotivación en sus actividades y falta de entusiasmo o ganas de vivir.

Se estima mediante estudios que al menos el 15 % de la población ha experimentado depresión mayor en alguna época de su vida.

Un 6 a 8% de los pacientes que acuden a la consulta por primera vez han sido catalogados con criterios de esta enfermedad.

“La depresión es una enfermedad, pasa muchas veces inadvertida, incluso tratada incorrectamente. El medico deberá evaluar frente a qué tipo de depresión se encuentra el paciente pero sobretodo este deberá evaluar, valorar e identificar el riesgo de suicidio mediante la realización de preguntas directas, ya que los pacientes no logran exponer estos pensamientos por si solos, así también el medico deberá descubrir si

existen antecedentes de intentos previos, sensación de desesperanza, enfermedades médicas, abuso de sustancias e incluso el aislamiento social; de esta manera el medico lograra referir al paciente de salud mental” (Reus, 2009)

Se ha visto un vinculo estrecho entre la ansiedad y las victimas de suicidio. Investigaciones cientificas han relacionado que entre un 4 a 5 % de las personas que sufren de este tipo de trastorno han terminado en el suicidio, y la mayoria de ellas han buscado soporte medico o psicologico un mes antes de su muerte.

La distimia que es valorada como un estado de ánimo donde la tristeza predomina, es uno de los criterios del trastorno de depresión crónica más graves.

La depresión menor abarca a los pacientes que como mínimo han presentado 2 o más síntomas depresivos durante al menos dos semanas.

Las mujeres poseen una frecuencia de depresión dos veces mayor a los varones, y la incidencia aumenta con el envejecimiento de los dos géneros. La depresión está relacionada con acontecimientos vitales negativos pero también se conoce que los factores biológicos (genéticos) también juegan un papel importante en el estado de ánimo de la persona.

La mayoría del tipo de trastornos depresivos unipolares se presentan al comenzar la etapa de adultez y van reapareciendo paulatinamente durante el resto de la vida, aproximadamente un 50 a 60 % de los pacientes depresivos tendrán como mínimo una o dos recidivas.

2.2.1 ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

“Un polimorfismo funcional en el gen transportador de serotonina (5-HTT) interactúa con hechos estresantes de la vida para incrementar el

peligro de depresión y suicidio. Mediante estudios con tomografía por emisión de positrones se ha observado una menor actividad metabólica en los núcleos caudados y los lóbulos frontales en los pacientes deprimidos, que vuelve a la normalidad al recuperarse estos, así también se ha visto cambios en el flujo de sangre". (Reus, 2009)

El tratamiento para la depresión necesita de un plan para coordinar la desaparición de los síntomas que afectan al paciente a corto plazo, y con el fin de evitar que el paciente recaiga en la depresión. El tratamiento farmacológico es el tratamiento de elección pero siempre debe ir acompañado de psicoterapia.

Se estima que un 40 % de los pacientes abandonan el tratamiento. El médico debe administrar el fármaco elegido con dosis suficientes y bajo vigilancia, ninguno de los fármacos reacciona de manera instantánea y debe comunicar al paciente acerca de las reacciones adversas o efectos secundarios del fármaco. En pacientes con pensamientos de acabar con su vida, el médico debe poner sus cinco sentidos a la hora de elegir un fármaco.

Bajo evidencia científica se cree que los recaptadores de serotonina son más seguros pero no superan a los antidepresivos tricíclicos.

El tratamiento mediante electro convulsión es igual de eficaz que el uso de fármacos, con la diferencia que este se lo emplea a paciente que han mostrado resistencia a los medicamentos o para pacientes con un cuadro de depresión delirante. El médico siempre debe orientar al enfermo en lo referente a su enfermedad, a las reacciones adversas de los fármacos, el consumo de bebidas alcohólicas y la disminución del estrés.

2.3 TRASTORNO BIPOLAR

Los pacientes que padecen el trastorno bipolar, son sujetos a trastornos marcados de ánimo que pueden ir desde la manía, la hipomanía y derivar en la depresión.

En la manía se puede encontrar incrementos en la actividad psicomotriz, estos pacientes se vuelven más sociables, necesitan menos horas de sueño, son más impulsivos a la hora de tomar decisiones.

Los enfermos bipolares pueden asociar síntomas como manía y periodos graves de depresión que generalmente son de mayor prolongación. Para el diagnóstico este tipo de síntomas deben estar presentes por lo menos dos años.

Los pacientes con trastorno bipolar en donde los episodios de manía son más recurrentes en su enfermedad suelen debutar con este estado en horas o días y generalmente ocurren en la madrugada. El episodio bipolar puede variar entre 8 a 12 meses o ser crónico.

“El 1.5 % de la población padece del trastorno bipolar, su inicio generalmente aparece entre los 20 y 30 años pero se ha observado un vínculo en donde estos sujetos en su niñez o adolescencia ya mostraban síntomas. Ocurre por igual en los dos géneros pero existen más episodios depresivos en el género femenino ya que en los varones existe más la manía.” (Reus, 2009)

Se debe diferenciar a la manía de los efectos de drogas, alcohol, hipertiroidismo, Huntington, sida o enfermedad de Wilson. Se ha visto una relación entre la manía el alcoholismo y el abuso de drogas con el fin de auto tratar los síntomas.

“En el trastorno bipolar se ha observado mediante estudios de imágenes han indicado alteraciones en el tamaño de las amígdalas cerebrales y la hiperintensidad de la sustancia blanca.” (Reus, 2009)

El tratamiento para el trastorno bipolar de elección es el farmacológico. El fármaco de elección es el carbonato de litio con altas tasas de respuesta evitando episodios de euforia y a la depresión.

3. TRASTORNO SOMATOFOROS

Los pacientes que padecen de este trastorno son personas que la parte emocional se ve afectada y el cuerpo lo somatiza para exteriorizarlo como una patología. Su prevalencia es de un 5%.

Generalmente esta enfermedad aparece en la vida adulta alrededor de los 30 años y el sujeto dice experimentar por lo menos 4 síntomas de dolor en cualquier sistema u aparato de su cuerpo. Estos episodios vienen acompañados de un cuadro de ansiedad y trastornos de ánimo.

4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Este tipo de trastornos son típicos del pensamiento, de los sentimientos y de la relación interpersonal. No son secundarios a otros tipos de trastornos mentales, ni al uso de sustancias tóxicas, ni por una enfermedad orgánica. Este tipo de pacientes con trastornos de la personalidad son catalogados como pacientes difíciles caracterizándolos su exigencia y el mal apego al plan terapéutico (Reus, 2009).

Los trastornos de la personalidad se han dividido en tres grupos:

- a) Comprende por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad:

Son personas peculiares y excéntricas, emocionalmente distantes de los demás.

El trastorno esquizotípico de la personalidad muestra percepciones anómalas, y creencias mágicas sobre el mundo. Mientras que la personalidad paranoide son personas que muestran desconfianza y sospecha sin evidencia.

- b) Comprende al tipo anti-social, limítrofe, histriónico y narcisista mostrándose un comportamiento impulsivo y excesivamente emocional y errático.
- c) En el grupo c se encuentran los tipos de personalidad evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo. Cuyas características son el miedo y la ansiedad.

4.1 ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea, donde las víctimas que la padecen presentan perturbaciones en el lenguaje, percepción distinta del pensamiento y alteración en la relación social, de igual manera se ve afectada la parte afectiva, la voluntad y la decisión del paciente. Su inicio insidioso, generalmente aparece al final de la adolescencia, su pronóstico es adverso por que el paciente va desde el retraimiento social, la distorsión de la realidad y las alucinaciones.

Por lo general el paciente presenta al menos dos de estos síntomas durante mínimo un mes, que son continuos durante seis meses como: desorganización conceptual, alucinaciones, ideas delirantes, expresión emocional reducida, anhedonia, apatía y falta de concentración.

Existen cuatro subtipos de la esquizofrenia que son:

- 1) Catatónica: Los afectados por este tipo de esquizofrenia presentan cambios en su actividad motora, alteración en el lenguaje a manera

repetitiva en forma de eco, repetición involuntaria de movimientos, y generalmente se vuelven negativos.

- 2) Paranoide: En estos pacientes se observan la preocupación por un sistema delirante.
- 3) Desorganizada: Pacientes en quienes se observa un comportamiento superficial “tonto” acompañado de la desorganización del habla.
- 4) Residual: Pacientes con síntomas negativos en donde no aparecen delirios ni alucinaciones.

Los pacientes que cumplen con características sintomáticas pero no con la duración del tiempo de la esquizofrenia se han catalogado como trastorno esquisofrenimorfo .

Se conoce que un promedio del 10 % de los esquizofrénicos se suicida.

A nivel mundial la esquizofrenia afecta en un 0.85% con una prevalencia para toda la vida entre el 1 y el 1.5%.

Esta enfermedad está vinculada con la discapacidad para la realización de actividades diarias como el colegio, el trabajo, causando un gran impacto en la economía de los países.

4.1.1 EPIDEMIOLOGIA Y FISIOPATOLOGÍA

Existe una relación estrecha entre la esquizofrenia y la genética. Si los padres poseen la enfermedad el riesgo de transmitirles a sus hijos es del 40 %.

Los genes de susceptibilidad incluyen:

- 1) Neurregulina 1 : cromosoma 8P21
- 2) Disbindina: 6P22.3
- 3) Desidrogenasa de la prolina: 22Q11
- 4) Activador de oxidasa de D-aminoácido: 13Q34

5) Desorganizado en esquizofrenia 1 : 1Q42

“Todos estos genes participan en la función glutamatergica, lo que aumenta la señalización del glutamato. Este trastorno también se vincula con cierto tipo de complicaciones gestacionales y perinatales como: la incompatibilidad del factor RH, hipoxia fetal y deficiencias nutricionales.” (Reus, 2009)

CAPÍTULO II

ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN

Mediante estudios se ha logrado estimar que alrededor de un 80 % de las personas han consumido alcohol y algún tipo de droga en su vida. En la sociedad actual la ingesta de alcohol y drogas es cada vez más recurrente y su inicio es a edades más tempranas. Se ha vinculado la violencia, el inicio precoz de la vida sexual y la pérdida de años escolares con el uso de alcohol y drogas. El consumo estas de drogas se ha vuelto una conducta frecuente en el grupo de los adolescentes lo que ha conllevado a una preocupación social. Se ha visto mediante estudios que el inicio de consumo de este tipo de sustancias se da en edades tempranas, por el mismo hecho que la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad y confusión. Lo que puede involucrar al adolescente en el uso acelerado de estas sustancias.

Adolecente y la vulnerabilidad al uso y abuso de alcohol y sustancias.

Como se había señalado la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad en donde el joven experimenta muchos cambios que influirán para en su vida. En este periodo es en donde se juega un papel importante los valores, los intereses y el comportamiento del adulto guía.

Así también la identidad del adolescente es un experimento con el medio social para su desarrollo emocional y su comportamiento, por lo que en esta etapa el muchacho busca emanciparse de la vida familiar.

“En el ámbito neurobiológico se conoce que la corteza cerebral es la encargada de las funciones integrativas superiores. En la adolescencia el cerebro está sometido a algunos cambios que lo hacen más sensible a un sin número de estímulos entre ellos los estímulos químicos, lo que explicaría que estos estímulos mantenidos en el tiempo generarían modificaciones para la adicción en el adulto.” (Maturana, 2011)

“Se conoce que la última estructura en desarrollarse en el adolescente es la corteza pre frontal que es la encargada del juicio, planificación y toma de decisiones. Esto nos ayuda a explicar porque los adolescentes son más vulnerables al abuso de drogas y un problema de adicción en su vida adulta”. (Maturana, 2011)

El consumo directo de sustancias como el tabaco, el alcohol y las drogas están directamente relacionados entre sí, lo que aumenta la probabilidad del uso de otros tipos de sustancias. Hay que considerar que en el adolescente los órganos de los sentidos adquieren gran importancia ya que le permiten una percepción hiper aguda de la realidad. Por lo que muchas veces esta es la razón para que el joven se mantenga involucrado en el abuso de drogas.

El adolescente pasara por algunas etapas, acontecimientos y circunstancias que pueden llegar a ser estabilizadoras, enriquecedoras, o problemáticas para la vida del adolescente, con lo que la vivencia individual llega a expresarse también de una manera social.

La necesidad de re afirmación se conoce como la formación de la identidad propia más crítica de la adolescencia. En donde el adolescente se preocupa por su imagen y como es percibido por los demás.

“La necesidad de trasgresión es un espacio entre los padres y los adolescentes que se ha ido perdiendo hoy en día, ya que los padres por tratar de ser liberales no expresan a sus hijos toda la información esto ocurre con temas como: relaciones sexuales, consumo de alcohol, consumo de drogas. En donde el adolescente ve este tipo de problemas como una provocación frente al mundo adulto especialmente frente a sus padres.” (Maturana, 2011)

La necesidad intergrupala es la necesidad del adolescente de pertenecer a un grupo con fines comunes de esta manera el joven se sentirá integrado a la sociedad. Y correrá el riesgo de prácticas poco úsiles para en su niñez como

el consumo de estas sustancias, para mantenerse dentro de un grupo y con mayor aceptación.

La sensación de invulnerabilidad expresa el ego centrismo, la omnipotencia del adolescente en donde se envuelven en una coraza para protegerse de todos los peligros con frases como: no me afecta, o yo lo controlo.

Otra forma muy común es que el adolescente tenga una mayor influencia del entorno, es cuando el joven es sensible a propagandas publicitarias que asocian el consumo de drogas y alcohol incitando al adolescente a probarlas.

El adolescente la mayoría del tiempo se ve expuesto al aburrimiento por lo que buscara conductas compulsivas, excitantes y de placer inmediato para terminar con la monotonía.

Una nueva tendencia ha sido conocida como el presentismo en donde la sociedad plantea vivir el aquí y el ahora, en donde el joven opta por vivir el día a día. La mayoría de psiquiatras acierta en que el uso de drogas en los adolescentes es para proteger un yo demasiado frágil, así como también han visto que el consumo tiene una gran relación con la ansiedad y depresión. Una amenaza depresiva puede ser el resultado de un duelo, de una pérdida, del sentimiento de alejarse de los padres en donde el adolescente está dejando atrás su periodo de niñez y entra directamente a formar su personalidad a través de situación conflictivas y diversas elecciones.

Para los investigadores Marcelli y Braconnier existen tres tipos de consumo: recreativo, auto terapéutico y el consumo aditivo.

Según fuentes informáticas los adolescentes de ambos sexos comienzan el uso de estas drogas entre los 12 y 13 años, iniciando con el uso de tabaco y alcohol, para derivar en el consumo de sustancias ilegales como la marihuana y la cocaína principalmente. "Se ha mostrado una consistencia en que si un adolescente ha fumado o ha bebido alcohol la probabilidad de que pruebe

marihuana aumenta a 65 veces más que en el resto de los adolescentes.” (Maturana, 2011)

Dentro de los factores sociales encontramos los estilos educativos inadecuados, la falta de comunicación, un círculo familiar conflictivo, el consumo familiar de alcohol y la influencia del grupo de amigos (pandillas).

Una manera de prevención para este tipo de conflictos:

Es una buena comunicación intrafamiliar, educacional y las terapias con psicólogos o personal médico que ayuden a identificar el problema de vacío del adolescente.

“Es compromiso de los padres, la vigilancia del comportamiento del adolescente previniendo el acercamiento a grupos donde el tipo de influencia sea negativa (pandillas juveniles). Los padres de estos jóvenes deberán buscar un tiempo libre para compartir con sus hijos evitando el ocio en ellos y aumentando el ejercicio diario, actividades como la música la danza y la pintura.” (Maturana, 2011)

1. ALCOHOL

El consumo excesivo de alcohol acorta la esperanza de vida en ambos géneros de todas las culturas y grupos socioeconómicos. “El alcohol es una molécula que se desplaza fácilmente a través de las membranas celulares y entra en contacto rápido con la sangre y los tejidos.” (Schuckit, 2009)

Como se conoce el alcohol actúa como depresor del sistema nervioso central disminuyendo la actividad neuronal. Es absorbido en la mucosa bucal, esofágica, estomago, intestino grueso e intestino delgado.

La vía de eliminación del alcohol son los pulmones, la orina y el sudor. Su metabolismo se realiza en el hígado. Y esta bebida interfiere en la absorción de

ciertas vitaminas como la tiamina y la vitamina A. Otro efecto de una dosis abundante de etanol es la hipoglucemia medida por el efecto del etanol sobre la gluconeogénesis.

1.1 EFECTOS CONDUCTUALES TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

“Se cree que los efectos del alcohol están directamente relacionados con la dosis, la presencia en el plasma, consumo simultaneo de drogas. Con concentraciones sanguíneas por ejemplo de 0.02 g/100 ml con un efecto de una sensación leve de ebriedad, 0.20 g/100 ml con un efecto de balbuceo al hablar incoordinación motora, irritabilidad y deficiencia en el juicio, y 0.40 g/100 ml catalogado como muerte.” (Schuckit, 2009)

Efectos:

Sistema nervioso central: El 35 % de los pacientes que ingieren frecuentemente alcohol por lo general presentan lagunas mentales o amnesia, otro síntoma importante es la alteración en el sueño.

El alcohol relaja a los músculos de la faringe lo que causa ronquidos y apnea del sueño. Estos pacientes también presentan cefalea, sed, náusea, vómito y fatiga lo que es conocido como un síndrome de resaca o cruda.

Si el individuo depende del alcohol los efectos se hacen más notorios por ejemplo la neuropatía periférica que se presenta en un 5 a 15 % de los alcohólicos en una forma similar a los diabéticos.

El DSM-IV indica que el 66% de estos pacientes cumplen con criterios de un síndrome psiquiátrico. Se cree que este tipo de trastornos ligados al alcoholismo se debe a la vulnerabilidad genética, deficiencia de juicio y efectos de otras drogas.

La mayoría de síndromes psiquiátricos nacen de la mano del alcoholismo como por ejemplo la tristeza o depresión y la ansiedad.

Aparato gastrointestinal: El alcohol es un irritante gástrico que causa severos daños a nivel de las mucosas del aparato gastrointestinal, origina inflamación, gastritis e incluso úlceras.

La incidencia de la pancreatitis aumenta tres veces en este tipo de pacientes, el alcohol disminuye la gluconeogénesis del hígado, reduciendo la cantidad de glucosa, y aumentando la grasa a nivel hepático.

Aparato cardiovascular: El etanol disminuye la contractilidad miocárdica, causa vaso dilatación, dando una baja a la presión arterial e incrementando el gasto cardíaco. El consumo en grandes cantidades de alcohol es relacionado con riesgo de presentar hipertensión o enfermedades cardíacas.

Funcionamiento sexual: El alcohol en ocasiones puede llegar a incrementar el apetito sexual y a su vez disminuir la capacidad de erección.

1. 2. ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Se inicia este síndrome generalmente entre los 16 y 29 años de edad.

El abuso alcohólico se describe con alteraciones causadas por esta droga en cualquiera de estas: la social, la interpersonal, la legal, y la laboral. El riesgo de dependencia en países occidentales es de 10 a 15 % en varones y del 5 al 8% en mujeres.

“Dentro de los aspectos genéticos se ha observado que familias pueden poseer el riesgo de alcoholismo y drogadicción vinculados con niveles de impulsividad como en el trastorno de personalidad antisocial, la esquizofrenia, las crisis de pánico o la enfermedad maniaco depresivo.” (Schuckit, 2009)

1.3 IDENTIFICACIÓN DEL ALCOHÓLICO

En niveles socioeconómicos altos se cree que un 20 % de las personas tienen problemas con esta sustancia.

Los médicos pueden realizar pruebas de sangre con ciertos marcadores serológicos para mantener la vigilancia a la abstinencia alcohólica o el consumo excesivo del alcohol.

Como explica Schucki, el médico debe identificar problemas cotidianos en el individuo o signos de adicción, Para lo cual se puede utilizar el cuestionario AUDIT que son:

Prueba para identificar los trastornos por consumo de alcohol "AUDIT"
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Con que frecuencia consume usted una bebida alcohólica? - ¿En un día típico cuantas bebidas alcohólicas consume? - ¿Con que frecuencia consume 6 copas o más en una sola ocasión? - ¿En el último año cuantas veces detecto que era imposible abandonar el consumo de alcohol? - ¿En el último cuantas veces no pudo realizar todo lo que esperaba hacer normalmente debido al consumo de alcohol? - ¿En el último año cuantas veces necesito un primer trago por la mañana para entonarse y sentirse estimulado después de una borrachera intensa? - ¿En el último año cuantas veces tuvo un sentimiento de culpa o remordimiento después de consumir bebidas alcohólicas? - ¿En el último año cuantas veces no pudo recordad lo que había ocurrido la noche anterior porque estaba alcoholizado? - ¿Cómo el resultado de la ebriedad o el consumo de alcohol han ocurrido lesiones en otra persona o en usted? - ¿Cuenta con un familiar, amigo o médico que siente interés o preocupación por su problema de alcoholismo o le han sugerido que se abstenga de esta costumbre?

Adaptado de: con autorización DF Reinert, GP Allen: alcoholism: clinical& experimental research 26:272, 2002

El médico debe ayudar a resolver el cuestionario y deberá compartir la información en cuanto al alcoholismo e incrementar protocolos de intervenciones breves de ayuda al paciente, este tipo de programas se logra por lo menos en dos sesiones.

La abstinencia es un problema grave de igual intensidad que el alcoholismo, el médico debe identificarla ya que estos paciente poseen o experimentan algunos síntomas como: temblor, agitación, ansiedad, hiperactividad del sistema nervioso, taquicardia, insomnio, convulsiones, y llegar muchas veces al delirio. Muchas veces los pacientes en recuperación no logran mantenerse abstemios y deciden por la salida más fácil que es la ingesta de alcohol o el suicidio.

2. COCAINA

“La cocaína es un estimulante y anestésico local con potentes propiedades vasoconstrictoras, esta deriva de las hojas de coca. Esta droga produce efectos fisiológicos y conductuales si es consumida por la vía oral, intra nasal e intravenosa o por inhalación por pirolisis.” (Jack Mendelson, 2009)

2.1. PREVALENCIA

Esta droga tiene un alto porcentaje de consumo y es de fácil acceso. Su consumo se da a nivel mundial y en todos los niveles socioeconómicos.

El consumo de cocaína generalmente está acompañado por el consumo de bebidas alcohólicas.

Tabla 1. Formas de abuso

TIPO DE SUSTANCIA	CONCENTRACION DE COCAINA	VIA DE ADMINISTRACION	PORCENT. EN PLASMA	VELOCIDAD APARICION DE EFECTOS	CONC. MAXIMA PLASMA	DURACION EFECTOS	DESARROLLO DEPENDENCIA
HOJAS DE COCA	0.5 - 1.5%	Mascado infusión oral	20 - 30%	LENTA	60 Minutos	30- 60 Minutos	NO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	tópica: ocular genital, intranasal (esnifar)	20 - 30%	RELATIV. RAPIDA	5-10 Minutos	30- 60 Minutos	SI LARGO PLAZO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	parenteral: endovenosa subcutanea, intramuscular.	100%	RAPIDA	30-45 Segundos	10-20 Minutos	SI CORTO PLAZO
PASTA DE COCA	40 - 85% (Sulfato de cocaína)	Fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO
COCAINA BASE.	30 - 80% (alcaloide cocaína)	Inhalada-fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO

Tomado de: ADICCIONES, 2002 • VOL.14 NÚM. 1 • PÁGS. 57/64

2.2. FORMAS DE ABUSO:

- Hojas secas de coca: su absorción es variada, depende de la preparación de la hoja.
- Pasta de coca: conocida como sulfato de cocaína, es el rechazo del proceso de refinación de la hoja de coca.
- Clorhidrato de cocaína: es la sal de la cocaína, se forma como cristales blancos se puede inhalar o usar por vía intra venosa, la inhalación es muy fácil y esta manera es de rápida absorción debido a su gran irrigación. Muchas veces estos efectos duran entre 45 minutos.
- Crack: es la mezcla entre la cocaína añadiendo el amoniaco, esta se calienta a altas temperaturas y torna la forma de porcelana, este tipo de droga se inhala como vapor o se fuma como tabaco y marihuana, este se difunde rápidamente y sus efectos son inmediatos (5 segundos). Este tipo de abuso tiene una adicción esclavizaste es decir de que es de difícil abandono.

2.3. INTOXICACION AGUDA O CRÓNICA POR COCAÍNA

“Tras la administración intra nasal se suelen apreciar cambios en el estado de ánimo y de las sensaciones a los 3 o 5 minutos con un efecto máximo de 1 hora.” (Lizasoain & Moro, 2002)

La cocaína produce inmediatamente un estado de bienestar donde el consumidor presenta un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Generalmente la temperatura del cuerpo también aumenta y en dosis altas de esta droga conlleva a hiperpirexia letal.

2.4. ACCIONES FARMACOLÓGICAS

“La cocaína causa vasoconstricción, lo que termina en un aumento de la presión arterial. Así también el cocainómano presenta efectos como midriasis, temblor y sudoración. A nivel del SNC y dependiendo de la cantidad de dosis, la cocaína ocasiona elevación del estado de ánimo, mayor energía y lucidez, disminución del apetito, disminución de la sensación de fatiga, mayor actividad ideativa. Cuando el efecto de la droga va pasando se observa un efecto de llanto fácil, depresión y cansancio.” (Jack Mendelson, 2009)

2.5. TOXICIDAD

Observaremos complicación por el uso y el abuso de la cocaína en sus diversas formas de administración como a nivel de:

- “Aparato cardiovascular: palpitaciones, bradicardia o taquicardia, arritmias, muerte súbita por cocaína, hipertensión e infarto de miocardio. El consumo a la par de esta droga más alcohol el cocaetileno que es un metabolito activo y de mayor toxicidad cardiaca que la cocaína. La potencia de este metabolito de producir muerte súbita es superior a la de la cocaína.” (Jack Mendelson, 2009)

- Aparato respiratorio: se presenta hemoptisis, taquipnea y respiración irregular. El dolor torácico es muy común entre los pacientes fumadores de crack.
- Aparato digestivo: los pacientes consumidores de esta droga presentan pérdida de apetito, náusea, vómito, úlceras gástricas.
- Ojo: midriasis, vasoconstricción conjuntival, y nistagmus vertical.
- Neurológicas: dolor de cabeza frecuente, accidentes cerebro vasculares o hemorragias se han observado en consumidores jóvenes. Otro tipo de complicación son las convulsiones.
- SNC: ansiedad, ira, euforia, síndrome confusional, alucinaciones visuales y táctiles, alteraciones de la percepción

“Los consumidores habituales de la cocaína auto administran dos o tres veces por hora debido a que existe un fenómeno de tolerancia. Estos pacientes utilizan el alcohol como un modulador de la estimulación de esta droga, para que la desaparición de sus efectos no sea brusca.”
(Lizasoain & Moro, 2002)

El consumo en periodos largos de esta droga puede llevar al individuo a ideas paranoides y alucinaciones visuales y auditivas, lo que puede llevar a altos índices de suicidio.

2.6 TRATAMIENTO

Las personas adictas a esta droga deben mantener un tratamiento médico con especialistas Psiquiátricos que logren controlar la abstinencia bajo fármacos.

Mediante el tratamiento es común observar la aparición de síntomas como la depresión, sentimiento de culpa, insomnio y anorexia.

“Para reducir la dependencia del abuso de la cocaína se han administrado muchos de los fármacos actualmente empleados para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos. Sin embargo ninguno de los fármacos

disponibles es muy seguro ni eficaz, ni para la desintoxicación ni para mantener el estado de abstinencia.” (Lizasoain & Moro, 2002)

3. MARIHUANA Y COMPUESTOS DE CANNABIS

Esta es una droga que dado al consumo precoz puede generar dependencia, afectando la memoria, el aprendizaje y con consecuencias muy negativas a nivel escolar o laboral.

“Según la OMS se cree que el cannabis incide negativamente a nivel de la salud mental, porque esta es capaz de producir dependencia, psicosis, síndromes de depresión y dar el inicio para la esquizofrenia.” (Gutierrez-Rojas, 2006)

La mezcla de las hojas y de las flores secas preparadas para fumar recibe el nombre de marihuana. El hachís es el estrato resinoso.

“El THC se absorbe con rapidez desde los pulmones a la sangre y desde esta pasa de inmediato a los tejidos. Se metaboliza en el hígado donde se convierte en: 11-hidroxi-THC. Muchos metabolitos del THC se excretan por las heces con un ritmo de depuración relativamente lento en comparación con el resto de las sustancias psicoactivas.” (Gutierrez-Rojas, 2006)

3.1 PREVALENCIA

La marihuana es la droga más común a nivel mundial, los que más compran esta droga y la utilizan de manera ilegal son los adolescentes.

Un 37% de los estudiantes de secundaria la han probado.

3.2. INTOXICACIÓN CRÓNICA Y AGUDA POR MARIHUANA

La intoxicación por la marihuana depende de la dosis administrada y de la vía, esta se absorbe de manera inmediata cuando se fuma la droga.

El sujeto que ha palpado una intoxicación por este tipo de droga la describe como una sensación de relajación semejante al estadio de intoxicación por alcohol. Acompañado de perturbación de la mente y capacidad de concentración. Los adictos a la marihuana de largo tiempo, pierden el interés por su vida social.

3.3. EFECTOS FISICOS

“Los fumadores de la marihuana presentan cambios rápidos como es el enrojecimiento de sus ojos, y el latido fuerte o taquicardia. Así como también se ha visto una disminución de la capacidad pulmonar.” (Gutierrez-Rojas, 2006)

Se cree que el consumo de la marihuana pese a no ser aditivo es la puerta de entrada hacia otro tipo de drogas ya que el paciente cree que va a tener control sobre ellas.

3.4. DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA

Estudios en animales y humanos demostraron que la marihuana tiene efectos leves de dependencia y se ha mostrado que existe mayor dependencia a los efectos agradables de esta droga. El consumo de la marihuana se quedaría en el plasma aproximadamente por 7 a 15 días por lo que para quedar totalmente limpio deberán pasar algunos meses.

“Se han observado: ansiedad, tensión, insomnio, anorexia, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, disforia, agresividad, temblor, sudoración, mialgias y diarreas.” (Gutierrez-Rojas, 2006)

También se ha observado un deterioro social, laboral, físico con menor logro en la escolaridad y en el trabajo.

3.4.1 SÍNDROME AMOTIVACIONAL

Este es un estado caracterizado por la pasividad, indiferencia y la disminución en las capacidades cognitivas, debida al consumo del cannabis por largos años. El adicto se vuelve apático, no posee energía, pierde el interés para realizar actividades, gana de peso y tienen mal desempeño escolar, laboral y social. En la mayoría de los consumidores aparece un cuadro distímico, anhedonía y bajas en el estado del humor.

L. Gutiérrez asocia este consumo a trastornos como la intoxicación aguda, la psicosis breve, la psicosis persistente y la esquizofrenia.

1. Intoxicación aguda por el cannabis: el individuo presenta síntomas como la taquicardia, el enrojecimiento de los ojos, aumento del apetito, sensación de sed, lentitud en la coordinación de movimientos, ideación de persecución, alucinaciones.
- 2.- Trastorno psicótico persistente: se relaciona con alteraciones del pensamiento, la percepción, delirio y la afectividad.
- 3.- Efectos del cannabis en pacientes con predisposición esquizofrénica:
El consumo habitual de la marihuana en relación a la enfermedad Psiquiátrica de la esquizofrenia acelera su aparición.
- 4.- Depresión y ansiedad: Aumenta el estado de depresión y en muchas ocasiones se incrementa la ideación suicida.

CAPITULO III

ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida incluye ideación, intento, y suicidio consumado. Este es un problema importante en la salud mental en la población adolescente

1. CONDUCTA SUICIDA

Como menciona Pfeffer la preocupación o acto intencional es causarse daño o la muerte a uno mismo.

En la adolescencia muchas veces es considerado el escape de una situación insoportable más que la idea misma del hecho de dejar de existir. Por una parte el grupo de los jóvenes que muere por suicidio se diferencia del grupo de intentadores de suicidio que en su mayoría son varones.

La mayoría se le adjudica a problemas relacionados con psicopatología en especial el trastorno bipolar, y en la letalidad de los métodos utilizados.

2. IDEACION SUICIDA

Se la define como los pensamientos a cerca de quitarse o terminar con la vida. Sus cifras son muy difíciles de determinar, sin embargo mediante estudios tentativos se estima entre el 12 – 25 % en la población adolescente.(Valdivia, 2006)

La ideación se puede aseverar en pensamientos tales como: “no vale la pena seguir viviendo”, “dormir para siempre”, “ la vida no tiene sentido”, etc.

Es muy importante mencionar que 8 de cada 10 personas que cometen suicidio han expresado con anterioridad en algún momento la idea de quitarse la vida.

3. INTENTO DE SUICIDIO

El intento de suicidio se define como la conducta o acto que se ejecuta intencionadamente para causarse daño y quitarse la vida sin lograr este objetivo.

El intento de suicidio es un fenómeno mucho más frecuente en población femenina y se estima que hasta el 10% de los adolescentes que intentan suicidarse tratarán de suicidarse en los 10 años siguientes al intento.

Como es de esperar los intentadores de suicidio que llegan a consumarlo son los que utilizan métodos de alta letalidad. Como el disparo de arma de fuego u ahorcamiento.

4. SUICIDIO CONSUMADO

Se sabe que la letalidad de los intentos de suicidio en la población adolescente es baja si se compara con otra muestra poblacional. Se estima que habría un suicidio consumado cada 50 y hasta 200 intentos de suicidio en adolescentes y un suicidio consumado cada 13 intentos en adultos. (Valdivia, 2006)

Las muertes por suicidio son la segunda o tercera causa más común de muertes en adolescentes, constituyendo este hecho un grave problema social y de salud pública.

Los métodos más frecuentemente utilizados son el ahorcamiento, seguido por las armas de fuego y la ingesta de sustancias.

Es importante mencionar que existe una gran variedad poblacional por lo que cada joven que intenta suicidarse o comete suicidio es distinto. Existen distintos motivos, distintos fines, distintos intentos y distintos mecanismos; por lo que es muy difícil enfrascar este hecho en un solo modelo. (Valdivia, 2006)

Se plantea que existen muchos factores de riesgo (personales, familiares, sociales) que interactúan de diferente manera en cada sujeto para así determinar personas susceptibles de presentar la conducta que desencadene el suicidio.

5. FACTORES DE RIESGO

5.1 FACTORES PERSONALES

5.1.1 GENERO: los intentos de suicidio se vinculan fuertemente al género femenino, sin embargo el suicidio consumado es más frecuente entre los varones.

5.1.2 EDAD: existe un claro incremento de la conducta suicida con la llegada de la adolescencia, de hecho el intento de suicidio es muy raro antes de los 10 a 12 años. Al comparar un grupo de 15 a 24 años se duplica el intento de suicidio frente a un grupo de 5 a 14 años.

La dependencia, el control, y la protección de este grupo de edad por sus padres o por el núcleo familiar está ligada a un menor índice de intento de suicidio.

5.2 PATOLOGIA PSIQUIATRICA

La depresión es un trastorno que juega un papel fundamental en los índices de intentos auto lítico. Los trastornos depresivos en general están presentes entre el 40 % y el 80% de los intentadores.

Otro diagnóstico de alta frecuencia es el trastorno disocial, así como también el abuso de sustancias. En especial aquellas que actúan facilitando la impulsividad y disminuyendo el autocontrol y la reflexión.

Se ha visto con un fuerte vínculo los trastornos de la alimentación, el trastorno bipolar, el trastorno psicótico y el trastorno de la personalidad.

5.3 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS

Una serie de rasgos psicológicos se ha asociado a una mayor suicidad entre ellos se puede destacar la desesperanza, la impulsividad, una pobre regulación afectiva, una mala comunicación y malos mecanismos de resolución de problemas.

5.4 FACTORES BIOLOGICOS

El suicidio ha sido asociado a bajos niveles de ácido hidroxindolacético en el líquido céfalo raquídeo así como la alteración en los sitios de unión de serotonina en la corteza pre frontal y disminución de los sitios de unión de imipremina en plaquetas.

5.5 ENFERMEDADES FISICAS

Es común cuadros crónicos como la epilepsia, o enfermedades degenerativas.

5.6 FACTORES FAMILIARES

Psicopatología parental: la presencia de patología psiquiátrica en los padres y o el abuso de sustancias por partes de estos.

- INTENTOS DE SUICIDIO O SUICIDIOS CONSUMADOS EN MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Heredabilidad de ciertos rasgos o patologías que predisponen al suicidio, como un modelo a imitar, en especial dentro de los familiares de primer grado.

- PRESENCIA DE MALTRATO INFANTIL

Maltrato infantil físico, psicológico y el abuso sexual.

- FAMILIAS DISFUNCIONALES

Discordia familiar, por la ausencia de uno de los padres, o separación, o malos mecanismos de comunicación familiar.

5.7. FACTORES SOCIOAMBIENTALES

- CONTAGIO SUICIDA: los adolescentes pueden presentar intentos de suicidio como conductas imitativas o de identificación.
- PROBLEMAS ECONOMICOS
- PROBLEMAS DE MIGRACION

6. FACTORES PROTECTORES

Es la ausencia de factores de riesgo. Aquí podemos observar factores como:

- Ausencia de patología psiquiátrica
- Bajos niveles de agresividad o impulsividad
- Mecanismos psicológicos eficientes
- Familias apoyadores
- Mayor interés por la salud mental

7. ELEMENTOS ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO

Se refiere a los sucesos desencadenantes, a la motivación o finalidad del intento y al método utilizado.

8. SUCESO DESENCADENANTES DEL INTENTO:

- Conflictos y peleas con los padres
- Conflictos y peleas con pareja
- Conflictos y peleas con amigos

- Entrega de notas
- Episodios de violencia
- Abuso sexual
- Conflictos con la justicia
- Problemas de disciplina
- Bulling

Los sucesos desencadenantes, se debe a cualquier evento estresante, estos pueden actuar como un gatillante pero en personas predispuestas pero generalmente no son la causa del intento o del suicidio.

9. MOTIVACION O FINALIDAD

Frecuentemente el deseo de dejar de vivir es el motivo para tratar de huir de situaciones negativas así como también una manera de llamar la atención evitar castigos o chantajear a la familia.

Estos son:

- Terminar la vida
- Resolver problemas
- Evitar situación negativa
- Modificar situaciones familiares
- Llamar la atención
- Castigar personas

La mayoría de los suicidios consumados o de los intentos son impulsivos y con un bajo grado de planificación.

La mayoría de los adolescentes utilizan como método: sobredosis de medicamentos, o de sustancias tóxicas especialmente en el grupo femenino. Otros son las heridas cortantes.

En los varones lo que más se ven: ahorcadura, disparo de arma de fuego, precipitarse.

La evaluación suicida es una manera de controlar al adolescente previo a entrevistas donde se indagara acerca de su estado emocional en la consulta, realizando preguntas como: ¿has sentido alguna vez que no va la pena vivir?, ¿Has deseado alguna vez estar muerto?, ¿Has pensado alguna vez causarte daño?, ¿Pretendes causarte daño?, ¿Tienes un plan para causarte daño?, ¿Has intentado suicidarte? (Valdivia, 2006)

Es importante catalogar y considerar que estas preguntas muchas veces nos darán respuestas que confieren en alta peligrosidad para el adolescente, lo que llevara a una oportuna prevención mediante tratamiento médico (fármacos), charlas psicológicas de rutina y en muchos casos no se debe descartar la hospitalización. (Valdivia, 2006)

CAPITULO IV

MEDICINA LEGAL:

ASFIXIAS MECANICAS, HERIDAS POR ARMA BLANCA, DISPARO CON ARMA DE FUEGO Y PRECIPITACIÓN

La modalidad de suicidio depende de numerosos factores; entre los que se encuentran la disponibilidad y de fácil accesibilidad de los medios a utilizar, la presencia de una patología previa, así también la influencia del medio. (Forenses, 2014)

En relación a la patología el artículo "Suicidio por arma de fuego" de M. Soriano Maldonado indica como desencadenantes de riesgo para el suicidio: el consumo de drogas, alcoholismo, trastornos de personalidad, esquizofrenia y psicosis.

Diversos indicios nos permiten etiquetar a una muerte como suicida. El estudio del suicidio es uno de los temas clásicos de la Medicina Legal, primero porque el suicidio es un mecanismo de muerte no natural lo que nos lleva a la intervención del área judicial y segundo por el drama que rodea al suicidio, siendo este una muerte inesperada, rápida, violenta, y con mayor repercusión social. (Psicología jurídica S.F)

ASFIXIAS MECÁNICAS.

1. AXFIXIA POR AHORCADURA Y POR SUMERCION

"La palabra asfixia procede del griego *a=sin*, *sphizos= latido*. Lacassagne la tradujo como ausencia o falta de pulso. En la práctica se emplea para expresar interferencia en la función respiratoria." (Vargas Alvarado, 2002)

Dependiendo el medio en el que ocurra esta interferencia se distinguen en: mecánicas, patológicas y químicas.

- 1.- Asfixias mecánicas: Se deben a factores exógenos que actúan a través de mecanismos físicos (la compresión del cuello).
- 2.- Asfixias patológicas: Se deben a enfermedad bronca pulmonar, del corazón, y de la sangre.
- 3.- Asfixias químicas: Causadas por tóxicos (monóxido de carbono, cianuro, cocaína).

Síndrome asfíctico.

Como hace referencia Eduardo Vargas Alvarado en su libro "Medicina Legal" el síndrome asfíctico es el diagnóstico de asfixia basado en una serie de hallazgos. Sin embargo la mayoría de estos signos no son específicos.

Como síndromes generales se han descrito la cianosis, manchas de Tardieu, congestión, edema, fluidez de la sangre, ingurgitación de las cámaras derechas del corazón.

a) Cianosis

Es el tono azulado o púrpura de la piel, especialmente visible en labios y uñas. Depende de la cantidad de hemoglobina reducida. Debe existir por lo menos 5 gramos de hemoglobina reducida por cada 100 ml de sangre para que la cianosis sea evidente. (Vargas Alvarado, 2002)

b) Manchas de Tardieu :

Conocidas también como petequias son hemorragias puntiformes que se observan en piel, escleras, pleura y pericardio.

Son el resultado de la ingurgitación venosa debida la obstrucción del retorno venoso causando la ruptura de vénulas. (Vargas Alvarado, 2002)

c) Congestión y edema:

Es un signo inespecífico se origina por la trasudación a través de las paredes de los capilares.

En muertes por hipoxia es frecuente hallar edema pulmonar. (Vargas Alvarado, 2002)

d) Fluidez de la sangre e ingurgitación de las cámaras derechas del corazón:

Es inespecífico, la sangre en el corazón y el sistema venoso ocurre con la eventual disolución de coágulos por la acción de enzimas fibrinolíticas. (Vargas Alvarado, 2002)

La clasificación de asfixias mecánicas es:

- Por sumersión
- Por estrangulación
- Por ahorcadura
- Por sofocación

1.1 ASFIXIA POR SUMERSIÓN:

Este tipo de asfixia es producida cuando un líquido reemplaza al aire de los pulmones. En la sumersión existen dos tipos la completa que es cuando todo el cuerpo está debajo o sumergido en el líquido y la incompleta cuando solamente se encuentra bajo el líquido la boca y la nariz.

1.1.1 ETIOLOGÍA:

Se cree que la más común es la accidental por ejemplo en la natación, en el buceo, en los deportes acuáticos. Y se consideran a la suicida y homicida como casos menos frecuentes.

1.1.2. FASES:

“Como describe Vargas Alvarado en su libro existen 5 fases clínicas donde la víctima antes de fallecer experimenta una fase de sorpresa donde se producen inspiraciones de líquido, la fase de resistencia donde se da el apnea, una tercera fase es caracterizada donde el ahogado aspira el líquido, la cuarta fase corresponde a la fase agónica donde experimenta la pérdida de la conciencia y por último la quinta fase donde el individuo fallece.”(Vargas Alvarado, 2002)

Existe una diferencia en el tiempo de sobrevivencia en el agua dulce, y agua salada. Pues en agua dulce es de 4 a 5 minutos, y en agua salada de 8 a 12 minutos. Además que la edad de la víctima también juega un papel importante aumentando así su promedio. (Solano, 2008)

Síndrome Post sumersión y fisiopatología:

Las víctimas presentan hipertermia, respiración superficial, dolor torácico, esputo sanguinolento y espumoso, arritmia cardíaca.

En la sumersión en agua dulce se ha visto que el líquido se desplaza hacia la sangre desde los alveolos. Mientras que en la sumersión en agua salada se ocasiona una hiponatremia, siendo la sumersión en agua salada dos veces más mortal que el agua dulce.

1.1.3. SIGNOS DE AUTOPSIA.

Entre los signos específicos u orientadores están:

“El hongo de espuma, la cianosis, el enrojecimiento de las conjuntivas. El hongo de espuma se ha formado durante la fase clínica de inspiraciones profundas, es una mezcla de aire, líquido, moco y surfactante de los pulmones.”
(Vargas Alvarado, 2002)

La piel y ropa húmeda es de frecuente allanamiento pero no es específico. Como parte del fenómeno de maceración se presentan el desprendimiento de uñas y epidermis.

“Los signos internos son la espuma blanquecina en las vías respiratorias, el enfisema de Browardel que es el aspecto crepitante y tumefacto de los pulmones, las manchas de Paltauf, la hemorragia temporal o signo de Niles que consiste en hemorragia de las celdillas mastoideas o del oído medio, se explica esto por los cambios de presión.” (Vargas Alvarado, 2002)

La hemorragia etmoidal o signo de Vargas Alvarado consiste en la Hemorragia del hueso etmoides.

“La investigación de los cadáveres por sumersión deben seguir un esquema de investigación vigilando los factores humanos, los factores ambientales y las diversas posibilidades considerando preguntas tales como ¿La víctima estaba viva o muerta al entrar al agua?, ¿La víctima se ahogó?, ¿La víctima se introdujo por si sola al agua?, ¿Por qué lo hizo?” (Vargas Alvarado, 2002)

1. 2. ASFIXIA POR AHORCADURA.

Es un mecanismo autogenerado que ocurre por la obstrucción del paso del aire a las vías respiratorias.

“Generalmente es operada por una cuerda, una corbata, un cinturón en forma de lazo sujeta a un punto fijo por uno de sus extremos y sobre la cual se hace tracción el propio peso del cuerpo. Hay que tomar en cuenta que los objetos que se utilizan para llevar a cabo el suicidio son de fácil acceso y comunes.” (Vargas Alvarado, 2002)

1.2.1 VARIEDADES:

Se clasifica de acuerdo con la ubicación del nudo proximal, por la suspensión del cuerpo y por la marca que deja la cuerda en la piel del cuello.

1. Por la suspensión del cuerpo: cuando el cuerpo está en el aire y sin topar ningún objeto se la conoce como completa, en el caso que el cuerpo de la víctima este en contacto con algún objeto es de tipo incompleta.
2. Por el tipo de nudo: Los de tipo simétrico cuando el nudo está situado en la parte anterior o posterior sobre la línea media del cuello. Y de tipo asimétrico son todas las demás localizaciones.
3. Por la marca que deja la cuerda en la piel: El surco es duro si queda una marca profunda y blanda cuando la marca es superficial.

1.2.2 ETIOLOGÍA:

La ahorcadura representa la manifestación suicida más frecuente en la actualidad. A medida del paso de años este método ha incrementado de gran manera.

El mecanismo de la muerte por ahorcadura interviene la parte circulatoria como la respiratoria por una compresión de la tráquea y de los vasos sanguíneos que están en el cuello interrumpiéndose la circulación cerebral, se desplaza la base de la lengua hacia atrás lo que tapa a la vía respiratoria, y un tercer mecanismo es el paro cardíaco por irritación del nervio vago.

La compresión de las carótidas causa pérdida de la conciencia en 10 segundos.

1.2.3 FASES

Se distinguen cuatro fases:

1. La fase cerebral: La falta de oxigenación estimula al sistema nervioso el cual se manifiesta con tinitus o zumbidos, parestesias o escotomas.

2. Fase convulsiva: el individuo experimenta convulsiones y llega a la relajación de esfínteres.
3. Fase Asfíctica: se da la depresión de las funciones cerebrales, con pérdida de conciencia, coma profundo y la pérdida de reflejos.
4. Fase irreversible: Muerte real donde desaparecen todos los signos vitales.

1.2.4 SIGNOS DE AUTOPSIA:

Externos e internos.

1.2.4.1 LOS SIGNOS EXTERNOS:

Los principales están en el cuello, el característico es el surco de la ahorcadura, que es oblicuo e incompleto por el nudo proximal y que suele estar encima de la nuez de Adán.

El rostro del ahorcado es pálido cuando ha habido compresión simétrica de las arterias de cada lado del cuello o por inhibición vagal. El rostro puede ser azul en el caso de compresión asimétrica. Debido a la irritación que el nudo ocasiona en las glándulas salivales pueden encontrarse saliva en la comisura labial, la lengua puede estar saliente.

Las livideces se distribuyen en la mitad inferior del cuerpo, miembro inferiores, debajo del ombligo y manos en el cadáver vertical.

1.2.4.2 LOS SIGNOS INTERNOS

Se localizan en el cuello consisten es traumatismos vasculares, musculares, óseos, laríngeos, neurológicos y digestivos.

En el cuello además del surco se pueden presentar luxaciones o fracturas raquídeas. Las fracturas de hueso Hioides son las más comunes.

“Los signos vasculares muestran que la carótida primitiva se observa con un desgarró transversal de la túnica íntima (signo de amussat) o de la adventisea (signo de Etienne Martin), en la carotidea externa e ínterna el desgarró de la túnica íntima (signo de Lasser) en las venas yugulares el desgarró de la túnica íntima (Ziemke).” (Forenses, 2014)

Las características de los signos musculares son desgarró y sangrado de los músculos del cuello (Esternocleidomastodeo, tirohiodeo)

Las fracturas del hueso hioides, de los cartílagos tiroides, cricoides, son los más comunes dentro de las afectaciones a nivel óseo de la parte cervical. De igual manera observamos una equimosis a nivel de la retro faringe.

Las cuerdas vocales (Signo de Bonnel) es cuando han sufrido una ruptura.

2. HERIDAS OCASIONADAS POR ARMA BLANCA

La lesión vascular está catalogada como un método suicida clásica. Cabe recalcar que en nuestro medio no es de los más frecuentes.

Cuando la víctima opta por este método generalmente lesiona a los paquetes vasculares cervicales, venas, codos o la parte femoral. (Negre Muñoz & Orozco Gomez, 2013)

En el siglo XX una de las causas más comunes de suicidios representando el 5 % del total de ellos es el uso de arma blanca. Manteniéndose más frecuente la ahorcadura, la precipitación, el disparo, la sumersión y las intoxicaciones. (Negre Muñoz & Orozco Gomez, 2013)

Las armas blancas constan de una lámina metálica afilada.

Las heridas incisivas constan de extremos llamados colas que no es sino la unión de bordes lineales nítidos, estas colas se las puede diferenciar en una

corta y profunda que es la de entrada y una larga y superficial que es la cola de salida. Estas heridas con causadas por el deslizamiento del borde afilado del arma blanca que tiene poco peso, por lo que se hunde al comienzo de la incisión.

La seccionan generalmente es de vasos sanguíneos superficiales lo que ocasiona que la hemorragia sea de origen externo.

Como variedades pueden citarse las heridas de vacilación y las de auto lesión.

-Heridas de vacilación: Son superficiales y acompañan a la lesión mortal. Expresan el estado de titubeo o indecisión del suicida.

-Heridas de autolesión: Están localizadas en regiones del cuerpo accesibles al mismo individuo, son múltiples, superficiales y paralelas entre sí.

2.1. HERIDAS CONTUSO CORTANTES

En este tipo de heridas los bordes que son lineales y equimóticos se continúan por paredes planas y lisas.

Las armas que las causan actúan por el impacto de su peso y el deslizamiento de su filo, debido a que tienen una hoja metálica larga (machete) o un mango largo de madera (hacha). La hemorragia que se origina es predominantemente externa y pueden dejar un colgajo de piel.

Y este tipo de heridas se observa más en las heridas de carácter homicida.

2.2 HERIDAS INCISAS

Son las heridas más comunes dentro de las víctimas de suicidio, estas heridas se localizan en puntos accesibles para el individuo como el cuello , los pliegues de brazos, manos, piernas y pies.

El degüello es un problema para el médico legal ya que se debe distinguir si fue homicida o suicida.

La dirección, profundidad, localización y el número de las heridas tienen gran importancia para ayudar a reconocer la etiología.

Son producidas por instrumentos de hoja afilada y cortante, en general la longitud del corte en la superficie supera a la profundidad de su penetración; los bordes son limpios sin contornos tortuosos, con mínima desvitalización de los tejidos y bien irrigados. Normalmente permiten una sutura directa. Su gravedad va a depender de la extensión y de las estructuras subyacentes que afecten.

El degüello suicida es producido por instrumentos cortantes y punzocortantes acompañados de heridas de vacilación.

Los criterios son la localización de la herida mortal, el tipo, la dirección, el número de heridas, la dirección de la herida, la presencia de sangre en las manos, y el signo del espejo que es la salpicadura de sangre en el espejo ante el cual la víctima se hirió.

3. HERIDAS OCASIONADAS POR ARMAS DE FUEGO

“Las armas de fuego son instrumentos que disparan un proyectil por la acción de una carga explosiva u otro medio de impulso a través de un cilindro metálico. La presencia de un arma de fuego en el hogar se ha asociado con un mayor riesgo de suicidio entre los adultos en general, mujeres y adolescentes. Así como también se lo ha vinculado con un mayor riesgo de homicidios. Se conoce que el suicidio con arma de fuego en California en los años noventa ocupó el segundo lugar después de las muertes del corazón.”(Wintemute, 1999)

La deflagración es el término que se utiliza para el efecto que produce el estallido de la carga explosiva de la pólvora en el arma, es decir la pólvora cuando se deflagra produce una cantidad de gases y esto es lo que hace que la explosión

Las armas portátiles comprenden cuatro categorías: a) armas manuales, b) rifles, c) escopetas, d) ametralladoras

a) ARMAS MANUALES

Dentro de las armas manuales tenemos e al revolver, pistola, automática, y derringers. (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

- Revolver: el revolver es el arma manual más usada, denominada de esta manera porque posee un cilindro giratorio en cuyo interior se alojan las balas, constata de un cañón y la empuñadura que es de donde se sostiene el arma, constan de un gatillo.
- Pistola automática: carece cilindro, consta de un auto cargador, en donde se encuentra un muelle elástico de metal que es de donde salen los proyectiles , consta de un extractor cuya función es extraer el casquillo.
- Rifles: Son armas de cañón estriado, con una longitud del 16 pulgadas aproximadamente del cañón.
- Escopetas: Tienen un cañón liso y disparan perdigones, longitud mínima del cañón 18 pulgadas.
- Ametralladora: Tiene la capacidad de disparo completo automático completo.

“El calibre de un arma de fuego es considerado al diámetro interno del cañón medido de una cresta a otra. Mientras que la munición es el proyectil de las armas portátiles que consiste en: cartucho o casquillo, fulminante, pólvora o propulsor, bala.” (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

La bala o proyectil es la parte de la munición que abandona el cañón, cuando el arma es disparada. Consta de base, cuerpo, ojiva y nariz. Los proyectiles o balas modernas se dividen en dos tipos: de plomo y blindadas.

3.1. ASPECTOS DE BALISTICA

“Es la ciencia que estudia el movimiento de los proyectiles y hay dos tipos la balística interior que estudia el proyectil cuando está dentro del arma y la balística exterior que estudia la travesía del proyectil por el aire y su punto final.” (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

3.2. ASPECTOS TRAUMATOLOGICOS

Las heridas que producen los proyectiles disparados por armas de fuego pueden diferenciarse en heridas por proyectil simple o por proyectil compuesto. (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002).

Las heridas por proyectil simple produce una herida que consta de:

- Orificio de entrada
- Trayecto
- Orificio de salida

“El orificio de entrada: es circular cuando el proyectil integro incide perpendicularmente sobre la piel y alargado si entra en dirección oblicua.” (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

“El anillo de enjugamiento: circunda el orificio y tiene la forma de un reborde negruzco, se debe a la polvora y al lubricante que el proyectil arrastra a su paso por el cañón. Puede estar ausente cuando ha atravesado ropas.” (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

“El anillo de contusión: conocido como cintilla erosiva, es una zona de piel rojiza deprovista de epidermis, situada por fuera del anillo de enjugamiento. Se

produce por la fricción y el calor del proyectil sobre los bordes del orificio al penetrar en la piel.” (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

“Existen características especiales dependen de la distancia que media entre el arma y la víctima y permiten agrupar los orificios de entrada en : a) disparo de contacto, b) disparo de corta distancia, c) disparo de distancia intermedia, d) disparo de larga distancia y e) disparo de rebote.” (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

En lo que corresponde al suicidio es importante analizar los disparos de contacto o de corta distancia.

3.2.1. ORIFICIO POR DISPARO DE CONTACTO

Se produce cuando la boca de fuego del arma se sostiene contra la superficie de la piel en el momento del disparo.

Como describe Vargas Alvarado son característicos algunos signos. Como por ejemplo:

-“Signo de boca de mina: (HOFMANN): los bordes del orificio de entrada son en su mayoría regulares e invaginados (hacia adentro). Sin embargo, cuando la boca del cañón al efectuar el disparo se encontraba firmemente apoyada contra la piel en una región del cuerpo humano donde existe inmediatamente un plano óseo, los gases producidos por la deflagración de la pólvora chocan contra este y antes de que se produzca el orificio que permita su continuidad, hacen estallar la piel produciéndose un: orificio estrellado con bordes quemados depositándose negro de humo y granos de pólvora en su interior y en el plano óseo.” (Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

-“Signo del anillo de humo (BENASSI): es el anillo de ahumamiento producido alrededor del orificio de entrada, en el plano óseo, cuando el

disparo ha sido hecho con el arma aplicada contra el plano cutáneo. Se encuentra especialmente en los disparos suicidas efectuados sobre el cráneo. Su importancia radica que es signo de orificio de entrada y resiste la putrefacción.”

(Vargas Alvarado, Heridas ocasionadas por armas de fuego, 2002)

-“Signo de (PUPPE-WERKGARTNER): es la producción del contorno del la boca de fuego sobre la piel

4. PRECIPITACIÓN

“La precipitación es el resultado de la caída del cuerpo desde una superficie superior, que incluye la aceleración por la gravedad, dando lugar a una trayectoria de caída lineal, que conllevan a la muerte”. (Civantos Dr, 2005)

La precipitación pese a que no es un método muy común dentro del suicidio forma parte de este por lo que debemos analizarlo.

4.1 ETIOLOGIA

4.1.1 ACCIDENTAL: es la más común, casi siempre sucede como accidente laboral común dentro de la construcción.

4.1.2 SUICIDA: en los estudios realizados en la actualidad no es tan común.

4.1.3 HOMICIDA: “poco frecuente ya que se requiere una fuerza superior a la víctima. En la antigua Roma eran los romanos quienes practicaban este tipo de homicidios, ya que empujaban desde los puntos más altos a ancianos y a niños recién nacidos con malformaciones”. (Civantos Dr, 2005)

Por lo que es importante diferenciar un suicidio de un homicidio con ayuda y en base de la distancia al borde y la trayectoria del cuerpo, generalmente se ha observado que en el suicidio o en un accidente la víctima no toma impulso por

lo que la distancia al borde del cuerpo es corta, mientras que en el homicidio la distancia al borde es mayor.

4.2 LESIONES POR PRECIPITACIÓN

4.2.1 ÓSEAS: lesiones craneoencefálicas y vertebrales, luxaciones y fracturas cervicales, lesiones por compresión a nivel de la médula ósea. Se sufren fracturas a nivel de miembros inferiores y superiores, así también se ha observado lesiones a nivel del foramen magno, y acompañadas siempre de fracturas costales. (Civantos Dr, 2005)

4.2.2 VISCERALES: existe un estallido de las vísceras huecas como el estómago, la vesícula. Un aplastamiento a nivel hepático, y lesión a nivel del bazo lo que causa hemorragias internas.

4.2.3 PIEL: se notan excoriaciones, equimosis, heridas contusas e impactación de piedras a la piel. (Civantos Dr, 2005)

CAPITULO V

METODOLOGIA Y ESTADISTICA DE LOS DATOS RECOGIDOS EN EL DEPARTAMENTO MEDICO LEGAL DE LA POLICIA JUDICIAL (MORGUE DE LA POLICIA) 2008- 2012

Se realizó el estudio retrospectivo, observacional, descriptivos de todos los casos de suicidios en la provincia de Pichincha, en la ciudad de Quito en la Morgue de la Policía Judicial, ubicada en la Avenida Mariana de Jesús y Occidental. La información se obtuvo de protocolos de autopsia médico – legal.

Los criterios de inclusión es el diagnostico de suicidio.

Fueron excluidas las muertes por otras causas. Según estadísticas de la OMS la tasa de suicidios en el Ecuador en el año 2012, es de 13.1 por cada 100.000 habitantes.

El periodo de análisis para el proyecto es desde el año 2008 hasta el 2012. Netamente casuístico.

Las variables a analizar fueron:

- edad
- genero
- nivel de instrucción u ocupación
- agente causal (arma, soga, químicos, etc.)
- mes más común de suicidio

La estadística y el análisis de las variables estudiadas se realizó por medio del cálculo de estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas.

El método de análisis de datos fué el programa de ofimática: EXCEL, utilizando el paquete estadístico del programa, de igual manera se utilizara para los gráficos y procesamiento de los datos.

Se utilizó el método científico porque aplicamos la investigación la empírica y la medición de datos a través de un razonamiento lógico para generar un nuevo conocimiento científico.

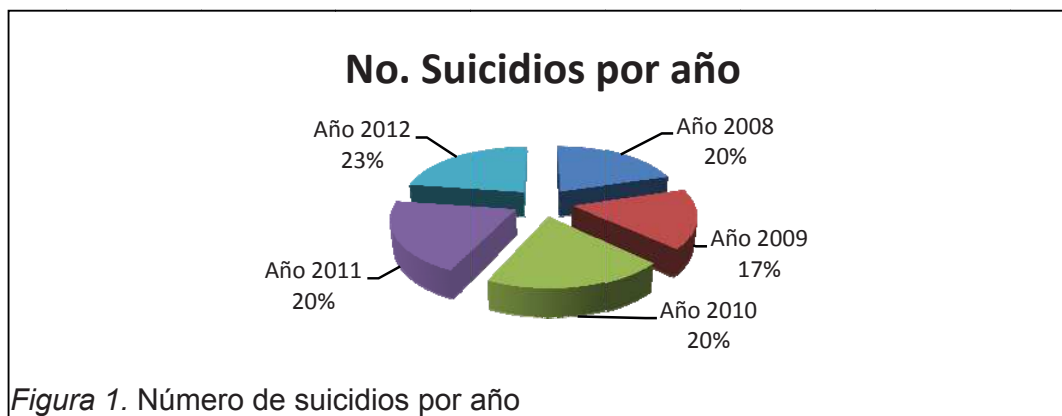
1.1 RESULTADOS

1) Número de suicidios por año

Tabla 1. Número de suicidios por año

Años	No. Suicidios	Porcentaje
Año 2008	179	20%
Año 2009	146	17%
Año 2010	176	20%
Año 2011	179	20%
Año 2012	200	23%
	880	100%

Adaptado de: Morgue Policía Nacional



Análisis.

De la información recopilada de la Morgue de la Policía Nacional durante los años 2008 al 2012, se puede observar que la mayoría de suicidios ha sido en el año 2012 equivalente al 23% del total, es decir 200 de 880.

2) Meses de más incidencia de suicidios

Tabla 2. Meses de más incidencia de suicidios

Años	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic
Año 2008	26	14	21	27	7	19	13	8	9	10	6	19
Año 2009	12	8	14	18	12	11	2	11	16	11	17	14
Año 2010	15	14	15	12	21	16	9	21	9	21	13	10
Año 2011	14	19	9	9	23	16	20	14	11	18	14	12
Año 2012	16	15	14	14	14	24	24	24	13	12	12	18
Total	83	70	73	80	77	86	68	78	58	72	62	73

Adaptado de: Morgue Policía Nacional

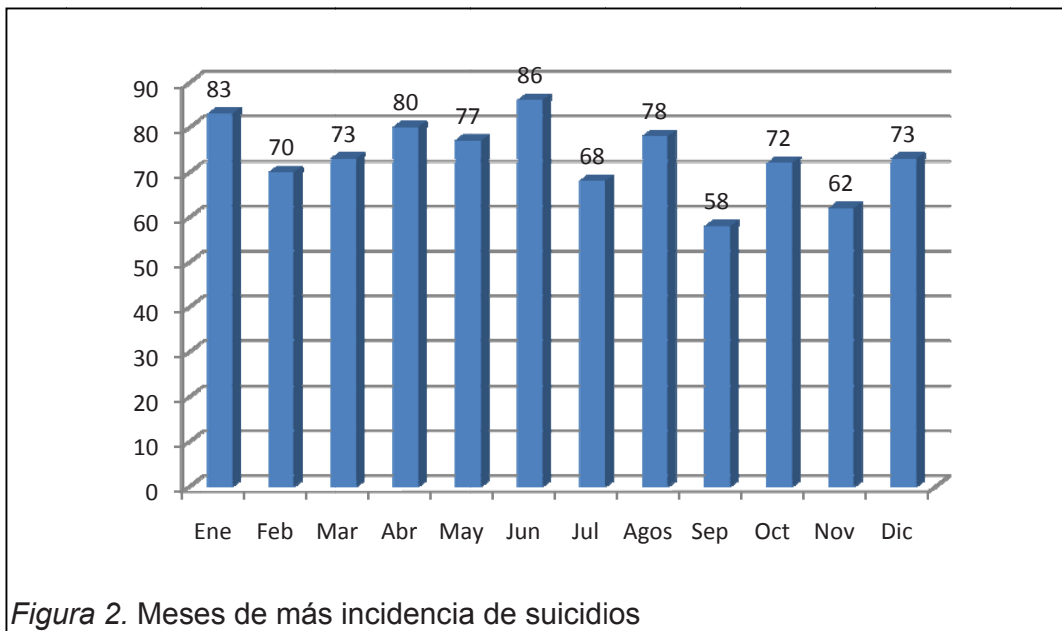


Figura 2. Meses de más incidencia de suicidios

Análisis

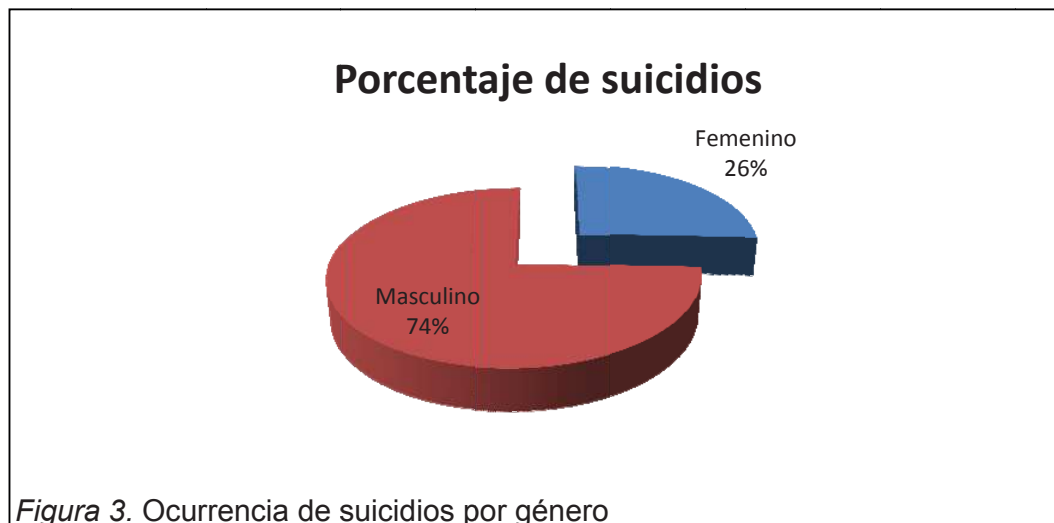
Los meses de mayor ocurrencia de suicidios son en el mes de Junio que representa el 10% del total, seguido del mes de Enero con el 9% del total

3) Ocurrencia de suicidios por género

Tabla 3. Ocurrencia de suicidios por género

Género	No. suicidios	Porcentaje
Femenino	226	26%
Masculino	654	74%
Total	880	100%

Adaptado de: Morgue Policía Nacional



Análisis.

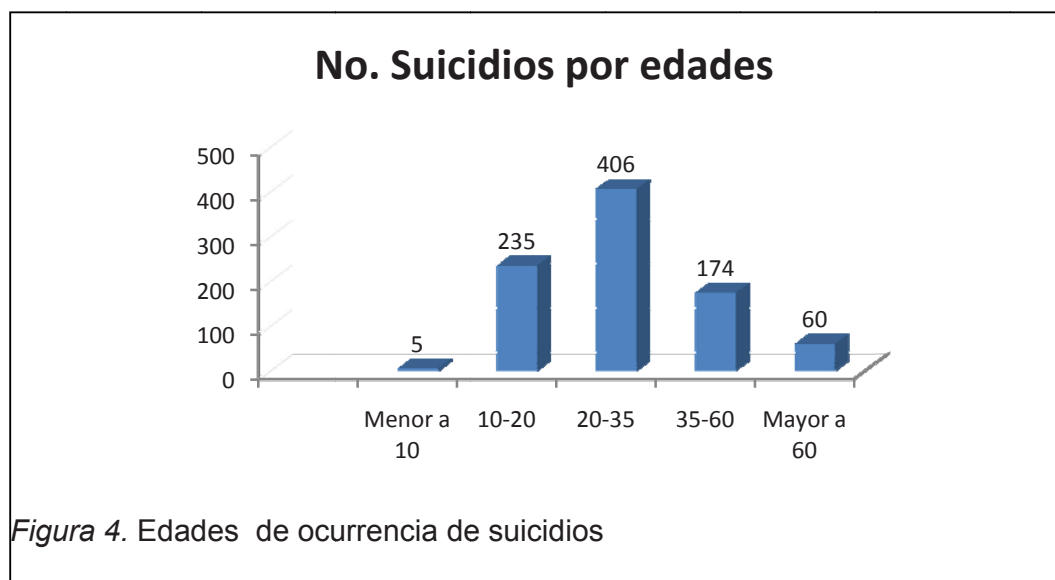
En relación a la información de la Policía Nacional, se observa que existe un mayor porcentaje de suicidios en el género masculino.

4) Edades de ocurrencia de suicidios

Tabla 4. Edades de ocurrencia de suicidios

Edades	No. Suicidios	Porcentaje
Menor a 10	5	1%
10-20	235	27%
20-35	406	46%
35-60	174	20%
Mayor a 60	60	7%
Total	880	100%

Adaptado de: Morgue Policía Nacional



Análisis.

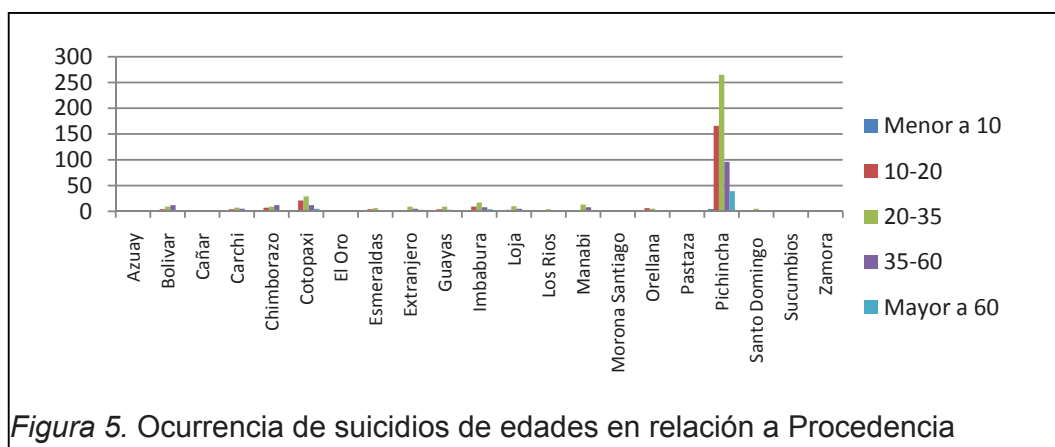
La edad de mayor ocurrencia de suicidios es la comprendida entre 20 a 35 años es decir en el adulto joven que representa un 46%, seguida de los adolescentes de 10 a 20 años que representa al 27% del total.

5) Ocurrencia de suicidios de edades en relación a Procedencia

Tabla. Ocurrencia de suicidios de edades en relación a Procedencia

Procedencia	Edad					Total
	Menor a 10	10-20	20-35	35-60	Mayor a 60	
Azuay	0	0	1	1	1	3
Bolívar	0	4	9	12	1	26
Cañar	0	0	0	0	1	1
Carchi	0	4	7	5	1	17
Chimborazo	0	7	9	12	0	28
Cotopaxi	0	21	29	12	5	67
El Oro	0	0	2	2	0	4
Esmeraldas	0	4	6	1	1	12
Extranjero	0	2	9	5	3	19
Guayas	0	4	9	3	1	17
Imbabura	0	9	17	8	4	38
Loja	0	3	10	5	2	20
Los Ríos	0	2	4	1	0	7
Manabí	0	2	13	8	1	24
Morona Santiago	0	1	2	0	0	3
Orellana	0	6	5	1	0	12
Pastaza	0	0	2	0	0	2
Pichincha	5	166	265	96	39	571
Santo Domingo	0	0	5	1	0	6
Sucumbíos	0	0	2	0	0	2
Zamora	0	0	0	1	0	1
Total	5	235	406	174	60	880

Adaptado de: Morgue Policía Nacional



Análisis

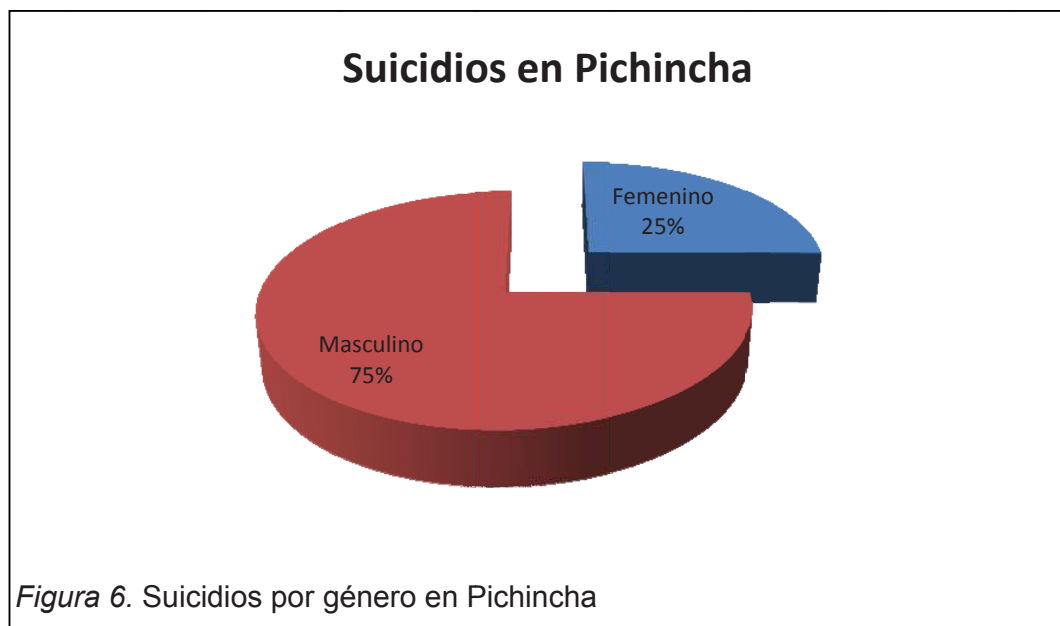
La mayor ocurrencia de suicidios es en La Provincia de Pichincha 571, que representa al 65% del total; seguida de la Provincia de Cotopaxi con 67 que representa al 8%.

6) Suicidios por género en Pichincha

Tabla 6. Suicidios por género en Pichincha

Genero	No. Suicidios	Porcentaje
Femenino	143	25%
Masculino	428	75%
	571	100%

Adaptado de: Morgue Policía Nacional



Análisis

En la Provincia de Pichincha existe un porcentaje mayor de suicidios en el género masculino.

7) Mecanismos de suicidios en relación a la edad

Tabla 7. Mecanismos de suicidios en relación a la edad

Mecanismo de suicidio	Edad					Total
	Menor a 10	10-20	20-35	35-60	Mayor a 60	
Ahorcadura	4	172	258	100	39	573
Arma blanca	0	0	3	2	0	5
Disparo	0	10	39	20	9	78
Incineración	0	0	1	0	0	1
Ingesta sustancia toxica	1	47	85	38	7	178
Precipitación	0	6	20	13	5	44
Sumersión	0	0	0	1	0	1
Total	5	235	406	174	60	880

Adaptado de: Morgue Policía Nacional

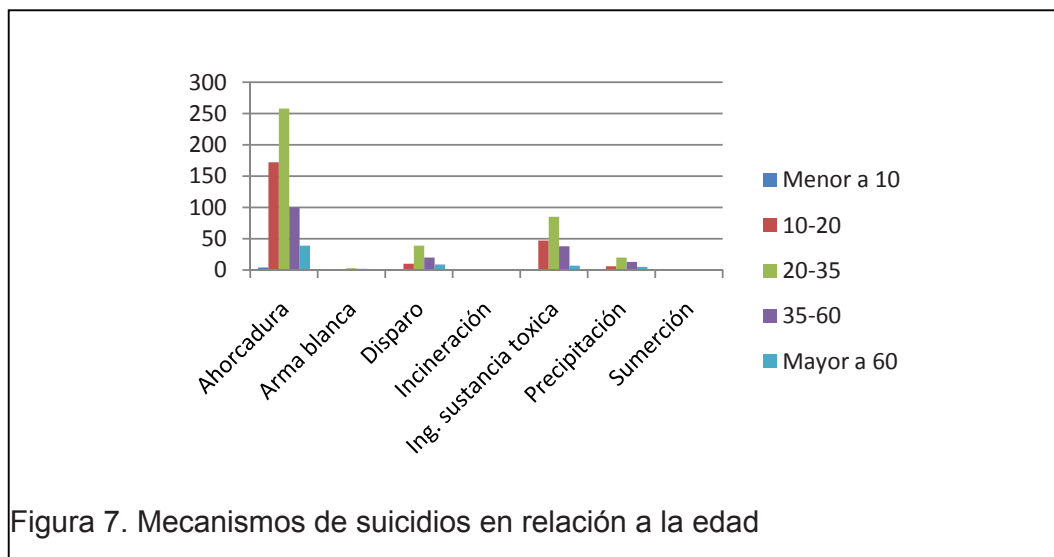


Figura 7. Mecanismos de suicidios en relación a la edad

Análisis

El mecanismo de suicidio de mayor ocurrencia es la ahorcadura en la edad de 20 a 35 años que representa al 29%, seguido de la ingesta de sustancia tóxica en el mismo rango de edad que representa al 10% del total.

8) Mecanismo de suicidio en relación al género

Tabla 8. Mecanismo de suicidio en relación al género

MECANISMO SUICIDIO	GENERO		Total
	femenino	masculino	
Ahorcadura	122	451	573
Arma blanca	1	4	5
Disparo	9	69	78
Incineración	0	1	1
Ing. sustancia toxica	84	94	178
Precipitación	10	34	44
sumerción	0	1	1
Total	226	654	880

Adaptado de: Morgue Policía Nacional

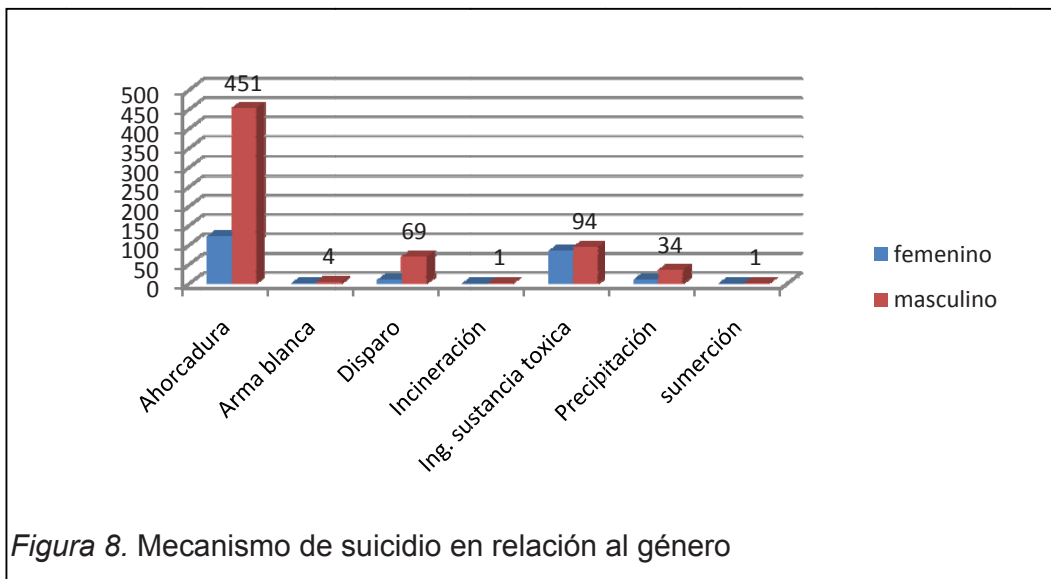


Figura 8. Mecanismo de suicidio en relación al género

Análisis

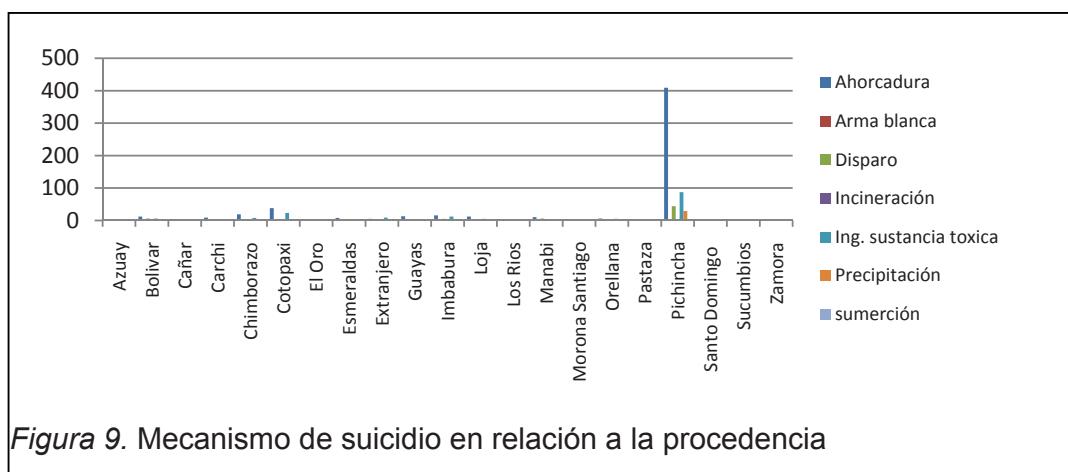
El mecanismo de suicidio de mayor ocurrencia es la ahorcadura en los hombres que corresponde al 51% del total.

9) Mecanismo de suicidio en relación a la procedencia

Tabla 9. Mecanismo de suicidio en relación a la procedencia

PROCEDENCIA	MECANISMO SUICIDIO							Total
	Ahorca dura	Arma blanca	Disparo	Incineración	Ing. sustancia toxica	Precipitación	Sumersión	
Azuay	3	0	0	0	0	0	0	3
Bolívar	12	1	6	0	6	1	0	26
Cañar	1	0	0	0	0	0	0	1
Carchi	9	0	4	0	4	0	0	17
Chimborazo	19	0	0	0	8	1	0	28
Cotopaxi	38	1	2	0	23	3	0	67
El Oro	4	0	0	0	0	0	0	4
Esmeraldas	8	0	1	0	3	0	0	12
Extranjero	5	0	3	0	9	2	0	19
Guayas	13	0	1	0	3	0	0	17
Imbabura	16	1	5	1	12	3	0	38
Loja	12	0	3	0	5	0	0	20
Los Ríos	3	0	0	0	2	2	0	7
Manabí	10	1	6	0	4	3	0	24
Morona Santiago	1	0	0	0	2	0	0	3
Orellana	6	0	1	0	5	0	0	12
Pastaza	1	0	0	0	1	0	0	2
Pichincha	409	1	44	0	87	29	1	571
Santo Domingo	1	0	2	0	3	0	0	6
Sucumbíos	1	0	0	0	1	0	0	2
Zamora	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	573	5	78	1	178	44	1	880

Adaptado de: Morgue Policía Nacional



Análisis

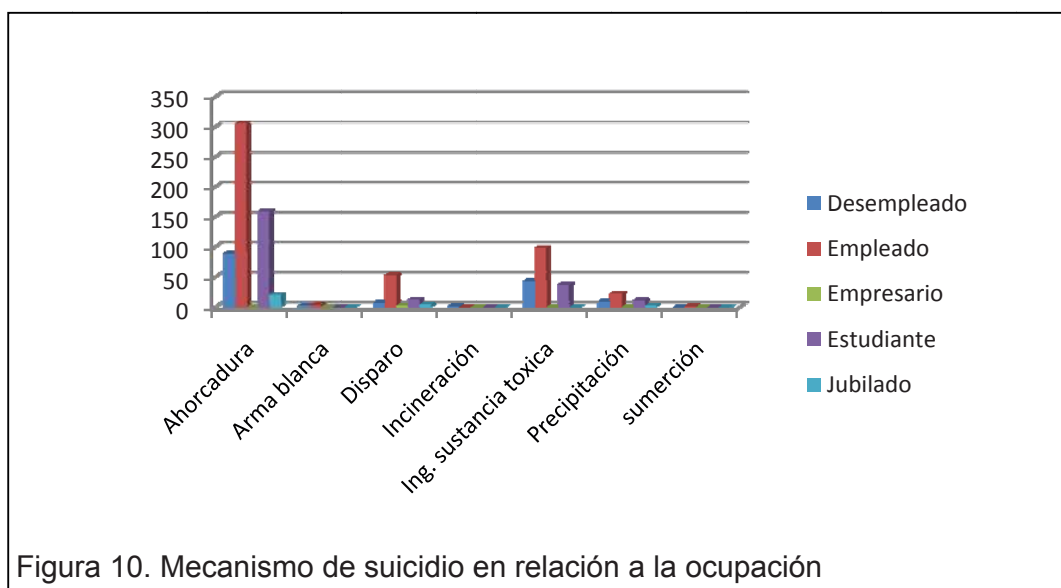
El mecanismo de suicidio de mayor ocurrencia es la ahorcadura en la Provincia de Pichincha que representa al 46% del total.

10) Mecanismo de suicidio en relación a la ocupación

Tabla 10. Mecanismo de suicidio en relación a la ocupación

MECANISMO DE SUICIDIO	OCUPACIÓN					Total
	Desempleado	Empleado	Empresario	Estudiante	Jubilado	
Ahorcadura	89	305	0	159	20	573
Arma blanca	2	3	0	0	0	5
Disparo	7	53	2	12	4	78
Incineración	1	0	0	0	0	1
Ing. sustancia toxica	43	98	0	37	0	178
Precipitación	9	22	0	11	2	44
sumersión	0	1	0	0	0	1
Total	151	482	2	219	26	880

Fuente: Morgue Policía Nacional



Análisis

El mecanismo de suicidio de mayor ocurrencia es la ahorcadura en los empleados que representa al 35%, seguido de los estudiantes que representa al 18% del total.

CONCLUSIONES

El suicidio es un problema grave de salud y un problema social para los gobiernos de todos los países. Se sabe que el suicidio es una de las causas de muerte más comunes a nivel mundial, y mucho más en la actualidad donde se ha visto un incremento de manera particular, pues se cree que ha alcanzado los primeros lugares dentro de las causas de mortalidad.

El suicidio es un problema social que ataca a las diversas culturas sin respetar género, edad, religión, ni nivel socioeconómico. El suicidio siempre ha sido mal visto por la sociedad por lo que muchas veces es ocultado por las familias de las víctimas para no ser estigmatizadas ni juzgadas de manera personal.

Existen diversos paradigmas sociales que en relación al suicidio marcan a nuestra sociedad, por ejemplo la salud mental es uno de los detonantes principales de suicidio pero no es tratada debidamente y a tiempo por una serie de condicionantes sociales en donde se juzga al enfermo o se lo cataloga como "loco" al asistir a terapias con Psiquiatras dejándolo desprotegido y vulnerable y siendo más propenso al suicidio.

Tras la elaboración y análisis del proyecto se ha podido comprobar de manera empírica y a partir de un análisis de datos tomado de los casos ocurridos de suicidio en la Morgue de la Policía Nacional con un rango del 2008 al 2012. Se puede concluir que:

- Existieron alrededor de 880 casos de suicidio en los 5 años de estudio que representan al 100 %. El año 2008 tuvo 179 casos (20%), el 2009, 146 casos (17%), 2010 marco 176 casos (20%), 2011 hubieron 179 casos (20%) y finalmente el año 2012 con 200 casos con un 23 %. Con estos datos se puede concluir que las incidencias se mantienen a lo largo de los años y se nota un leve incremento actualmente.

- Los meses más comunes de suicidio en los cinco años son Junio con 86 casos que representa el 10 % seguido de Enero con un 9 %.
- Género: el género más afectado es el masculino con 654 casos que representa el 74%, frente al femenino con 226 casos que representa el 26%. Se cree que esta incidencia es mayor en el género masculino por que los hombre una vez tomada la decisión es llevado el plan a ejecución, mientras que el género femenino tiene una incidencia alta en intentos auto líticos, que muchas veces no se consuman por que solamente buscan llamar la atención.
- Edad: el rango más común en el estudio fue de 20 a 35 años con 406 casos seguido por las edades de 10 a 20 años con 235 casos.
- Mecanismo de suicidio: el mecanismo de suicidio va de la mano con los dos géneros , en donde la ahorcadura se lleva el primer lugar con 573 casos, seguido por la ingesta de sustancias toxicas con 178 casos, el disparo con armas de fuego constato 78 casos, la precipitación tuvo un numero de 44 casos, en penúltimo lugar se encuentran las heridas por arma blanca con un numero de 5 casos. Finalmente se encuentran la incineración y la sumersión con un caso cada uno.
- Ocurrencia de suicidios en relación a la procedencia: como era de esperarse la mayoría de casos de suicidio fueron víctimas provenientes de la provincia de Pichincha con 571 casos, seguido por Cotopaxi con 67 casos, e Imbabura con 38 casos. Esta variable muestra que existe una relación de suicidio y la migración hacia la ciudad central del país.
- Ocupación: dentro de esta variable se observó que el suicidio tenía una ocurrencia más fuerte entre las personas que se encontraban con empleo con 482 casos, para los desempleados 151 casos, los estudiantes obtuvieron 219 casos, y los jubilados 26 casos.

- Estado civil: la mayoría de individuos estaban solteros seguidos por casados y en unión libre y finalmente están los viudos.

A lo largo del estudio se pudo identificar un vínculo muy fuerte entre el consumo de alcohol y drogas con el incremento de iniciativas suicidas que en la mayoría de los casos no quedo solamente en una ideación suicida sino que esta se materializo.

RECOMENDACIONES

La demanda frente a este grupo de situaciones sociales como es el suicidio, debería implementar planes de prevención y auto ayuda como sería los clubs, la educación a nivel de planteles, la ayuda psicológica.

Otra manera de vigilancia sería que el Gobierno tenga en cuenta a las poblaciones más susceptibles y la vigilancia cercana del desempleo, la violencia intra familiar, violencia infantil, la migración, el alcoholismo y la drogadicción

De igual manera se debería reportar los intentos de suicidios en hospitales públicos y privados, escuelas, centros de detención y rehabilitación de adictos. Otro punto fuerte y de alto nivel de acogida son los niños y adolescentes por lo que se debería entrelazar charlas de prevención del suicidio, así también acerca de autoestima, embarazo y problemas de adicción

El seguimiento de las personas con intentos autolíticos para prevenir muertes prematuras.

Los métodos de suicidio como la ahorcadura, la ingesta de sustancias, y los disparos deberían ser prevenibles bajo la vigilancia de obtención de estos materiales. Por ejemplo la venta de medicamentos solamente bajo la prescripción de un médico y con receta, de igual manera se deberá control la compra y venta de armas de fuego.

REFERENCIAS

Adicciones, 2002.Vol 14 Numero 1.Pagina 57/64

Civantos Dr, G. T. (2005). *Inx.futuremedicos.com/legal9*. Obtenido de [www.http://www.google.com.ec/Inx.futuremedicos.com/%2FFormacion_pr_egrado%2FApuntes%2FArchivos%2Falumnos%2Fsexto%2FLegal_2004-2005%2FLegal9-2005-Lesiones_precipitacion_caida.doc&ei=pgBA](http://www.google.com.ec/Inx.futuremedicos.com/%2FFormacion_pr_egrado%2FApuntes%2FArchivos%2Falumnos%2Fsexto%2FLegal_2004-2005%2FLegal9-2005-Lesiones_precipitacion_caida.doc&ei=pgBA)

Con autorización DF Reinert, GP, Allen: Alcoholism: Clinical& experimental research 26: 272, 2002.

Daniel H Bando, A. R. (2012). suicide rates and income in Sao Paulo and Brazil: a temporal and Spatial epidemiologic analysis from 1996 to 2008. *BMC Psychiatry*, 12, 127.

Diagnostic and Statical Manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

Enrique Aguilar, P. G. (2013). *TRATAMIENTO INTEGRAL CON ENFASIS EN ATENCION PRIMARIO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DEL ADULTO*. QUITO: HEALTH.

Forenses, A. A. (12 de Agosto de 2014). *Cuadernos de Medicina Forense*. Obtenido de <http://www.cuadernosdemedicinaforense.es/revistasanteriores/cmf001/CMF%20001.pdf>

Garen Wintemute J., M. M. (1999). Mortality among Recent Purchasers of Handguns. *New England Journal Of Medicine*, 341, 1583- 1589.

George Winokur, M. a. (1992). Suicide - What can be done? *New England Journal of Medicine*, 490-491.

Gutierrez-Rojas, J. D.-G. (2006). EFECTOS DEL CANNABIS SOBRE LA SALUD MENTAL EN JOVENES CONSUMIDORES. *REV MED UNIV NAVARRA/ VOL 50, N° 1, 3-10*.

Jack Mendelson, N. M. (2009). Cocaína y Otras drogas comunes. En *HARRISON, PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* (págs. 2733- 2735). MEXICO: Mc Graw Hill.

JOSE LUIS PACHECO, F. P. (s.f.). *PSICOLOGIA JURIDICA*. Obtenido de <http://psicologiajuridica.org/psj188.html>

- Lizasoain, I., & Moro, M. A. (2002). Cocaína aspectos farmacológicos. *REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID*, 57-64.
- Maturana, A. (2011). CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 97-112.
- Negre Muñoz, M., & Orozco Gomez, M. (ENERO- MARZO de 2013). *UNIVERSITAT DE VALENCIA*. Obtenido de http://www.uv.es/gicf/4Ar5_Negre_GICF_06.pdf
- Reus, V. I. (2009). Trastornos Mentales. En *HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* (pág. 2710). Mexico: Mc Gra Hill.
- Salud, C. N. (2007). Indicadores Basicos de salud. *MSP*, 8.
- Salud, O. M. (2004). *Prevention suicide. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country*. Washington.
- Schuckit, M. (2009). Alcohol y alcoholismo. En *HARRISON, PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* (págs. 2724 - 2729). MEXICO: Mc Graw Hill.
- Sola, M. (DICIEMBRE de 2011). SOCIODEMOGRAFÍA DEL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN EN ARGENTINA 1999-2007. *REVISTA ARGENTINA DE SALUD PUBLICA*, 2(9), 18- 23.
- Solano, E. (2008). ASFIXIAS MECANICAS. *Medicina Legal de Costa Rica*, Vol 25 (2).
- V., M. J. (1999). The neurobiology of suicide risk. *Suppl 2*, 7-11.
- Valdivia, M. (2006). ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SUICIDA. En M. I. Mario Valdivia, *PSIQUIATRIA DEL ADOLESCENTE* (págs. 351- 364). SANTIAGO: Mediterraneo.
- Vanistendael S, L. J. (2002). la felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en si mismos: construir la resiliencia. barcelona.
- Vargas Alvarado, E. (2002). Asfixias Mecánicas. En E. Vargas Alvarado, *MEDICINA LEGAL* (págs. 174- 188). Mexico: Trillas.
- Vargas Alvarado, E. (2002). Heridas ocasionadas por armas de fuego. En E. Vargas Alvarado, *MEDICINA LEGAL* (págs. 198- 215). MEXICO: Trillas.
- Wintemute, G. (1999). la mortalidad entre los compradores recientes de pistolas. *N Engl J Med*, 1583- 1589.

ANEXOS

GUIA DE PREVENCIÓN PARA EL SUICIDIO



PRESENTACIÓN

- El suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial. Cada año se suicida casi un millón de personas.
- Afecta a miles de personas en todo el mundo, sin importar el género, la edad, su raza, ni su nivel socioeconómico.
- Se estima que hay 10 a 40 intentos de suicidio no fatales por cada suicidio completado. Este número se incrementa a 100 a 200 para los adolescentes.
- Esta guía pretende abordar aspectos importantes como la salud mental, problemas de autoestima, problemas de alcohol y drogas. Para tratar de evitar trastornos depresivos en adolescentes.



OBJETIVOS

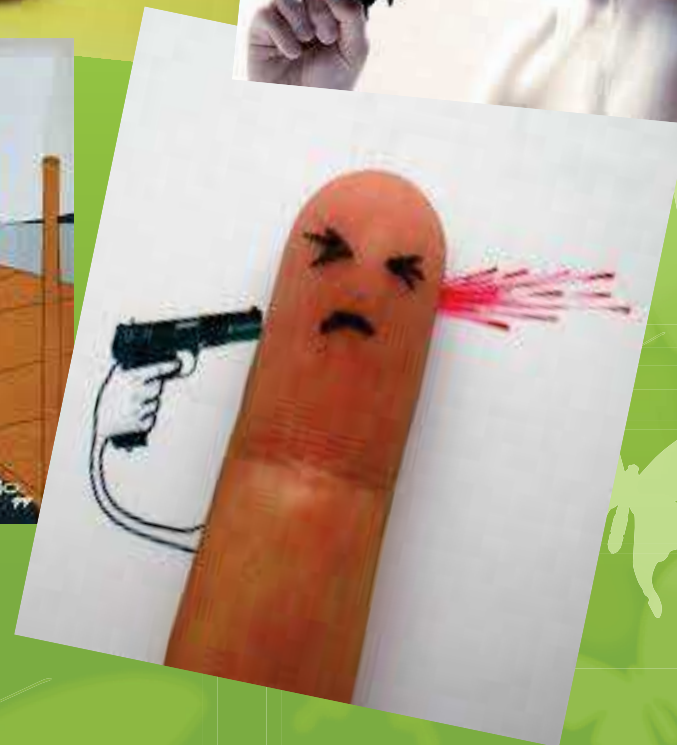
**Ese niño
necesita
terapia**



La presente guía tiene como fin tres objetivos :

- 1. Brindar un conocimiento claro y practico para padres, madres, educadores y adolescentes sobre el suicidio, la depresión y los efectos del alcohol y las drogas.**
- 2. Identificar señales de alerta que nos pueden guiar hacia intentos auto líticos con el fin de prevenirlos.**
- 3. Buscar ayuda medica si es que se requiere, sin manterce debajo del estigma de la sociedad que la salud mental nos pone como "locos" al buscar ayuda Psiquiatrica.**

Suicidio e ideación suicida



IDEACION SUICIDA

Se la define como los pensamientos a cerca de quitarse o terminar con la vida. Sus cifras son muy difíciles de determinar, sin embargo mediante estudios tentativos se estima entre el 12 – 25 % en la población adolescente.

La ideación se puede aseverar en pensamientos tales como : “ no vale la pena seguir viviendo”, “dormir para siempre”, “ la vida no tiene sentido”, etc.

INTENTO DE SUICIDIO

El intento de suicidio se define como la conducta o acto que se ejecuta intencionadamente para causarse daño y quitarse la vida sin lograr este objetivo.

El intento de suicidio es un fenómeno mucho más frecuente en población femenina

SUICIDIO

Es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte

FACTORES DE RIESGO

PERSONALES
FAMILIARES
PSIQUIATRICOS
FISICAS
SOCIOAMBIENTALES



PERSONALES:

GENERO: los intentos de suicidio se vinculan fuertemente al género femenino, sin embargo el suicidio consumado es más frecuente entre los varones.

EDAD: existe un claro incremento de la conducta suicida con la llegada de la adolescencia, de hecho el intento de suicidio es muy raro antes de los 10 a 12 años.
La dependencia, el control, y la protección de este grupo de edad por sus padres o por el núcleo familiar está ligada a un menor índice de intento de suicidio.

PATOLOGIA PSIQUIATRICA :

LA DEPRESION

Está implicada en más de la mitad de intentos de suicidio. Puede suceder por factores sociales, como discordias matrimoniales, infelicidad o ruptura de relaciones amorosas, disputas con los padres (en jóvenes) y duelos recientes.

Los trastornos depresivos en general están presentes entre el 40 % y el 80% de los intentadores



FACTORES BIOLOGICOS

El suicidio ha sido asociado a bajos niveles de ácido hidroxindolacético en el líquido céfalo raquídeo así como la alteración en los sitios de unión de serotonina en la corteza pre frontal y disminución de los sitios de unión de imipremina en plaquetas.

ENFERMEDADES FISICAS

Es común cuadros crónicos como la epilepsia, o enfermedades degenerativas. Así también enfermedades como el cáncer, VIH.

FACTORES FAMILIARES

ASOCIADOS CON:

❑ INTENTOS DE SUICIDIO O SUICIDIOS CONSUMADOS EN MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Heredabilidad de ciertos rasgos o patologías que predisponen al suicidio, como un modelo a imitar, en especial dentro de los familiares de primer grado.

❑ PRESENCIA DE MALTRATO INFANTIL

Maltrato infantil físico, psicológico y el abuso sexual.

❑ FAMILIAS DISFUNCIONALES

Discordia familiar, por la ausencia de uno de los padres, o separación, o malos mecanismos de comunicación familiar.

Qué comportamiento presenta una persona que quiere suicidarse?

La persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento habitual.

Entre estos cambios podemos encontrar:

Tristeza

Ideas de suicidio

Escribir notas de despedida

Entrega de posesiones valiosas

Aislamiento

Incremento de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas

Presencia de trastornos del sueño y del apetito.

MOTIVACION O FINALIDAD

Frecuentemente el deseo de dejar de vivir es el motivo para tratar de huir de situaciones negativas así como también una manera de llamar la atención evitar castigos o chantajear a la familia

Estos son:

- **Terminar la vida**
- **Resolver problemas**
- **Evitar situación negativa**
- **Modificar situaciones familiares**
- **Llamar la atención**
- **Castigar personas**

DEPRESION

Cómo detectarla

Según el doctor Werner tanto padres como profesores deben estar atentos y vigilantes frente a los siguientes síntomas del niño:



- Está continuamente triste, llora con más facilidad.
- Pierde el interés por los juegos preferidos y por la escuela.
- Se aleja de sus amigos y de la familia.
- Presenta una comunicación pobre.
- Se aburre y cansa con facilidad.
- Presenta menos energía y concentración.
- Se siente irritable y sensible frente a pequeñas frustraciones, haciendo rabietas y berrinches con más facilidad.
- Se le nota extremadamente sensible frente al rechazo y el fracaso.
- Expresan baja autoestima, depreciándose a ellos mismos.
- Elige finales tristes para sus cuentos y representaciones.
- Se comporta de una manera agresiva.
- Se queja constantemente de dolores tanto de cabeza como de estómago.
- Duermes demasiado o muy poco.
- Come demasiado o muy poco.
- Sufre una regresión hablando como un bebé u orinándose en la cama.
- Habla de suicidio.
- Habla de escaparse de la casa.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

- **Síntomas interpersonales**
 - **Aislamiento**
 - **Disminución del interés por los otros**
(Funcionamiento interpersonal buen predictor del curso)
- **Síntomas físicos**
 - **Alteración del sueño (insomnio o hipersomnio)**
 - **Alteración del apetito (disminución o aumento)**
 - **Fatiga**
 - **Disminución de actividad y deseo sexuales**
 - **Molestias corporales (dolores de cabeza o espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento)**
 - **Sensación de inestabilidad, mareos**

TRATAMIENTO PARA LA DEPRESION

Ejercicio físico

- El ejercicio físico puede reducir la depresión ligera o moderada y, en muchos casos, resulta tan efectivo como la psicoterapia o incluso los fármacos antidepresivos. El ejercicio físico produce *endorfinas* en el cerebro, causa de una sensación de bienestar.



SOPOORTE SOCIAL

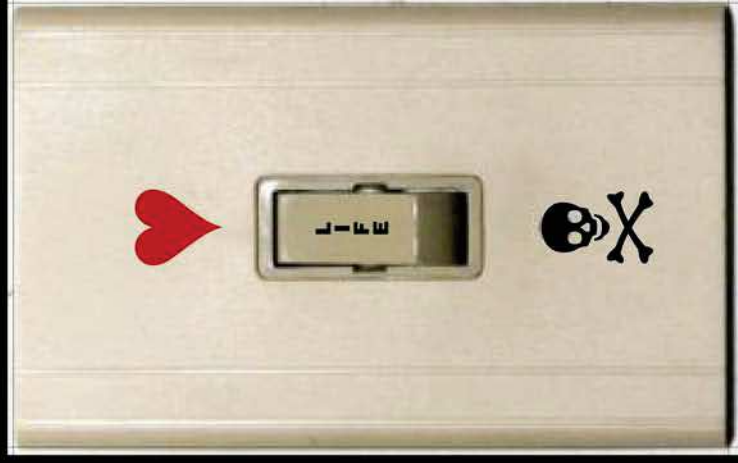


- El soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo.
- Si usted como familiar o amigo puede entender lo que le pasa a la persona deprimida, podrá ayudarla y dejará de sentirse frustrado.

LA DEPRESION ES UNA ENFERMEDAD LA CUAL LA PODEMOS PADECER TODOS, TIENE TRATAMIENTO Y SIEMPRE PUEDES ENCONTRAR AYUDA

NO al suicidio

Prende tu vida, no la apagues.



ALCOHOL Y DROGAS GRANDES ENEMIGOS



Vamos, te invito una copa...



¿Aumenta el uso de alcohol y otras drogas el riesgo de suicidio?

El abuso de alcohol o de otras drogas se asocia con mayor riesgo de suicidio. Este abuso suele ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, a tener mayor número de problemas sociales y económicos, y entre personas con conductas de alto riesgo que pueden resultar con frecuencia en lesiones.

ALCOHOL Y DROGAS

Un 80 % de las personas han consumido alcohol o algún tipo de droga en algún momento de su vida. El uso del alcohol, y drogas ilegales es una conducta cada vez más frecuente y de inicio temprano.

Este tipo de comportamiento se lo ha visto asociado con ciertas conductas de riesgo como violencia actividad sexual, perdida escolar, etc

ADOLESCENTE= VULNERABILIDAD

La adolescencia es un periodo de vulnerabilidad en donde el joven experimenta una serie de cambios que influirán para su vida futura.

En este periodo es en donde se juega un papel importante los valores, los intereses y el comportamiento del adulto guía.

Así también la identidad del adolescente es un experimento con el medio social para su desarrollo emocional y su comportamiento, por lo que en esta etapa el joven trata de independizarse de sus padres.

Se conoce que la última estructura en desarrollarse en el adolescente es la corteza pre frontal que es la encargada del juicio, planificación y toma de decisiones. Esto nos ayuda a explicar porque los adolescentes son más vulnerables al abuso de drogas y un problema de adicción en su vida adulta.

La necesidad intergrupala es la necesidad del adolescente de pertenecer a un grupo con fines comunes de esta manera el joven se sentirá integrado a la sociedad. Y correrá el riesgo de prácticas poco usuales para en su niñez como el consumo de estas sustancias, para mantenerse dentro de un grupo y con mayor aceptación.

Otra forma muy común es que el adolescente tenga una mayor susceptibilidad frente a las presiones del entorno, es cuando el adolescente es sensible por ejemplo a campañas de publicidad para asociar el consumo de drogas y de alcohol en donde incitan al adolescente a probarlas.

El adolescente la mayoría del tiempo se ve expuesto al aburrimiento por lo que buscara conductas compulsivas, excitantes y de placer inmediato para terminar con la monotonía.

Presentismo= SOLO VIVO EL HOY Y EL AHORA!!

Esta nueva tendencia que ga sido aplicada por la mayoría de adolescentes ah dejado significantes problemas para la sociedad como el hecho de involucrarse con drogas, la anorexia, la bulimia, el embarazo precoz e incluso el suicidio

▪



**Mantente lejos de estos
enemigos, dile si a la vida dile
si al progreso y olvidate de los
vicios.**

Si estas



No busques
ayuda en :



Busca
ayuda
en un:



Y trata de sonreír
siempre, ya que
esta es la mejor
medicina.



Datos importantes

- ❖ La mayoría de las personas que cometen suicidio han dado indicaciones verbales o lo han expresado por medio de la modificación de su conducta.
- ❖ Tienen un sentido de ambivalencia acerca de la vida y la muerte. No desean la muerte, pero prefieren no seguir viviendo bajo las circunstancias presentes.
- ❖ La mayoría de las personas suicidas lo son sólo por un corto período de tiempo.
- ❖ El suicidio ocurre en todas las clases sociales.
- ❖ Los suicidas podrán ser muy infelices, pero no son enfermos mentales.
- ❖ Tres de cada cinco mujeres intentan el suicidio, pero los hombres tienen de tres a cinco veces más probabilidad de lograr el suicidio.
- ❖ Aunque las tendencias suicidas no se pueden rastrear genéticamente, las tendencias suicidas aparecen más en unas familias que en otras.

- ❖ **Aun cuando la depresión se asocia generalmente con el suicidio, hay muchas otras emociones que pueden estar relacionadas con el suicidio, tales como la venganza y la ira.**
- ❖ **El suicidio y el uso del alcohol están estrechamente relacionados.**
- ❖ **El pedir que alguien exprese su opinión sobre el suicidio debe ser un motivo de preocupación y puede ser un factor importante para prevenirlo.**
- ❖ **Los casos de suicidio aumentan con la edad y son muy altos en los ancianos.**
- ❖ **Las mujeres usan con más probabilidad las armas que las drogas para suicidarse.**

CONCLUSIONES

Ahora que conocemos un poco mas acerca del suicidio podemos concluir que:

- **Es una enfermedad que ataca sin medir edad, género, cultura, ni razón social.**
- **Se lo puede prevenir**
- **La salud mental es de gran importancia y todos deberíamos preocuparnos por ella**
- **Los padres de familia, docentes y amigos podemos detectar síntomas y signos de depresión en un allegado**



BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Salud, O. M. (2004). Prevention suicide. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. Washington.
- 2.-Maturana, A. (2011). CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES. REV. MED. CLIN. CONDES, 97-112.
- 3.- L. Gutierrez-Rojas, J. D.-G. (2006). EFECTOS DEL CANNABIS SOBRE LA SALUD MENTAL EN JOVENES CONSUMIDORES. REV MED UNIV NAVARRA/ VOL 50, N° 1, 3-10.
- 4.- P, M. V. (2006). ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SUICIDA. En M. I. Mario Valdivia P, PSIQUIATRIA DEL ADOLESCENTE (págs. 351- 364). SANTIAGO: Mediterraneo.