



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

**LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. SUICIDIO CRÓNICO:
ALCOHOLISMO
Y RAPS4-PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DE
PROBLEMAS DEL ALCOHOL**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN:
TANATOLOGÍA

PRESENTA:
GLORIA VALENTINA MORALES LAVIN

ASESOR:
DR. JESÚS QUEZADA GARCÍA



MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2008

Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia , A.C.

México, D. F. a 20 de noviembre de 2008

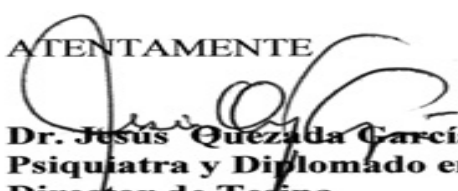
Dr. Alfonso Reyes Zubiría
Coordinador del Diplomado en
Tanatología
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó
La Mtra. en Psicología : GLORIA VALENTINA MORALES LAVIN,
Integrante de la Generación 2007-2008.

El nombre de la tesina es:

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. SUICIDIO CRONICO: ALCOHOLISMO

ATENTAMENTE



Dr. Jesús Quezada García
Psiquiatra y Diplomado en Tanatología
Director de Tesina

RECONOCIMIENTOS:

PARA MI AMADA MADRE ISABEL LAVIN VDA DE MORALES “CHABELITA”, MI INMENSO E INTENSO AMOR Y ADMIRACION POR SER ELLA COMO ERA, POR SU AMOR, VALIOSO APOYO, AYUDA INVALUABLE, LEALTAD Y FIDELIDAD. Y A MI QUERIDO Y ADMIRADO PADRE LIC. Y CORONEL HEBERTO MORALES LUIS, TIO ANDRES MORALES HENESTROSA, MI TIA CARMELITA, POR SU CARIÑO Y CAMINOS APRENDIDOS. (Q.E.P.D. (N)., EN LA VIDA ETERNA)

“LUCHAR, ACTUAR Y REALIZAR
POR EL INAGOTABLE CAMINO
HACIA LA VERDAD EN LA VIDA”
G.V.M.L., 1973
GLORIA VALENTINA MORALES LAVIN

“LA INTERRELACION DE LOS
FACTORES: PODER, QUERER
Y SABER, INTEGRADOS, LO-
GRAN REALIZACIONES”
GV.M.L.,1989

LA EVALUACION DE LO QUE SE
PIENSA Y CREA ES EN UN
AHORA DE FORMA INTENSA Y
PROFUNDA
G.V.M.L., 1981

LOS VALORES MAS
SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA
ES LA SALUD INTEGRAL Y
EL AMOR
G.V.M.L., 2008

PARA MIS QUERIDOS HERMANOS:
HEGDDA MORALES DE MOBAYED, HEBERTO Y HEBE MORALES LAVIN
POR SU APOYO Y CARIÑO

PARA MIS QUERIDOS SOBRINOS:
AMADO AHIJADO WAHIB ANTONIO, SUAD Y SIRY MOBAYED MORALES
NASHIELI, ALBERTO, MARCO, ANGEL, GUSTAVO, MARTA, ADRIANA,
POR SU APOYO Y CARIÑO

RECONOCIMIENTOS:

PARA MI ADMIRADO Y QUERIDO AMIGO: DR. LUIS ARTURO RIVAS TOVAR POR SU AYUDA Y CARIÑO Y MI AMIGA JUANITA TOVAR (Q.E.P.D)

PARA MIS MAESTROS: EL DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE Y PARA EL DR. ALFONSO REYES ZUBIRIA POR LA APORTACION DE SUS CONOCIMIENTOS Y APOYO

PARA EL ASESOR DE MI TESINA: DR. JESUS QUEZADA GARCIA, POR SU APOYO

PARA MIS COMPAÑERAS DEL DIPLOMADO Y AMIGAS (OS) MI ESTIMACION

PARA MARINA LOBO, ¡ GRACIAS POR SU TOLERANCIA Y APOYO ¡

INDICE

LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. SUICIDIO CRÓNICO: ALCOHOLISMO Y
RAPS4 – (RAPID ALCOHOL PROBLEMS SCREEN)

•	OBJETIVO GENERAL	5
•	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
•	JUSTIFICACION	6
I.	INTRODUCCIÓN	8
II.	DEFINICIONES	11
III.	LA PREVENCION DEL SUICIDIO (OMS)	
	1. LA CARGA DEL SUICIDIO	13
	2. EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES:	13
	*Trastornos del estado de ánimo	
	*Alcoholismo	
	* Esquizofrenía	
	*Trastornos de la Personalidad	
	*Trastornos de la Ansiedad	
	3. EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS FISICOS:	16
	*Enfermedades Neurológicas	
	* Neoplasmas	
	* VIH/SIDA	
	*Otras Condiciones	
	4. EL SUICIDIO Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:	17

	*Sexo	
	*Edad	
	*Estado Civil	
	*Ocupación	
	*Desempleo	
	*Residencia rural/urbana	
	*Migración	
	*Otros	
5.	¿CÓMO IDENTIFICAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA?	18
	*¿Cómo preguntar?	
	*¿Cuándo preguntar?	
	* Preguntas adicionales	
6.	MANEJO DE PACIENTES SUICIDAS	20
	*Obtención de apoyo	
	*Contratación	
	*Remisión al Especialista	
7.	RESUMEN DE LOSPASOS EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	23
IV.	AMTAC (ASOCIACION MEXICANA DE TANATOLOGIA)	25
	1. DEFINICION DEL SUICIDIO	25
	2. PERFIL DEL SUICIDA	25
	3.MOMENTOS DEL SUICIDIO	25
	4.LOS MOMENTOS DEL TANATÓLOGO	26
V.	SUICIDIO CRONICO	28

VI.	ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD PRIMARIA	29
1.	LOS ESTUDIOS GENETICOS	29
1.1.	LOS ESTUDIOS EN GEMELOS	29
1.2.	LOS ESTUDIOS EN ADOPCION	29
2.	MARCADORES BIOLÓGICOS	31
2.1.	MARCADORES BIOQUÍMICOS	31
2.2.	MARCADORES ELECTROFISIOLÓGICOS	31
2.3.	RESPUESTA AL ALCOHOL	32
3.	LOS ESTUDIOS NEUROBIOQUÍMICOS	32
4.	DEFINICION CLINICA INTEGRAL	34
4.1.	DEFINICION DE LA ASAM	34
5.	DEFINICION DEL DSM-IV	36
6.	MODELO DE ENFERMEDAD BIOPICOSOCIAL	38
7.	EL MODELO JOHNSON	39
8.	OTROS ENFOQUES PSICODINÁMICOS	40
9.	MODELO COGNITIVO	41
10.	MODELO GESTÁLTICO	42

11. MODELO SISTÉMICO FAMILIAR	43
12. MODELO CENTRADO EN PATOLOGÍA SECUNDARIA	43
VII. RAPS4 - RAPID ALCOHOL PROBLEMS SCREEN: PRUEBA DE DETECCION RÁPIDA DE PROBLEMAS DE ALCOHOL	45
1. ANTECEDENTES	45
2. INSTRUMENTO DEL RAPS4	48
2.1. JUSTIFICACIÓN	49
2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
3. VENTAJAS	52
VIII. CONCLUSIONES	53
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

OBJETIVO GENERAL:

Orientar, Apoyar, Acompañar Tanatológicamente y Psicológicamente a quienes tienen ideación suicida y a sus familiares que cambien su pensamiento y emociones de profunda desesperanza o profunda depresión, al ayudarles para Prevenir el Suicidio, que encuentren significado, esperanza real, interés y sentido por su propia vida. Por ende, mejorar su calidad de vida y reducir los fuertes dolores de desesperanza y muerte. Así se aplica la prevención, intervención, y postvención en casos de suicidio en el seguimiento del proceso del duelo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar información apropiada para la Prevención del Suicidio
- Llevar a cabo los pasos de la prevención del suicidio según la OMS
- Aplicar las guías que pueden ayudar tanto a la prevención como a la intervención, de acuerdo con la Asociación Americana de Suicidiología (AAS)
- Ayudar a la recuperación al hacer menos doloroso el trance de perder la vida
- Proporcionar investigación sobre el alcoholismo como enfermedad primaria y sus modelos para su aplicación en su tratamiento integral y prevención en su suicidio crónico
- Coadyuvar en el diagnóstico por dependencia de alcohol – alcoholismo, aplicando el instrumento Raps4 como prevención secundaria previniendo el suicidio crónico.

JUSTIFICACIÓN:

*Debido que el Suicidio es un problema complejo, multidimensional de Salud Pública. La OMS, estima que cada año se producen un millón de muertes por suicidio representando por ello un 1.4 por ciento de carga total por enfermedad en el mundo. (OMS y IASP, 2008), Ésto representa una mortalidad anual a nivel mundial por suicidio de 14.5 por cada 100 000 habitantes. En realidad hay cada minuto dos muertes por suicidio. Expertos mundiales en salud mental y el suicidio de la Organización Panamericana de la salud en el 2006 enfocan la atención hacia el suicidio como ese gran problema de salud pública y su conexión con las enfermedades mentales y el abuso del alcohol y drogas en el comportamiento suicida. A menudo el suicidio representa el trágico sendero dejado por un fracaso en el diagnóstico y tratamiento del trastorno. En muchos países de la Región de las Américas, el suicidio es una de las 10 causas principales de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes. OMS,2008) señala que el suicidio es una de las tres primeras causas de mortalidad en todos los países del mundo de 15 a 34 años de edad.

En la Revista Panamericana de la Salud del 2004 dan cuenta de la creciente gravedad de las tasas del suicidio en las Américas. En México y Colombia: en relación con gráficas que sintetizan las tasas que se observan de mortalidad por suicidio en hombres y mujeres en México, se observa una curva ascendente de más y más causas a medida que pasan los años.

*El programa en la OPS, 2006 han investigado que son muchos los factores que constituyen riesgos hacia el suicidio, factores como los de orden biológico, psicológico, social y cultural. También “la enfermedad mental se destaca como el mayor factor de riesgo al suicidio”. Así entre las áreas importantes en el terreno de la prevención están la mejora de salud mental, la formación continua de médicos, la restricción en el acceso a medios letales para el suicidio y una mejora de la cobertura de los medios de comunicación sobre el suicidio.

*Por otra parte, de acuerdo con el INEGI, 2007, las cifras que se analizan en realidad son datos del 2005, los intentos de suicidio registrados que ocurrieron en el territorio nacional reflejaron un mayor nivel de concentración en seis entidades federativas(79.9%): Durango(20.3%), Coahuila (17.6%), Yucatán (13.1%), Nuevo León, (12.6%), Jalisco (9.9%) y D.F.(6.3%).

La intoxicación por medicamento, como medio más utilizado para llevar a cabo los intentos suicidas, se observó en el Distrito Federal (71.4%). Yucatán (69%), Coahuila (59%), Oaxaca (50%) y Nuevo León (42.9).

En la Capital Mexicana la totalidad de los actos suicidas ocurrieron en áreas urbanas, ya que las áreas rurales han quedado integradas a la ciudad. En orden descendente por ocurrencia de hechos suicidas en áreas urbanas se destacó Colima (92.6%), Nuevo León (91.6%), Quintana Roo (91.6%), Coahuila (90.9%) de su total estatal.

Las cifras más alarmantes están dadas por los intentos del suicidio, los cuales ocurren con una frecuencia 70 veces mayor que los consumados.

En el caso del suicidio, según el INEGI, entre 1990 y 2005, el número de eventos de este tipo pasó de 406 a mil 55, y según la causa que los originó, se reportaron los disgustos familiares, causas amorosas, enfermedades graves o incurables, padecimientos mentales y dificultades económicas.

* Por otra parte, (Berruecos, 2008), investigó que en la Ciudad de México, el 60% de los suicidios están vinculados con el alcoholismo.

*Dado el alcoholismo es un factor de riesgo para el suicidio , se presenta la información relevante y los modelos que conllevan a su tratamiento integral, para la prevención del suicidio.

*Finalmente,(Morales G. 2005). el alcoholismo o dependencia al alcohol es un fenómeno de Salud Pública que causa suicidio, investigué y realicé una aportación a mi país México: el RAPS4 (Prueba de Detección Rápida de Alcohol que es un instrumento útil, con una sensibilidad(93%) y especificidad(87%) (Cherpitel C, 1999 y 2000) se encontró como una medida para detectar Dependencia de Alcohol según los criterios del ICD 10 y DSM-IV. Como una medida de Prevención Secundaria y para la Prevención del Suicidio

LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. SUICIDIO CRÓNICO: ALCOHOLISMO Y RAPS4

I. INTRODUCCION

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estima que cada año se producen un millón de muertes por Suicidio, representando una mortalidad anual a nivel mundial por suicidio de 14.5% por cada 100 000 habitantes. En realidad hay cada minuto dos muertos por suicidio (OMS,2004). La OPS/OMS, 2008 señala que el suicidio es una de las tres primeras causas de mortalidad en todos los países del mundo entre personas de 15 años a 34 años de edad. Así el Alcoholismo- trastorno de sustancias-suicidio crónico, es problema de salud pública y de alta mortalidad. Es de interés para nosotras como psicólogas, especialistas en adicciones, tanatólogas (os) y suicidiólogos u (as), médicos, psiquiatras, como profesionales de dichas áreas nos interesa prevenir el suicidio, puesto que el suicida es paciente Tanatológico, ya que Tanatólogo es el Especialista que quiere curar a los hombres que sufren los dolores más fuertes que existen: el de la muerte y la desesperanza. Así, la Tanatología tiene como principal objetivo ayudar a la recuperación o hacer menos doloroso el trance de perder la vida. La muerte y el miedo a la muerte son fuentes de muchos problemas humanos. Quitar estos miedos, es dar vida: vida a plenitud. Vida llena de calidad. El Tanatólogo podrá conducirlos a la aceptación de su realidad, a encontrar una espiritualidad profunda y una nueva esperanza real de vida. Es la disciplina que proporciona asistencia y ayuda profesional al enfermo alcohólico y a su familia, al enfermo terminal y a sus familiares. También tiene aplicación en los casos de personas con ideas suicidas y para quienes estén viviendo el duelo por la pérdida de un ser significativo. Su finalidad es ayudar a enfrentar el miedo a la muerte, dar soporte para el momento en que se presente y apoyar a los familiares a vivir el ciclo del duelo. Así cumple una doble misión brindar calidad de vida al enfermo y ayudar a los familiares en el proceso del duelo hasta su última etapa de la Aceptación de la pérdida.

Así, la primera parte de esta tesina, de acuerdo a estudios para la Prevención del Suicidio por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) el Suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el

filósofo Albert Camus, (El mito de Sísifo), es el único problema filosófico serio. En este siglo ha sido del interés de Psicólogos, Psiquiatras, Tanatólogos y Suicidiólogos.

Debido a que es un problema significativo de Salud Pública, el Suicidio requiere nuestra atención profesional tanto a nivel individual como equipo multidisciplinario. Empero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que la Prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los niños, jóvenes, adultos y personas mayores, investigaciones científicas, y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo y reforzar los factores de protección. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales de los programas de prevención.

(Reyes, L.A., 1999). El problema del Suicidio es una cuestión compleja, porque no es simplemente un síntoma de patología mental, es mucho más que eso. El suicida no es un loco. Tampoco un valiente, menos aún un cobarde. Y posee, siempre, un valor afectivo, ético, existencial. Lo que significa y esto es sumamente importante al Tanatólogo, que el suicidio nunca es un acto que afecta solamente a quien lo comete, la causa, los por qué, el acto mismo, incriminan a todo su entorno, esto es: la familia propia , los familiares cercanos y aún los lejanos, los amigos, el médico, el sacerdote, los testigos si los hubo, las personas significativas, etc. Así se presenta brevemente el perfil del suicida; los momentos del suicida y los momentos del tanatólogo.

El Suicidio Crónico se refiere a que lo viven aquéllos individuos a los que parece, la idea de matarse les es repugnante, empero escogen un estilo de vida de lenta destrucción como la adicción al alcohol (el alcoholismo es un suicidio crónico) u otras drogas u otras métodos (Menninger, 1976).

La segunda parte se refiere al concepto del “Alcoholismo como Enfermedad Primaria y Crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales, que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Se caracteriza por presentar en forma continua o periódica: pérdida de control sobre la bebida, preocupación por la droga alcohol, uso del alcohol a pesar de sus adversas consecuencias y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación” (NCADD, 1990). EL Alcoholismo es un Suicidio Crónico. Por consiguiente, el Alcoholismo es una enfermedad que produce alta morbilidad y mortalidad. Así se presentan diferentes enfoques de Modelos para el respectivo tratamiento.

La tercera parte, hago una aportación a mi país México, al descubrir y adaptar el instrumento-prueba para la detección rápida de problemas de alcohol (RAPS4- RAPID ALCOHOL PROBLEMS SCREEN) (Morales, G. 2005), con alta validez en su sensibilidad y especificidad.

Las consecuencias por el consumo de alcohol forma parte del perfil epidemiológico del mexicano. En el año 2000, entre la población de 15 a 64 años, el consumo de alcohol se relacionó con la segunda causa de muerte en México (cirrosis hepática) y con la cuarta causa (accidentes de tránsito por ejemplo, conductores ebrios). En la ciudad de México el homicidio ocupa la novena causa de muerte y existe también una relación estrecha con el consumo de alcohol. La conducta violenta, se ejemplifica por situaciones de agresión, daño a propiedad y homicidio, son importantes causas de morbilidad y mortalidad (Borges 1998). Casanova (2001) refiere que existe una estrecha relación entre el consumo de alcohol y los accidentes de vehículo de motor que trae consigo un riesgo elevado de sufrir ese tipo de accidentes en forma inmediata después de seis horas de haber bebido. Estas consecuencias de uso, abuso y dependencia con el alcohol representan un desafío para el sistema de Salud, por ende, el fenómeno de la dependencia de alcohol es un problema grave de Salud Pública en México.

La Prueba de Detección Rápida de Problemas de Alcohol (RAPS4) es una aportación para mi país y ha demostrado ser eficaz, válida, sensible y específica, especialmente como una medida para detectar la dependencia de alcohol en su análisis estadístico especificado en el Diseño de la Investigación (Morales, G.,2005) que fue adaptada para medir tanto los criterios diagnósticos del (CIE-10) de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como el (DSM-IV) Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su cuarta edición, (las respuestas de los pacientes participantes se evaluarán durante los últimos doce meses - consumo reciente) (Cherpitel,1995a y 2000). El instrumento es de utilidad para identificar a las personas con dependencia de alcohol, como Medida Preventiva para una referencia oportuna a Tratamiento.

II. DEFINICIONES:

(Reyes, A., 1999). El Suicidio es el vocablo que viene del latín: Sui , a sí mismo y Caedere, significa, matar.

El suicidio, según la definición del Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, el Dorland, se entiende como: “acción de quitarse la vida. Cuando se llama Suicidio Psíquico significa: terminación de la propia vida sin emplear agentes físicos”.

Durkheim, en su obra clásica, el Suicidio (1897) describe: “Llamamos Suicidio a todo caso de Muerte que resulta directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”

El Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsh describe: “En individuos psíquicamente sanos, la decisión, adoptada libremente del homicidio de sí mismo puede ser consecuencia de una situación a la que no se ve salida. Pero se produce a menudo en conexión con un estado psicológico o psicopático. En tal caso es expresión de un estado afectivo de angustia, desesperación y ausencia de otras salidas..... Según la psicología profunda, el Suicidio es el último termino de la serie siguiente: condena moral de sí mismo, vejación de sí mismo y destrucción de sí mismo, el objetivo último de la agresión a sí mismo. La base de esta manifestación de las pulsiones de Muerte (Freud) está constituida por sentimientos de culpabilidad reprimidos. El sentido inconsciente del Suicidio es la expiación de la culpa mediante la Muerte”.

The Encyclopedia of Suicide, editada por primera vez por Glen Evans y Norman L Farberow, en 1988. En dicho libro se asegura que muchos profesionales, suicidiólogos, filósofos, investigadores, médicos, científicos sociales, etcétera, que han estudiado y escrito sobre el Suicidio , todavía no encuentran una definición satisfactoria de este fenómeno, porque se trata de algo mucho más importante que una cuestión filosófica.

La palabra Suicidio se puede referir no a un acto singular, sino también a una variedad de conductas que lo acompañan, por ejemplo: deseos, pensamientos, intención, intentos, gestos y

muchas más. McIntosh opina que no tenemos todavía ni una sola palabra, ni una definición completa, que encierre lo que él piensa como “ un juego complejo de conductas que son consideradas como suicidas”.

En el interior de una persona suicida, encontraremos siempre series muy diferentes de emociones contradictorias, sentimientos buenos y malos, actitudes internas positivas y negativas, deseos virtuosos y viciosos, actos sanos y enfermizos, y estrés interior, fuerte y sin esperanza, concreto e individual.

En una palabra, el suicida en potencia, es una persona que está sufriendo de una terrible, profunda, desesperanza. Por eso para él, la única salida viable es la Muerte. Y por eso la busca y en ocasiones, una y otra vez, con toda perseverancia y constancia , hasta que logra su fatal cometido.

La necesidad de suicidarse, porque llega a ser real necesidad, la sufren pobres o ricos, cultos o incultos, religiosos o impíos, creyentes o incrédulos, niños o viejos, solteros o casados, triunfadores o perdedores, aquellos que provienen de familias buenas, funcionales, unidas o los que crecieron en hogares malos, sin respeto, desunidos, con gran patología parentelar, los sanos o los enfermos, los reconocidos socialmente o los que viven perdidos en el anonimato de la gran masa que forma la sociedad actual. En una palabra el Suicidio es cien por ciento democrático, no elitista. Todos, por el solo hecho de ser humanos, podemos tener el anhelo, el afán, el ansia, de matarnos. A veces de manera que se siente irresistible u obligatorio.

III. LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (O M S) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La siguiente información ha sido preparada como parte de SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS, 1999, para la prevención del suicidio.

1. LA CARGA DEL SUICIDIO

De acuerdo con los estimados de la O M S, La organización Mundial de la Salud, es probable que aproximadamente un millón de personas cometa Suicidio en el año 2000. El suicidio está entre las 10 causas mayores de muerte en cada país y una de las tres causas principales de muerte en el rango de edad entre 15 y 35 años.

El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas.

La carga del suicidio puede estimarse en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). De acuerdo a este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1.8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2.3% en los países con altos ingresos y 1.7% en los ingresos bajos. .

2. EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. La investigación ha mostrado que entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de éstos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un psiquiatra. En países donde los servicios de Salud Mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor.

Identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico, quien juega un papel crucial en la prevención del suicida.

El suicidio no es en sí misma una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio.

Los estudios para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia de 80-100 % de trastornos mentales en casos de suicidio logrado. Se estima que el riesgo del suicidio en personas con trastorno del ánimo (principalmente depresión) es 6-15%; con Alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia, 4-10%.

Empero, una proporción importante de las personas que cometen suicidio, mueren sin haber consultado a un profesional en salud mental. Por lo tanto, el mejoramiento en el descubrimiento, la remisión y el manejo de trastornos psiquiátricos en la atención primaria en salud es un paso importante en la prevención del suicidio.

Un hallazgo común en aquellos que cometen suicidio es la presencia de más de un trastorno. Los trastornos comunes que ocurren al mismo tiempo son alcoholismo y trastorno del ánimo (depresión), trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos.

El Alcoholismo (tanto el abuso del alcohol como la dependencia del mismo) es un diagnóstico frecuente en aquéllos que han cometido suicidio, particularmente en jóvenes. Existen explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la correlación entre suicidio y alcoholismo. Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio entre los alcohólicos son:

- Iniciación temprana del alcoholismo
- Largo historial de bebida
- Alto nivel de dependencia
- Estado de ánimo depresivo
- Salud física deficiente
- Desempeño laboral pobre
- Antecedentes familiares de alcoholismo
- Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante
- Trastornos del estado de ánimo

Todos los tipos de trastornos mentales pueden asociarse con el suicidio. Estos incluyen trastornos afectivos bipolares, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente y trastorno del ánimo persistentes (p.ejem. : ciclotimia y distimia) las cuales forman las categorías F 31-F 34 en la CIE-10. Por consiguiente, el suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada. La depresión tiene una alta prevalencia en la población general y muchos no la reconocen como enfermedad. Se estima que el 30% de los pacientes atendidos por un médico

sufren depresión. Alrededor de 60% de los pacientes que sí buscan tratamiento se contactan inicialmente con un médico general. Trabajar con enfermedades físicas y trastornos psicológicos es un reto especial para los especialistas psiquiatras, psicólogos clínicos, médicos, suicidiólogos. En muchas instancias la depresión se enmascara y los pacientes sólo presentan enfermedad somática.

En los episodios depresivos típicos, el individuo usualmente sufre de :

* Ánimo depresivo (tristeza); pérdida de interés y capacidad de goce (anhedonía); energía disminuida (fatiga y actividad disminuida)

Estos síntomas deberán alertar al médico sobre la presencia de depresión y conducirlo a una valoración del riesgo de suicidio. Las características clínicas asociadas con un riesgo de suicidio en la depresión (Angst J,1999) :Insomnio persistente; descuido consigo mismo; Enfermedad severa (en especial depresión psicótica); deterioro de la memoria; agitación; ataques de pánico

Los siguientes factores aumentan el riesgo de suicidio en personas con depresión (Simpson, SG, 1999): edad menor de 25 años en varones; fase depresiva de un trastorno bipolar; estado mixto (maniaco-depresivo);manía psicótica.

La depresión es un factor importante en el suicidio entre los adolescentes y personas de edad, pero aquéllos con iniciación tardía de depresión están en mayor riesgo.

Los recientes avances en el tratamiento de la depresión son muy relevantes para la prevención del suicidio en la atención primaria. Se encontró que la educación del médico general en identificar y tratar la depresión redujo el suicidio en Suecia (Rutz W,1992). Los datos epidemiológicos sugieren que los antidepresivos reducen el riesgo del suicidio entre los deprimidos. La dosis terapéutica de medicación deberá continuarse por varios meses, o lo que sea necesario. En personas de edad, puede ser necesario continuar el tratamiento por dos años después de la recuperación. Se ha encontrado que los pacientes bajo terapia de mantenimiento con litio corren menor riesgo de suicidio (Schou M,1998).

Esquizofrenia

El suicidio es la mayor causa individual de muerte prematura entre los esquizofrénicos. Los factores específicos de riesgo de suicidio son (Gupta S, 1998): varón joven desempleado; recaídas recurrentes; temor al deterioro, en especial en aquéllos con alta capacidad intelectual; síntomas positivos de suspicacia e ilusiones falsas; síntomas depresivos.

El riesgo de suicidio es más alto en las siguientes épocas: Etapas tempranas de la enfermedad; recaída temprana; recuperación temprana.

El riesgo de suicidio disminuye con una creciente duración de la enfermedad.

Trastornos de la Personalidad

Estudios recientes en personas jóvenes que cometieron suicidio han mostrado una alta prevalencia (20%-50%) de trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad que están más frecuentemente asociados con el suicidio son la personalidad limítrofe y la personalidad antisocial (Isometsa E, 1996)

Los trastornos de personalidad histriónica y narcisista y ciertas tendencias psicológicas tales como la impulsividad y la agresión, están también asociadas con el suicidio.

Trastornos de ansiedad

Entre los trastornos de ansiedad, el trastorno de ataque de pánico ha sido más frecuentemente asociado con el suicidio, seguido por el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Los trastornos somatomorfos y los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) están también asociados con el comportamiento suicida.

3. EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS FÍSICOS

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades físicas crónicas (González S,1997). Además, generalmente existe una tasa aumentada de trastorno psiquiátrico, especialmente la depresión, en personas con enfermedad física. La cronicidad, la inhabilidad y el pronóstico negativo se correlacionan con el suicidio.

Enfermedades neurológicas

La epilepsia se ha asociado con un aumento de suicidio. Este incremento se atribuye al aumento en la impulsividad asociada con la epilepsia.

Las lesiones en la médula espinal y el cerebro también aumentan el riesgo de suicidio. Estudios recientes han mostrado que después de un derrame- particularmente en presencia de lesiones posteriores, las cuales causan mayor inhabilidad y deterioro físico-19% de los pacientes se deprimen y presentan tendencias suicidas.

Neoplasmas

El riesgo de suicidio es más alto al momento del diagnóstico y en los primeros dos años de la enfermedad terminal, con un aumento de riesgo en los casos de malignidad progresiva. El dolor es un factor que contribuye significativamente al suicidio.

VIH/SIDA

La infección por VIH y el SIDA representan un riesgo aumentado de suicidio en los jóvenes, con altas tasas de suicidio. El riesgo es mayor al momento de la confirmación del diagnóstico y en las etapas tempranas de la enfermedad. Los usuarios de drogas intravenosas están en mayor riesgo aún.

Otras condiciones

Otras condiciones médicas crónicas tales como enfermedades renales, hepáticas, óseas y articulares, cardiovasculares y trastornos gastrointestinales están implicadas en el suicidio. Las inhabilidades para moverse, ver u oír pueden precipitar el suicidio.

En los años recientes, la eutanasia y el suicidio asistido se han convertido en problemas que pueden confrontar los médicos. La eutanasia activa es ilegal en casi todas las jurisdicciones y el suicidio asistido está atrapado en contraversias morales, éticas y filosóficas.

4. EL SUICIDIO Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

El suicidio es un acto individual; ocurre en el contexto de una sociedad dada y ciertos factores sociodemográficos se asocian con él.

Sexo: en la mayoría de los países, más varones que mujeres cometen suicidio; la proporción varón/mujer varía de acuerdo con el país. China es el único país en el cual los suicidios femeninos sobrepasan en número a los masculinos en áreas rurales y son aproximadamente iguales a los suicidios masculino en áreas urbanas.

Edad: los grupos con edades mayores (por encima de los 65 años) y menores (15-30 años) sufren un aumento en el riesgo de suicidio. Datos recientes sugieren un aumento en las tasas de suicidio en varones de edad mediana.

Estado civil: las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. El matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos del riesgo de suicidios, pero no es significativo para las mujeres. La separación Marital y el vivir sólo aumentan el riesgo de suicidio.

Ocupación: ciertos grupos ocupacionales tales como cirujanos, veterinarios, farmaceutas, dentistas, granjeros y practicantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación obvia para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión del trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser las razones

Desempleo: existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja. Los efectos del desempleo están probablemente mediados por factores tales como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza. Por otro lado, es más probable que las personas con trastornos mentales carezcan de empleo que las personas con buena salud mental. A nivel de cualquier tasa se debe considerar la diferencia entre lo que significa haber perdido el empleo recientemente y estar desempleado desde hace tiempo: un mayor riesgo se asocia con el primero.

Residencia rural/urbana: en algunos países los suicidios son más frecuentes en áreas urbanas, mientras que en otros ocurren con más frecuencia en áreas rurales.

Migración: la migración - con sus problemas anexos de pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas- aumenta el riesgo de suicidio.

Otros: ciertos factores sociales, tales como la pronta disponibilidad de medios para cometer suicidio y los acontecimientos estresantes juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio.

5. ¿CÓMO IDENTIFICAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

Un número de factores individuales y sociodemográficos clínicamente útiles están asociados con el suicidio (Gunnell D, 1999):

- Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad) ;
- Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA);
- Intentos suicidas previos;
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo y / u otros trastornos psiquiátricos;
- Estatus de divorcio, viudez o soltería;
- Vivir solo (aislado socialmente);
- Desempleo o retiro;
- Pérdida sensible en la infancia;
- Si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es más alto en: aquéllos que han sido dados de alta del hospital; aquéllos que han cometido intentos de suicidio previos.

Existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio, una muy útil es la entrevista clínica para identificar la persona que está en inminente riesgo de cometer suicidio.

Cuando los médicos poseen un indicio de que el paciente podría ser suicida, enfrentan el dilema de cómo proceder. Es esencial no ignorar ni negar el riesgo.

Si el médico decide proceder, el primer paso y el más inmediato es asignar mentalmente un tiempo adecuado al paciente. Al mostrarse bien dispuesto a entender al paciente, debe establecer una relación positiva con él. Las preguntas cerradas y directas al comienzo no son muy útiles. Comentarios como “te ves muy alterado, cuéntame más al respecto” son útiles. Escuchar con empatía es de por sí un gran paso para reducir el nivel de desesperación del suicida.

Son importantes saber los mitos del suicidio como:

Mitos	Realidad
Pacientes que hablan sobre suicidio Raramente cometen suicidio	Los pacientes que cometen suicidio, usualmente han dado algún indicio o advertencia de antemano
Preguntarle sobre suicidio a un paciente, puede desencadenar actos suicidas.	Preguntar sobre el suicidio puede con frecuencia reducir la ansiedad que rodea el sentimiento; el paciente puede sentirse liberado y mejor comprendido.

¿Cómo preguntar?

No es fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Una secuencia de preguntas útiles:

- 1. ¿ Se siente infeliz o desvalido?
- 2. ¿ Se siente desesperado?
- 3. ¿ Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- 4. ¿ Siente la vida como una carga?
- 5. ¿ Siente que la vida no merece vivirse?
- 6. ¿ Siente deseos de cometer suicidio?
-

¿Cuándo preguntar?

Es importante hacer estas preguntas:

- Después que se ha establecido una empatía
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos

Preguntas adicionales:

El proceso no termina con la confirmación de la presencia de ideas suicidas. Continúa con preguntas adicionales, encaminadas a valorar la frecuencia y la severidad de la idea y la posibilidad de suicidio. Es importante saber si el paciente ha hecho planes y posee los medios para cometer suicidio. No obstante, si el paciente ha planeado un método y posee los medios (p.ej.: píldoras), o si el medio propuesto está fácilmente a su alcance, el riesgo de suicidio es más alto. Es crucial que las preguntas no sean exigentes ni coercitivas, sino que se planteen de manera cálida, mostrando la empatía del especialista hacia el paciente. Estas preguntas podrían incluir:

- ¿ Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿ Cómo está planeado hacerlo?
- ¿ Tiene en su poder píldoras/ armas/ otros medios?
- ¿ Ha considerado cuándo va a hacerlo?
- Mejoría engañosa o falsa. Cuando un paciente agitado se calma súbitamente, puede haber tomado la decisión de cometer suicidio y por lo tanto se siente tranquilo después de esto.
- Negación: los pacientes que tienen serias intenciones de matarse pueden deliberadamente negar tales ideas.

6. MANEJO DE PACIENTES SUICIDAS

Si un paciente está perturbado emocionalmente ,con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de un seguimiento ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la oportunidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social. Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y desesperación. Los estados más comunes son :

1. Ambivalencia. La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el punto final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el deseo de morir. Si esta ambivalencia es

usada por el médico u especialista para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse.

2. Impulsividad. El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse.
3. Rigidez. Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, su humor y su actuar y sus razonamientos sufren dicotomía en términos de uno u otro. Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente suicida, se debe empatizar con el paciente para que tome consciencia de que existen otras opciones, así no sean ideales.

Obtención de apoyo

El médico deberá de evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar a un familiar, amigo, persona significativa del paciente para que pueda apoyar a éste y solicitar ayuda.

Contratación

Hacer un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico. La contratación es apropiada solo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.

En ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos y terapia psicológica (cognitivo conductual). La mayoría de las personas se benefician al continuar en contacto con el médico o tanatólogo especialista o suicidiólogo; este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades individuales. Un apoyo debe centrarse en dar esperanza, estimular la independencia y ayudar al paciente a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

Remisión al Especialista

¿ Cuándo remitir a un paciente ?

Los pacientes deberán remitirse o canalizarse a un psiquiatra cuando presenten.

- Trastorno psiquiátrico;
- Historia de intento de suicidio previo;

- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico;
- Mala salud física;
- Ningún apoyo social

¿Cómo remitirlo ?

Después de decidir la remisión de un paciente, el médico u especialista deberá:

- Tomarse tiempo para explicar al paciente el motivo de la remisión;
- Calmar su ansiedad sobre el estigma y la medicación adecuada;
- Aclararle que la remisión farmacológica y psicológica son efectivas;
- Enfatizar que la remisión no significa “ abandono”;
- Concertar una cita con el psiquiatra;
- Asignarle tiempo al paciente para después de su cita con el psiquiatra;
- Asegurarse que la relación con el paciente continúe

¿Cuándo hospitalizar un paciente?

- No lo deje solo;
- Disponga la hospitalización;
- Disponga el traslado al hospital en ambulancia;
- Informe a las autoridades pertinente y a la familia

7. RESUMEN DE LOS PASOS EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La siguiente tabla resume los pasos principales para la valoración y el manejo de pacientes cuando el médico u especialista sospecha o identifica un riesgo de suicidio.

Riesgo de Suicidio: identificación, valoración y plan de acción

Riesgo de Suicidio	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro		
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos Suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagos ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos Suicidas	Escuchar con con empatía Explorar posibilidades
3	Vagos pensamientos de Suicidio	Valorar el intento (plan y método)	Identificar apoyo Explorar Posibilidades
4	Ideas suicidas, pero sin Trastorno psiquiátrico	Valorar el intento (plan y método)	Identificar Apoyo

	Ideas suicidas,		
	y	Valorar el intento (plan y método)	Remitir al psiquiatra
5	trastorno psiquiátrico	Hacer un contrato	
	o		
	Severos acontecimientos Estresantes		
	Ideas suicidas,		
	y	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar
6	trastorno psiquiátrico		
	o		
	severos acontecimientos estresantes		
	o		
	agitación		
	e		

intento previo

IV. DEFINICION DEL SUICIDIO DE LA ASOCIACION MEXICANA DE TANATOLOGIA, A.C.(AMTAC) Y ASOCIACION MEXICANA DE ESTUDIOS Y PREVENCION DEL SUICIDIO (AMEPS)

1. El Suicidio es toda conducta autoagresiva que pone en peligro la vida, sea de manera consciente o inconsciente, directa e indirecta, voluntaria e involuntariamente.

2. EL PERFIL DEL SUICIDA

En libro “Suicidio” del Dr. Alfonso Reyes Zubiría, enfatiza que “todo Suicidio es un asesinato. El asesinato del propio Yo, cometido por el propio Yo. Para hacerlo, la persona que lo quiere intentar, necesita también , en diferentes grados, el deseo de morir y de ser matado; de otra manera no se matará el suicida en potencia. En todo Suicidio y por lo mismo en todo suicida, existe, un deseo de matar, un deseo de ser matado, un deseo de morir y, completando el cuadro, una especie de fascinación por la Muerte, a la que se ve con algo de erotismo: un sentimiento de amor a ella. Aquí, en este párrafo, quedó descrito un breve perfil del suicida”.

3. LOS MOMENTOS DEL SUICIDA

También el Dr. Reyes, obra citada, especifica que hay tres momentos del suicida:

“La ideación suicida, que es el primer momento. Cuando el paciente comienza a dar gritos pidiendo ayuda. Se manifiesta normalmente, con palabras, frases, expresiones dichas por el que está pensando en matarse, tales como : “ Yo estaría mejor muerto”, “A nadie hago falta”, “Ya quiero descansar”, etc. Quien escucha estas voces, está oyendo verdaderos deseos de Muerte de quien las profiere: se le llama a este momento Ideación Suicida”.

“La conducta suicida, es el segundo momento. Otra manera por la que el suicida habla de sus intenciones pidiendo ayuda. Ya no usa frases o palabras solamente. Se observa en el suicida en potencia un notorio cambio de conducta. Por ejemplo, si es una persona muy ordenada comienza a dejar todo en desorden, como si nada le importara. O al revés, un desordenado empieza un comportamiento contrario, como si quisiera dejar todo en orden. Otro ejemplo: alguien que, de pronto, regala a sus amigos y familiares aquellos objetos valiosos, material o emocionalmente hablando, de los que nunca se desprendería si estuviera viviendo una situación normal. Otro ejemplo, sería el alcoholismo, o cualquiera otra adicción, son abiertas conductas suicidas”

“Acto suicida. Después de todo lo pasado, si al suicida en potencia no se le ayudó a encontrar esa esperanza real tan anhelada, sucederá, por fin el Acto Suicida. Quizás, con lo escrito hasta ahora, podemos comprender el axioma que enseña: El suicida no se mata, lo matan”. Sí, porque pidió ayuda, mucha y claramente, mientras cruzaba las etapas primeras de ideación y conducta suicidas, y nunca recibió la ayuda adecuada, la que él pidió y necesitaba para llegar a vivir en un estado de esperanza real; al no comprenderlo quienes estaban o vivían con él, inconsciente e involuntariamente estimularon su necesidad de matarse”.

4. MOMENTOS DEL TANATOLOGO

“Shneidman dice que el antídoto más inmediato contra el Suicidio consiste en reducir la perturbación y enlista algunas medidas prácticas para lograr este apoyo: reducir el dolor; descubrir las necesidades de frustradas; proveer respuestas creíbles y viables a las preguntas sobre el valor de la vida; encontrar otras alternativas de vida; transfundir continuamente esperanza real: hacer del tiempo un aliado; escuchar los gritos que piden ayuda; involucrar a los otros necesarios; cerrar la salida (evitar la acción suicida); sugerir conductas positivas, o sea, dar pautas que puedan convivir con el éxito personal.

La Prevención el Suicidio tiene lugar cuando una persona está cursando por las etapas de Ideación o Conducta Suicidas. Pueden hacerla Tanatólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, consejeros, pero también es importante que la hagan otras gentes aunque no estén profesionalmente preparados en los campos de la suicidiología: ministros religiosos, maestros, grupos de autoayuda, padres de familia, amigos, etcétera. Cualquiera que esté acompañando a alguien de quien se sospeche que quiera matarse. En esos casos hay que tener el valor de preguntarle: “¿Piensas suicidarte?”, Si la respuesta es afirmativa, la siguiente pregunta será: “¿Cuándo?” Hay más alto riesgo suicida si se tiene pensada una fecha determinada. Preguntar: “¿Cómo?” El peligro es mayor si el método elegido está a la mano del sufriente. Estas preguntas son muy importantes. No hay que temer que uno, al hacerlas esté dando ideas: el

paciente lo ha estado pensando y deseando y lo más probable es que desde hace ya un largo tiempo.

Intervención. La intervención en casos de Suicidio tiene lugar cuando la Prevención no dio resultado deseado y aparece la crisis suicida. Esto es, cuando él o ella comienzan a dañarse. Hablamos pues de Conducta y / o Acto Suicidas. Aquí también la regla de oro es: “ HAS ALGO”. (Reyes A, 1999).

La Asociación Americana de Suicidiología (AAS), ofrece las siguientes guías que pueden ayudar tanto a la prevención como a la intervención:

- a) Siempre hay que tomar cualquier amenaza de Suicidio muy seriamente
- b) Debemos fijarnos en las claves que da el suicida; una persona con sentimientos suicidas puede comenzar a preparar su Muerte.
- c) Responder a los gritos que piden ayuda. Todas las claves que nos da quien está pensando en su Suicidio, son los “gritos que piden ayuda”. Por lo que no podemos ignorarlos. Lo primero es ofrecer apoyo, comprensión y compasión (sufrir con), sin importar cuál pueda ser el problema. La persona suicida siempre está profunda y verdaderamente herida.
- d) Confrontar el o los problemas. No evadirlos. Hay que ser directos. No temamos discutir el Suicidio con dicha persona. Lo principal: saber escuchar y saber ser buen amigo. No hacer juicios morales, frases como:” Piensa en tus hijos”, como ésta, sólo harán más profundos los sentimientos de culpa que ya tiene el potencialmente suicida.
- e) Tomar a dicha persona bajo nuestro cuidado. Las personas que atentan el Suicidio se sienten solas, sin autoestima, no amadas. Asegurarles que ya no están solas, que “cuentan conmigo en las buenas y en las malas, que estoy con ella” les será de gran ayuda que necesitan. Pero esto significa que, literalmente, deben contar con nosotros en todo momento, sin excepción.
- f) Llevarlo a que reciba ayuda profesional(si usted no se siente o no está preparado): tanatólogos, psiquiatras, psicólogos, médicos familiares, trabajadoras sociales, ministros religiosos, etcétera, según el caso.
- g) Ofrecer alternativas. No hay que dejar la iniciativa a la persona suicida. Démosle oportunidades para que ella escoja dónde y quién puede ayudarle. Esa persona es la que importa.

Postvención. La postvención se da después del acto suicida, significa, simplemente, el apoyo (en el duelo) que necesitan todos los sobrevivientes, cualquiera que haya sido su rol en la tragedia, inmediatamente después de ella, y que tiene como finalidad lograr que vivan a plenitud a pesar de lo sucedido, que ciertamente los golpeó tremendamente (Reyes A,1999).

V. SUICIDIO CRONICO

(Reyes I, 1999) en su libro “ el Suicidio”, escribe que de acuerdo con el Dr. Menninger,K, en su libro “ El hombre contra sí mismo”, refiere que “el Suicidio Crónico: lo realizan aquellas personas que no se dispararán una pistola contra sí mismas, pero que escogen un estilo de vida de lenta destrucción, como sería el camino de las drogas, del alcohol como los alcohólicos u otros métodos”.

Esto es un suicidio patológico en conductas autodestructivas indirectas, de alto riesgo que ponen en peligro su propia vida. Esto es el caso del alcohólico activo podríamos considerarlo como un Suicida Crónico. Porque atenta contra su vida de una manera indirecta: comienza a beber por placer y termina haciéndolo por compulsión. Por lo general no lo hace por matarse conscientemente.

Así, “una causa y clave, del suicidio, es el alcoholismo y la drogadicción. Quien está alcoholizado o intoxicado por ciertos componentes químicos, sentirá que sus problemas aumentan y que el estrés se torna inaguantable. Estas condiciones llevan al suicidio. También que en estudios recientes muestran que el abuso de estas sustancias, más si se está cursando por una depresión profunda, lleva, casi por necesidad, a la autodestrucción total e irreversible”

VI. ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD PRIMARIA

Las aportaciones de algunos estudios en los campos de la Genética y de la Neuroquímica nos permiten profundizar en el modelo integral de la enfermedad del Alcoholismo. Las contribuciones más significativas se resumen a continuación (Sánchez M,J)

1. LOS ESTUDIOS GENÉTICOS

El hecho de que la prevalencia de Alcoholismo es mayor en personas con familiares directos alcohólicos es una observación antigua bien documentada en la actualidad. Entre los factores de riesgo claramente definidos para el desarrollo de alcoholismo se encuentra el antecedente de algún familiar directo alcohólico.

Sin duda el Alcoholismo tiende a la repetición en algunas familias. El estudio de los papeles respectivos de los genes y del medio ambiente social en el desarrollo de Alcoholismo requería del diseño de estudios especiales; estos fueron los estudios en gemelos y los estudios de adopción.

1.1. ESTUDIOS EN GEMELOS

El hecho de que los gemelos monocigóticos (“idénticos”) posean exactamente la misma carga genética entre ellos, permite el estudio comparativo con los gemelos dicigóticos (“fraternos”) cuyas cargas genéticas son solo tan similares como puedan ser las de dos hermanos no gemelos entre sí.

Este hecho permite establecer hasta que punto un rasgo o característica puede ser dependiente de los genes, del ambiente o de ambos. De acuerdo con este razonamiento si una condición está determinada en forma absoluta por la Genética, la concordancia entre gemelos idénticos debe ser del 100% pero tendría que ser superior a la observada en gemelos dicigóticos.

La mayoría de los estudios realizados – no todos- coinciden con estos resultados, mismos que apoyan la idea de que en el Alcoholismo participan factores genéticos. Sin embargo, también puede inferirse de estos datos que otros factores tienen que interactuar con los genes para que se desarrolle el Alcoholismo, ya que de ser la herencia el único factor la concordancia esperada en monocigóticos sería igual o muy cercana al 100%.

1.2. ESTUDIOS DE ADOPCION

Estos también representan un método útil para discriminar el papel del Ambiente y de la Genética en relación con el desarrollo del alcoholismo. Se destacan los autores entre los más importantes que han investigado sobre este campo están: Schuckit en Estados Unidos, Goodwin en Dinamarca y Cloninger en Suecia.

Mark Schuckitt encontró en un estudio en 1974 una mayor prevalencia de Alcoholismo en hijos biológicos comparados con hijos adoptivos de alcohólicos (Schuckitt, M., 1994) Este autor tiene un estudio en el cual da seguimiento a dos poblaciones homogéneas en cuanto a una serie de variables: todos son hombres jóvenes, blancos y de clase media estadounidense. La diferencia entre ambos grupos radica en que no está compuesto por hijos de padre alcohólico y el otro por hijos de padre no alcohólico. En ambas poblaciones estudia la sensibilidad inicial al alcohol y el desarrollo de Alcoholismo. Los resultados preliminares de este estudio orientan a ubicar, tanto el antecedente del padre alcohólico, como la alta tolerancia inicial al alcohol, como factores decisivos de alto riesgo para el desarrollo de Alcoholismo. Se amplían los resultados preliminares de estudio en el apartado sobre marcadores biológicos.

Goodwin, en 1988, publicó los resultados de un estudio realizado en Dinamarca. En la primera etapa de este protocolo comparó dos grupos de hijos adoptivos. En un grupo, uno de los padres biológicos (generalmente el padre) era alcohólico, en el otro este antecedente era negativo. En los hogares de crianza también se controló esta variable siendo el antecedente de Alcoholismo mínimo y similar para ambos grupos. Los resultados de esta fase mostraron que la prevalencia de Alcoholismo fue 2.5 veces superior en los hijos biológicos de alcohólicos que en los hijos de no alcohólicos.

La segunda etapa llevó a comparar la población alcohólica de hijos biológicos de alcohólicos criados en hogares no alcohólicos con sus hermanos biológicos que habían permanecido al lado del padre alcohólico. Los resultados mostraron que no había diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Estos hallazgos reafirmaron las hipótesis del componente genético en el Alcoholismo.

Los estudios de Cloninger en Suecia arrojan resultados similares a los del estudio danés, sin embargo sugieren fuertemente algo que ya Jellinek había mencionado: la existencia de varios tipos de Alcoholismo. Concretamente se describen:

- El Alcoholismo tipo I que ocurre en hombres y mujeres, es menos severo que el tipo II y está asociado alcoholismo de instalación en la adultez en alguno de los padres biológicos. En este tipo de influencia ambiental se considera importante ya que factores psicosociales afectaban su ocurrencia y severidad en la población predispuesta genéticamente.
- El Alcoholismo II se caracterizó por un Alcoholismo severo, significativamente influenciado por factores genéticos y cuya expresión pareció relativamente inafectada por

factores ambientales. Esta forma de Alcoholismo se presentó sólo en hombres, más tempranamente, con frecuencia en la adolescencia y se asoció con conducta agresiva.

Cabe resaltar que otro autor, Hill, describió un tercer tipo de Alcoholismo, similar al tipo II de Cloninger, pero sin conducta agresiva.

Con base en los estudios referidos es posible concluir que el estado actual de conocimientos nos permite hablar categóricamente de la presencia de factores genéticos en la transmisión del Alcoholismo. Queda por resolver cuáles son específicamente estos factores, cómo se transmiten y cuál es su importancia relativa en la expresión de la enfermedad. Por el momento resulta científicamente válido hablar de una susceptibilidad o vulnerabilidad genética, cuya ponderación en la génesis del alcoholismo podría estar en relación con diferentes tipos de la enfermedad. Se requieren más estudios en esta dirección para llegar a conclusiones definitivas.

2. MARCADORES BIOLÓGICOS

Este término se refiere a características heredadas que pueden asociadas con una enfermedad, ya sea directamente en su etiología o a través de factores que transmiten vulnerabilidad. En el caso de Alcoholismo se han estudiado variables bioquímicas, electrofisiológicas y de respuesta individual al alcohol en población alcohólica o de alto riesgo (hijos de alcohólicos), encontrando en algunos estudios algunos datos interesantes que mencionamos a continuación:

2.1. MARCADORES BIOQUÍMICOS:

- Actividad de la enzima monoaminoxidasa (MAO) plaquetaria disminuída en alcohólicos. En algunos estudios esta hallazgo se ha limitado a los alcohólicos tipo II de Cloninger.
- Actividad de la enzima adenilciclase plaquetaria disminuída en alcohólicos en abstinencia.
- Índice de captura plaquetaria de serotonina aumentada en individuos de alto riesgo (hijos de alcohólicos).
- Ausencia de una isoenzima de la aldehidodeshidrogenasa, responsable de la degradación del primer metabolito del alcohol, el acetaldehído, en el hígado. Específicamente entre el 30 y 50 % de los orientales carecen de esta enzima, lo que produce, al contacto con el alcohol, enrojecimiento facial, taquicardia y ardon epigástrico. Este cuadro genéticamente determinado es un buen ejemplo de un factor ligado a una menor vulnerabilidad para el desarrollo de Alcoholismo en esta población.

2.2. MARCADORES ELECTROFISIOLÓGICOS:

- Aumento de la actividad del ritmo beta y disminución de la actividad del ritmo alfa en el electroencefalograma de sujetos de alto riesgo.

- Reducción de la amplitud de la onda P 300 (potencial evocado)en respuesta a estímulos sensoriales en hijos de alcohólicos.

2.3. Respuesta al alcohol:

Los estudios de Schuckit han mostrado los siguientes datos al comparar poblaciones de hijos de padre alcohólico (H.A.) con hijos de padre no alcohólico (H.N.A.):

- Hipersensibilidad a los efectos placenteros de la intoxicación inicial en lo H.A.
- Severidad reducida a los efectos intoxicantes del alcohol en dosis bajas a moderadas en los H.A. (alta tolerancia al alcohol), manifestada por mejor desempeño motor que el grupo de H.N.A.)
- Cambios neurohormonales menores en el grupo de H.A., al contacto con el alcohol, manifestados en los niveles de cortisol, prolactina y hormona adenocorticotrópica.
- Menor respuesta electroencefalográfica en los H.A., después de ingerir alcohol con respecto a los H.N.A.

El estudio de los marcadores biológicos permite inferir la existencia de factores metabólicas heredados que parecen estar relacionados con la vulnerabilidad para desarrollar Alcoholismo. Estos hallazgos pueden llevar, en un futuro no lejano, a la identificación precisa de poblaciones de alto riesgo, lo que permitirá el diseño de estrategias de prevención primaria orientadas a modificar los hábitos con la bebida, incluyéndola posibilidad de elegir la abstinencia.

3. LOS ESTUDIOS NEUROBIOQUÍMICOS

Los avances en las neurociencias han permitido entender mecanismos inherentes a la tolerancia y a la dependencia física, síntomas bien conocidos desde el punto de vista clínico, en el nivel molecular.

El alcohol y otras drogas psicoactivas interfieren con la disponibilidad de ciertos neurotransmisores más comúnmente alterados en los proceso de abuso de drogas son: el ácido gamaminobutírico (GABA), la acetilcolina, la noradrenalina, la dopamina, la serotonina y la beta endorfina.

La correlación entre las diferentes drogas de abuso el neurotransmisor afectado y la función alterada se muestran en la siguiente (Giannini, 1990).

En la persona dependiente el sistema nervioso se adapta al uso continuo de la droga, de modo que funciona adecuadamente cuando esta se encuentra presente. Desde una perspectiva neurobioquímica puede entenderse que el uso repetitivo y compulsivo del adicto obedece a dos factores

1. La evitación de los síntomas de supresión desencadenados por la suspensión del alcohol o la droga y,
2. El reforzamiento positivo creado por los sistemas de recompensa.

El desarrollo de la tolerancia se explica, desde el punto de vista bioquímico como una alteración progresiva en la estructura y en la función neuronal, particularmente en la sinapsis en la que los neurotransmisores modifican su cantidad y su función.

Los síntomas de supresión son la respuesta del “nuevo equilibrio bioquímico” ante la suspensión del alcohol o droga. Es decir, en el adicto la droga implica estabilidad neuroquímica.

En esta medida la ingesta de droga puede explicarse, parcialmente por la necesidad de mantener el equilibrio que equivale a evitar dolorosos síntomas de supresión.

En el caso de la dependencia y la supresión del alcohol, el neurotransmisor directamente involucrado es el GABA. Este neurotransmisor, con características moduladoras y reguladoras participa en numerosas funciones del sistema nervioso central alcohol y de sedantes que también interfieren con este neurotransmisor.

El segundo mecanismo que explica la dependencia desde un punto de vista bioquímico es el efecto “recompensante” de las drogas psicoactivas. Se explica por la activación de sistemas de recompensa (placenteros) en el cerebro, en los que el componente dopaminérgico es crucial. También neuronas relacionadas con opioides y los receptores de opioides juegan un papel en este proceso (NIDA, 1990 y Gardner,1992). Hasta que punto estos sistemas se encuentran desbalanceados previamente a la adicción es un punto sobre el que se ha especulado sin llegar a conclusiones definitivas, sin embargo esta hipótesis puede ligarse con la vulnerabilidad genética, que pudiera explicarse como una deficiencia en ciertos sistemas de neurotransmisores.

El modelo de recompensa cerebral explica el abuso de ciertas sustancias particularmente en los estadios tempranos de la adicción en el que los efectos y connotaciones subjetivas son ampliamente placenteros. Este modelo también puede aportar elementos para desarrollar estrategias auxiliares de tratamiento farmacoterapéutico a través de bloquear los sistemas de recompensa.

Muchos tipos de drogas de abuso, incluyendo morfina, heroína, cocaína, nicotina son capaces de activar el sistema de recompensa. Es muy posible que otras drogas, menos estudiadas, también se relacionen con centros placenteros.

La propiedad de activar estos sistemas recompensantes marca la diferencia entre las sustancias de abuso y otros fármacos cuyas propiedades farmacológicas, no incluyen la activación de sistemas placenteros.

En relación con esta gran cantidad de evidencias, en 1982 la Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM) emitió la siguiente declaración :

“Con base en muchos años de experiencia clínica, reforzada por investigación reciente y continua sobre los aspectos genéticos, bioquímicos y fisiológicos de los efectos del alcohol en los sistemas vivientes y sobre los alcohólicos y sus familias, la ASAM concluye que el Alcoholismo es una enfermedad compleja, primaria y fisiológica y no un trastorno primario de la conducta ni una manifestación sintomática de ningún otro proceso mórbido”.

Más tarde, como se verá en otro apartado, la ASAM consideraría la participación de los factores no biológicos en el Alcoholismo, sin embargo, se infiere que en esta declaración, el objetivo era enfatizar sobre la importancia de los hallazgos realizados en el campo biológico, dejando fuera para cualquier explicación que no tomara en cuenta estos factores.

4. DEFINICIÓN CLÍNICA INTEGRAL

Existen múltiples definiciones de alcoholismo, muchas de ellas con elementos útiles. Por su carácter actualizado y por incluir los diferentes factores que influyen en la etiología y en el desarrollo del alcoholismo, adoptaremos la definición de la ASAM (Asociación Americana de Medicina Adictiva). Por otro lado se adoptan los criterios del DSM IV por constituir un instrumento clínico útil y homogéneo, aplicable a la dependencia de cualquier sustancia psicoactiva.

4.1. DEFINICION DE LA ASAM

Entre muchas definiciones existentes adoptada por la ASAM y por el NCADD (National council on Alcohol and Drug Dependence) resulta la más útil, completa y actualizada. La transcribo a continuación literalmente como fue publicada en 1990 y analizaré el sentido de cada uno de los términos utilizados.

“El Alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales, que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Se caracteriza por presentar en forma continua o periódica: pérdida de control sobre la bebida, preocupación por la droga alcohol, uso del alcohol a pesar de sus adversas consecuencias y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación”

*Enfermedad: se refiere a una discapacidad involuntaria. Se manifiesta en un conjunto de fenómenos anormales

Estos fenómenos se asocian con una serie de características, por las que estos individuos difieren de la norma y que los coloca en desventaja.

- Primaria: se refiere al Alcoholismo como una entidad clínica (enfermedad) adicional o independiente de otros estados fisiopatológicos que puedan asociarse con ella. El término sugiere que el Alcoholismo, como proceso adictivo, no es un síntoma de un estado mórbido subyacente.
- Frecuentemente progresiva y fatal. Significa que la enfermedad persiste a lo largo del tiempo y que los cambios físicos, emocionales y sociales son frecuentemente acumulativos y progresan en la medida en que la bebida continua. El alcoholismo produce muerte prematura a través de sobredosis, complicaciones orgánicas que incluyen el cerebro, hígado, corazón y muchos otros órganos, y contribuyendo al Suicidio, homicidio, accidentes vehiculares y otros eventos traumáticos
- Pérdida de control: se refiere a la incapacidad para limitar el uso de alcohol o para limitar consistentemente la duración del episodio, la cantidad consumida y/o las consecuencias conductuales del beber.
- Preocupación: en relación con el uso de alcohol significa atención focalizada excesiva dada al alcohol, sus efectos y/o su uso. El valor relativo asignado al alcohol por el individuo, frecuentemente lo lleva a desviar sus energías de asuntos importantes de la vida.
- Consecuencias adversas en las siguientes áreas de la vida:
 - Salud física: síndromes de supresión, enfermedades hepáticas, gastritis, anemias, problemas neurológicos.
 - Funcionamiento psicológico: trastornos cognitivos, cambios en el ánimo y en el comportamiento.
 - Funcionamiento interpersonal : problemas maritales, abuso infantil, relaciones sociales afectadas.
 - Funcionamiento ocupacional: problemas escolares o laborales.
 - Problemas legales, financieros o espirituales.

*Negación: se emplea no sólo en el sentido psicoanalítico de un mecanismo de defensa psicológico único que distorsiona el significado de los eventos sino más ampliamente para incluir un conjunto de maniobras psicológicas destinadas a reducir la conciencia del hecho de que el uso del alcohol es la causa de los problemas del individuo y no la solución a esos problemas. Negación se convierte en una parte integral de la enfermedad y un obstáculo mayor a la recuperación.

Esta definición de ASAM aporta elementos claves, que se reflejan en el abordaje clínico, tales como el concepto de enfermedad primaria y las distorsiones en el pensamiento . Asimismo confluyen elementos provenientes de los campos de la clínica y de la investigación aportados por muchos estudiosos del alcoholismo a lo largo de 60 años.

5. Definición del DSM IV (APA, 1994)

1. En forma similar a la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10, define genéricamente la dependencia de sustancias considerando que los elementos básicos son esencialmente similares, para cualquier dependencia química, independientemente de la sustancia de que se trate. A continuación transcribo textualmente los criterios diagnósticos contenidos en dicho Manual. 2. Dependencia de sustancias: un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) El síndrome de Abstinencia característico para la sustancia
- b) Se toma la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho más tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ej., continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera

El DSM-IV agrega que en tanto se encuentren presentes los criterios 1 y 2 es válido hablar de dependencia fisiológica

El DSM-IV y el CIE 10 permiten sistematizar el diagnóstico de una manera clara, con criterios concretos, que incluyen los aspectos de tolerancia, supresión, compulsión, pérdida de control y consecuencias adversas, por lo tanto representan instrumentos de apoyo para un diagnóstico clínico preciso y homogéneo.

6. EL MODELO DE ENFERMEDAD BIOPSIICOSOCIAL

(Wallace, J) El entusiasmo generado por las aportaciones de los estudios genéticos, neuroquímicos y neurofisiológicos, llevo a algunos autores a caer en extremos exclusivistas, llegando a considerar al Alcoholismo únicamente en términos de sus factores biológicos. Un enfoque simplista y reduccionista, independientemente de que proceda de la Moral, de la Psicología o de la Biología tiene poca cabida en la Medicina actual, mucho más tratándose de entidades complejas como son las farmacodependencias o trastornos de uso de sustancias.

La definición de la ASAM contiene los elementos necesarios para considerar el problema en su totalidad bajo un enfoque biopsicosocial. Este modelo tiene varias ventajas, que de acuerdo con Wallace son:

-Permita incluir en lugar de excluir. Estimula la libre exploración entre y al interior de disciplinas importantes del campo clínico y científico.

-Corresponde con la compleja realidad mucho mejor que cualquier modelo unidimensional proveniente del campo biológico, psicológico o social

-Fomenta los esfuerzos colaborativos interdisciplinarios.

Se han enfatizado los fundamentos biológicos de la enfermedad para ubicar claramente el Alcoholismo en su contexto de enfermedad primaria. A continuación se abordan algunas visiones emanadas de diferentes campos, intentando enfocar aquellas aportaciones que enriquecen el modelo biopsicosocial de enfermedad del Alcoholismo.

7. MODELO DE JOHNSON

(Vernon J,1980) El Instituto Johnson de Minneapolis propone un modelo surgido del trabajo directo con miles de alcohólicos y sus distorsiones cognitivas

Un gran mérito de este modelo es que permite entender las dificultades inherentes al proceso de la enfermedad- para abordar terapéuticamente al alcohólico.

Este esquema explica la utilización de mecanismos de defensa inconscientes que tienden a perpetuar el uso adictivo, no a partir de pulsiones autodestructivas sino por la connotación positiva que tienen los efectos de la sustancia en mente del adicto. Johnson explica en el plano psicológico lo que la Neuroquímica estudia sobre los sistemas de recompensa cerebral. Desde estas perspectivas la "lógica" de la adicción está ligada a la búsqueda del placer.

Este Modelo propone cuatro fases emocionales en la progresión del Alcoholismo.

En la primera de ellas, el alcohol mueve al bebedor en la dirección de una experiencia placentera. Gradualmente aprende que la modificación del estado de ánimo es predecible e inequívoca. Es decir, el uso produce consecuencias emocionales positivas. En esta fase el bebedor aprende que el alcohol opera siempre y continúa no sólo usándolo, sino desarrollando una relación íntima con él, en la que el ingrediente básico es la confianza. La experiencia construida sobre la experiencia y consolidada a lo largo del tiempo, configura una relación profundamente arraigada y permanentemente entre el alcohólico y el alcohol.

En la segunda fase, el bebedor puede empezar a presentar episodios excesivos y repetitivos de consumo, pero aún regresa al punto de partida, es decir aún no hay costo desde el punto de vista emocional o estos son mínimos.

En la tercera fase empieza a existir el costo emocional. La dependencia se ha instalado. El alcohólico, después de beber, no regresa al punto emocional de partida. Hay incomodidad sobre la bebida y sus consecuencias. A medida que los costos emocionales se incrementan surgen las racionalizaciones para explicar conducta alcohólica. La racionalización trabaja a favor de la enfermedad y se incrementa paralelamente a ella. En la medida en que la conducta se vuelve más bizarra y dolorosa las racionalizaciones aumentan para satisfacer la necesidad creciente de autoengaño Evidentemente que este proceso de distorsión del pensamiento se da en forma automática e inconsciente. El enfermo se encuentra atrapado

entre el alivio real que experimenta cada vez que consume y los costos reales de la dependencia que sus mecanismos defensivos no le permiten ver.

En la cuarta fase la dependencia se agrava, así como sus consecuencias en todas las áreas de la vida. El alcohólico se siente invadido por sentimientos ansiedad, culpa, vergüenza, remordimiento y depresión. La intoxicación alivia efímeramente estos síntomas sin producir ya los episodios placenteros de antaño. El sistema defensivo crece: la proyección alcanza niveles inimaginables, el enfermo se concibe como víctima en un mundo que no lo comprende. Es incapaz de interconectar el mal estado de las cosas en su vida con su uso compulsivo; las consecuencias negativas no se entienden como tales. Se ha instalado el sistema de la negación que tiende a incrementarse en forma paralela a la progresión de la dependencia.

Este Modelo nos muestra una visión psicodinámica del Alcoholismo partiendo de los componentes cognitivos inherentes a la enfermedad misma, con la ventaja de poder intervenir directamente sobre el proceso mismo y no sobre otros aspectos de la psicodinamia individual que, abordados en el curso de la dependencia activa tienden a desviar o a retrasar el logro de una introspección sobre el problema primario. Esta introspección debe incluir en primer término el restablecimiento de una visión realista que relacione directamente el consumo adictivo con sus consecuencias.

8. OTROS ENFOQUES PSICODINÁMICOS

Los enfoques tradicionales han visto al Alcoholismo fundamentalmente como un síntoma secundario a conflictos inconscientes no como un síndrome primario con características propias. Esto implica que la atención clínica se desvía hacia los supuestos “conflictos psicológicos primarios”, esperando que al aclararlos el “síntoma” remita espontáneamente. El resultado de este enfoque es, con frecuencia, el reforzamiento de los mecanismos defensivos del alcohólico: racionalización, proyección y negación, con la consecuente progresión de la enfermedad alcohólica.

El trabajo psicodinámico en los alcohólicos y dependientes químicos puede ser útil en la medida en que se sitúa en un modelo integral de la adicción y se desprende del enfoque lineal determinista: causa(conflicto inconsciente primario) y efecto (beber compulsivamente), logrando ver los síntomas psicológicos y psicopatológicos en un contexto más amplio en el que éstos:

- A veces inciden en expresión o aparición de la enfermedad
- Con frecuencia inciden en su mantenimiento y desarrollo
- Con frecuencia representan consecuencias mas que causas del Alcoholismo y,
- Con frecuencia inciden en el síndrome de recaída.

Entre las contribuciones útiles, desde este enfoque, debe mencionarse en primer término Harry Tiebout, quien fuera un psiquiatra con orientación psicodinámica, cercano a los principios y a los miembros de Alcohólicos Anónimos (A.A.) en las décadas del años 40 y 60s. Él retomó la idea de A.A. sobre la necesidad de “rendirse” o “derrotarse”(aceptar la propia incapacidad para controlar el alcohol) y estudió los factores del Ego, entendido, como los elementos persistentes en la mente adulta de la naturaleza original del niño, es decir: omnipotencia, pobre tolerancia a la frustración e incapacidad para esperar y posponer. Tiebout señaló la necesidad de reducir estos factores en los alcohólicos para lograr el cambio (Tiebout H, 1990).

Kernberg elaboró la idea de un Yo grandioso patológico, alimentado por el alcohol, que se aísla afectiva y cognitivamente del Yo débil que vive sentimientos crónicos de pobre autoestima. Bajo este enfoque la soberbia y la grandiosidad son totalmente compensatorias.

Otro punto de vista que ha recibido atención es el de (Khantzian E, 1986) sobre los trastornos en la autorregulación de los afectos, del autocuidado y autoprotección. Este autor afirma que las dificultades en las relaciones objetales(interpersonales) están conectadas con esta pobre capacidad autoreguladora.

Otra línea que tradicionalmente ha recibido atención es la de explicarse el uso de sustancias como medicación en respuesta al sufrimiento psicológico. Es cierto que en buen número de adictos la automedicación juega un papel importante, cuando se presentan (trastornos duales) o reacciones adaptativas severas. La adopción completa de este enfoque por algunos psiquiatras y psicólogos provoca el que en ocasiones se atienda alguno o varios de los múltiples síntomas psíquicos del Alcoholismo descuidando el problema adictivo de fondo. La experiencia clínica sugiere que el dolor psicológico debe verse, en primera instancia, como un elemento provocado o agravado por el Alcoholismo, situación que el alcohólico es incapaz de ver sus propias distorsiones cognitivas.

9. MODELO COGNITIVO

Este modelo enfatiza la importancia de los pensamientos, creencias e ideas (factores cognitivos) como determinantes con respecto a las emociones y a los comportamientos.

Este enfoque y particularmente la Teoría Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis, 1980, reconoce el carácter multifactorial y especialmente el papel de los factores biológicos en la génesis del Alcoholismo. Su aportación se enfoca en la participación que tienen los factores cognitivos en el mantenimiento y desarrollo de las adicciones.

La TRE postula que las ideas irracionales relacionadas con una baja tolerancia a la frustración juegan un papel importante en la adicción. Desde esta perspectiva las creencias Irracionales tales como: “No puedo aguantar, resistir o funcionar sin beber o usar”, crean un estado de ansiedad, ligado a la baja tolerancia la frustración que es aliviado en forma rápida y efectiva a través del consumo de químicos. Los alcohólicos y dependientes químicos no se permiten estar incómodos el tiempo suficiente como para alcanzar a aprender estrategias efectivas para lidiar con la realidad. Estas estrategias se orientan a lograr los cambios cognitivos necesarios que elevan la capacidad de tolerar la frustración. Este enfoque proporciona un esquema útil de trabajo en la recuperación temprana y es compatible con el modelo de enfermedad.

10. MODELO GESTÁLTICO

Desde esta perspectiva el Alcoholismo representa un trastorno en la autoregulación del organismo (Carlock J, 1990). El proceso de autoregulación normalmente se logra a través de la identificación de necesidades y estableciendo las acciones que llevan al contacto apropiado para lograr la satisfacción de dichas necesidades. Este ciclo se altera en el Alcoholismo. El alcohólico bebe en respuesta a la experiencia de sí mismo, del ambiente y de otras personas. Las sensaciones internas que normalmente indicarías necesidades biológicas o afectivas se organizan y acceden a la conciencia como una necesidad de beber o consumir. Lo mismo ocurre con una gran gama de estímulos ambientales y experiencias sensoriales relacionados con la interacción social e interpersonal.

El Alcoholismo representa entonces, una alteración extrema en la autoregulación, en la que dejan de atenderse una gran cantidad de necesidades biológicas y afectivas creando carencias, desequilibrios y vacíos.

En contraste con modelo cognitivo que enfatiza la identificación de ideas y pensamientos, el enfoque Gestáltico se centra en la identificación de sensaciones y sentimientos, lo que a su vez lleva a la identificación de necesidades. Ambos enfoques representan vías de autoexploración.

Podemos considerar que ambos enfoques pueden ser complementarios. Su diferencia básica con el enfoque psicodinámico tradicional(psicoanalítico) es un mayor interés por “el aquí y el ahora” y una mayor preocupación por el “que” y el para que”.

11. EL MODELO SISTEMICO FAMILIAR

La teoría de los sistemas asume que todas las personas de una unidad familiar juegan un papel, en el modo como los miembros se interrelacionan y el modo como los síntomas emergen. Este enfoque se interesa por los hechos : qué pasa, cómo pasa, cuándo y dónde pasa. Evita la preocupación casi automática del porqué (Bowen, 1974)

La bebida es la expresión directa de la tensión creada por conflictos dentro del sistema, o como una parte integral y mantenedora del sistema, especialmente de la distribución del poder y de los roles establecidos.

En muchas familias con alcoholismo, el alcohol es el foco central y el principio organizador alrededor del cual se centran las interacciones familiares. Son las familias a las que Steinglass llama familias alcohólicas. En ellas la estabilidad llega a depender de los fenómenos relacionados con el alcohol. Estas familias suelen enfatizar la estabilidad momentánea a costa del crecimiento a largo plazo. El desarrollo de la familia se trastorna por las consecuencias y la organización de la familia alrededor del alcohol. Steinglass encuentra también que en torno al alcohólico activo (bebiendo o consumiendo alcohol), o sobrio ocurren diferentes conductas familiares. Este enfoque ha mostrado su utilidad en la medida en que, al provocar cambios en la organización del sistema familiar, se producen cambios en los diferentes miembros del mismo. Este hecho es de particular importancia en la recuperación del alcoholismo. En la que óptimamente los cambios deben abarcar los diferentes elementos del sistema.

En la medida en que este enfoque se mantiene abierto y no se limita a ver el alcoholismo como un problema reactivo u organizacional, sino que logra incluir la perspectiva biológica y psicoemocional individual del modelo de enfermedad su aportación es particularmente valiosa.

El modelo sistémico comparte con el modelo Cognitivo y el modelo Gestático el interés prioritario por los fenómenos (pensamientos, sentimientos o modelos de organización) que ocurren en el presente mas que por las causas que les dieron origen.

12. MODELO CENTRADO PATOLOGIA SECUNDARIA

Este enfoque ha predominado durante muchas décadas en las aulas, carrera de medicina, en los hospitales, en los hospitales generales y, en ocasiones en los hospitales psiquiátricos.

Este enfoque enfatiza las complicaciones del alcoholismo. En el plano médico, se ocupa de : Cirrosis Hepática, Pancreatitis, Neuropatías, Hemorragias de Tubo Digestivo, entre otras. En el plano Psiquiátrico: cuadros depresivos, ansiosos y otros trastornos secundarios que reciben la atención prioritaria. En cuanto el paciente supera la fase aguda o compensa el padecimiento crónico, es dado de alta con una serie de recomendaciones, de prescripciones y algunas predicciones de catástrofe en el caso de que siga bebiendo. Algunas veces la recomendación se orienta a beber con moderación. En otras ocasiones la Conexión no se explora, quedando subestimada la relación de muchos accidentes, homicidios, suicidios (intentados o consumados) y traumatismos diversos relacionados con el Alcoholismo como factor causal.

Hace aproximadamente 60 años Jollife se dio cuenta de la necesidad de estudiar al alcoholismo como problema primario. No obstante, hoy en día, en muchos casos no se incorpora a la práctica médica cotidiana un concepto de enfermedad del alcoholismo suficientemente claro y completo.

En el terreno psiquiátrico, los manuales de clasificación de enfermedades (DSM Y los CIE no brindan la metodología necesaria para poder clasificar un trastorno psiquiátrico como primario o secundario a dependencia de sustancias. No obstante, en éstos hay conocimiento sistematizado. Una parte importante del trabajo clínico de los psiquiatras , psicólogos clínicos y especialistas en adicciones debe orientarse al diagnóstico diferencial entre trastornos duales (comorbilidad psiquiátrica) y trastornos inducidos por sustancias. Esto es particularmente importante para los cuadros de depresión, ansiedad e insomnio, que en la persona quimicodependiente frecuentemente son inducidos por la dependencia misma. Asimismo los profesionistas mencionados pueden brindar la ayuda al adicto, a través del conocimientos de los fenómenos fisiopatológicos, psicopatológicos inherentes al alcoholismo puede enfocar integralmente el problema y atenderlo y/o canalizarlo a tratamiento primario y/o al tratamiento de complicaciones médico-psiquiátricas.

Estos enfoques son algunos de los más importantes para el tratamiento en el alcoholismo.

VII. RAPS 4. PRUEBA DE DETECCIÓN RAPIDA DE PROBLEMAS DE ALCOHOL- (RAPID ALCOHOL PROBLEMS SCREEN)

1. ANTECEDENTES

Evaluación de validez de los instrumentos de detección de problemas de alcohol

Para evaluar los instrumentos de detección de problemas de alcohol, los investigadores han evaluado la habilidad de los instrumentos estandar para identificar a los bebedores problema que se ubican dentro de los criterios del diagnóstico de los trastornos relacionados con el alcohol. Tal como se especifica en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1990) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) (Asociación Psiquiátrica Americana 1994). Estos análisis han comprobado que varios instrumentos difieren en su validez. Un factor que influye en la validez es si el instrumento evalúa problemas de consumo que han ocurrido en cualquier momento en la vida del paciente o sólo evalúa problemas de consumo reciente (por ejemplo en un lapso de los últimos doce meses). En la mayoría de las evaluaciones clínicas, el diagnóstico se centra en la identificación de los problemas actuales con el alcohol. Por lo tanto, los instrumentos que evalúan problemas de consumo actuales o recientes tendrían una validez mayor en estos ambientes comparados con instrumentos que evalúan problemas de consumo que ocurren durante toda la vida (Cherpitel, 1997c)

Dos medidas importantes en cuanto a la validez de los instrumentos de detección en sus ambientes clínicos es su sensibilidad y especificidad. La sensibilidad esta definida como el porcentaje de todos los pacientes que tienen una condición, (por ejemplo: alcoholismo) y que fueron correctamente identificados por el instrumento como personas con esa condición. Por lo tanto, la sensibilidad de un 80% indica que un instrumento identifica correctamente a un 80% de todos los alcohólicos en una muestra. La especificidad esta definida como el porcentaje de todos los pacientes sin ese trastorno. La especificidad del 90% indica que el instrumento indica correctamente el 90% de todos los no alcohólicos en la muestra. A medida que la sensibilidad de un instrumento sube su especificidad por lo general baja. En ambientes prácticos la sensibilidad por lo general es más relevante que la especificidad, ya que es más importante identificar a todos los bebedores problema en potencia, aunque al mismo tiempo se identifique falsamente a los bebedores que no tienen problema (Cherpitel, 1997c).

La validez de un instrumento de medición tiene que ver con lo que mide y qué tan bien lo hace; nos indica qué se puede inferir a partir de sus resultados (Anastasi, 1997, p.113).

Para los propósitos de esta investigación se va a aplicar la validez de criterio:

(Dawe, 2002), En el contexto de instrumentos de detección y diagnóstico, la validez concurrente es un aspecto de validez de criterio. Los estudios en la validez concurrente es la relación entre un instrumento y el criterio, por ejemplo, una diagnosis. Esencialmente, la validez concurrente se refiere a la relación entre las calificaciones en el instrumento de interés y otra medida del mismo constructo o una diagnosis al mismo tiempo. Para ilustrar esto: Cherpitel (2000) desarrolló el RAPS4 que es un instrumento breve para medir la dependencia de alcohol, se pueden comparar las calificaciones que den los pacientes con este nuevo instrumento con otras medidas estandarizadas de dependencia de alcohol o contra un sistema diagnóstico mayor, como el DSM-IV.

- A continuación se analiza la sensibilidad como de la especificidad de cada uno de los cinco ítems del RAPS- Prueba de Detección Rápida de Problemas de Alcohol sobre dependencia de alcohol y separadamente sobre el consumo perjudicial y abuso de los subgrupos de género y étnicos. Los cinco ítems son las siguientes:

1)¿Durante el último año ha sentido culpa o remordimiento después de beber? (Remordimiento) (AUDIT); 2) ¿Durante el último año un amigo o familiar le dijo de algunas cosas que dijo o hizo cuando usted estaba bebiendo, las cuales no recordaba? (Amnesia también llamada Laguna) (TWEAK); 3)¿Durante el último año ha dejado de hacer algo que normalmente se esperaba de usted porque bebió? (Desempeño) (AUDIT); 4) ¿ Durante el último año ha bebido una copa en la mañana cuando se levanta? (El Iniciador también llamado Despertar) (TWEAK) y 5) Durante el último año ha perdido amigos, novios, novias porque bebió? (Pérdida) (MAST BREVE). Los resultados de esta investigación nos proporcionan que entre los cinco ítems, el Remordimiento mostró más alta sensibilidad para la dependencia de alcohol (83%) con una buena especificidad (84%) para el total de la muestra; para la sensibilidad también fue más alta para este ítem comparada con los otros cuatro ítems para los subgrupos de género y étnicos; hombres (84%), para las mujeres (80%) y para los blancos/otros (84%), los hispanos (83%), y negros (77%). Este ítems también funcionó mejor que los otros ítems en cuanto consumo perjudicial o abuso para la muestra total (44%) para la sensibilidad (72%) para la especificidad en los subgrupos. Los que contestaron positivamente esta pregunta subsecuentemente fueron relevados del análisis y se examinó la sensibilidad y la especificidad de los cuatro ítems que quedaban. Ninguna de las preguntas o ítems mostró una sensibilidad más alta en los subgrupos de género y étnicos pero la Pérdida mostró más baja sensibilidad de todas las preguntas en todos los grupos étnicos y se consideró que aportaba poco a la medida.

La Sensibilidad y la Especificidad de esta nueva medida de cuatro preguntas o ítems, el RAPS (Remordimiento, Amnesia, Desempeño y Iniciador o Despertar) fueron analizadas en todos los subgrupos en esta muestra .

Una respuesta positiva a alguna de estos cuatro ítems proporciona un 93% de sensibilidad y 87% de especificidad para la dependencia de alcohol. La sensibilidad fue igualmente buena para los hombres y mujeres y el desempeño no varió en los grupos étnicos. En cuanto al consumo perjudicial o abuso la sensibilidad fue de 55% y la especificidad de 79%. La sensibilidad no fue tan buena para las mujeres como en la de los hombres y el desempeño no fue uniforme en los grupos étnicos, fue algo mejor en el caso de los negros que en el caso de los hispanos y blancos

2. INSTRUMENTO DEL RAPS4 (Morales, G., 20005)

DETECCION RAPIDA DE PROBLEMAS DE ALCOHOL*

Este cuestionario consta de cuatro preguntas. Lea cada una y conteste por favor si la respuesta para usted es positiva o negativa en los últimos doce meses, marque con una x dentro del paréntesis del lado derecho. Sea sincero consigo mismo. La información es confidencial. Gracias.

Positiva Negativa

- 1) ¿Durante el último año ha sentido culpa o remordimiento después de beber? () ()
- 2) ¿Durante el último año un amigo o familiar le dijo de algunas cosas que dijo o hizo cuando usted estaba bebiendo, las cuales no recordaba? () ()
- 3) ¿Durante el último año ha dejado de hacer algo que normalmente se esperaba de usted porque bebió? () ()
- 4) ¿Durante el último año ha bebido una copa en la mañana cuando se levanta? () ()

*Traducido y adaptado por la Mtra., en Psicología, Gloria Valentina Morales Lavin

2.1. JUSTIFICACIÓN

El RAPS4 (Prueba de Detección Rápida de Problemas de Alcohol) es un instrumento útil, breve, sensible, específico, (Cherpitel 1999 y 2000) se encontró como una medida para detectar la Dependencia de Alcohol según los criterios del CIE-10 Y EL DSM-IV.

Por otra parte, de acuerdo con el INEGI,2007, las cifras que se analizan en realidad son datos del2005, los intentos de suicidio registrados que ocurrieron en el territorio nacional reflejaron un mayor nivel de concentración en seis entidades federativas(79.9%): Durango(20.3%), Coahuila (17.6%), Yucatán (13.1%), Nuevo León, (12.6%), Jalisco (9.9%) y D.F.(6.3%).

El DSM- IV y el CIE 10 permiten sistematizar el diagnóstico de una manera clara, con criterios concretos, que incluyen los aspectos de tolerancia, supresión, compulsión, pérdida de control y consecuencias adversas, por lo tanto representan instrumentos de apoyo para un diagnóstico clínico preciso y homogéneo.

Puesto que el consumo problemático de alcohol es un factor de riesgo para la mortalidad en México, este proyecto es una aportación práctica en un instrumento (RAPS4) breve, útil y económico para una población clínica mexicana en los servicios de urgencia. También una aportación psico-social ya que se podría preveer más psicopatología en el paciente al detectarlo y poder canalizarlo a rehabilitación.

Por lo tanto, si se logra detectar oportunamente a las personas de 18 años o mayores será un logro importante en lo que se refiere a la prevención primaria y/o secundaria en el campo clínico, ya existen numerosos estudios que han manifestado que muchos consumidores problema, consumo perjudicial o abuso de alcohol pueden beneficiarse de intervenciones breves del médico en el

momento de una consulta (Buchsbaum 1994, Cherpitel 1997c). Así como coadyuvar a referir a los pacientes a rehabilitación u otros tratamientos especializados. Por ende, el RAPS4 es un instrumento sensible, específico, útil, breve, sencillo y rápido que puede detectar dependencia de alcohol y puede aplicarse en el campo clínico sobre todo en los servicios de urgencia (Cherpitel, 2000).

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dependencia de alcohol es un problema grave de Salud Pública. Se ha encontrado que el consumo de alcohol fuerte y frecuente es un problema que prevalece en la población de los servicios de urgencia (Cherpitel, 1993 y 1995b). Para plantear un problema de investigación es necesario hechos observados y comprobados, consecuencias y posibles soluciones (Rivas, 2004). Se observa que es un problema contar con un método en un instrumento que sea válido en su sensibilidad, breve, rápido y sencillo para detectar la dependencia de alcohol en nuestro país, por lo que se plantea la pregunta siguiente: ¿ La prueba de detección rápida de problemas de alcohol (RAPS4) será un método de detección rápido, breve, válido en su sensibilidad y especificidad contra los criterios del CIE-10 Y DSM-IV (sección de alcohol del CIDI) en los últimos doce meses para ambos sexos de 18 años o mayores en la población de servicios de urgencia en México?. Puesto que es imprescindible para la prevención secundaria y su correspondiente rehabilitación y tratamiento especializado. Dada la dificultad que representa detectar e identificar a personas con problema de bebida cuyo consumo de alcohol llega a ser muy peligroso para la salud de quien la padece y para la sociedad en general. Así en términos de

prevención secundaria, la detección y el tratamiento oportuno constituyen una tarea importantísima de la aplicación de los programas contra la dependencia de sustancias o adicciones. La detección es la forma de examinar al individuo utilizando sólo parte de los procedimientos diagnósticos usuales (Babor, de la Fuente, Saunders y Grant (1989). Las estimaciones de problemas con el alcohol puede hacerse por medio de entrevistas o de cuestionarios autoadministrados.

Por consiguiente, el RAPS4 – Prueba de Detección Rápida de Problemas de Alcohol fue diseñada para mejorar su validez en su sensibilidad y especificidad de los instrumentos de detección existentes para la identificación de los actuales bebedores que habían cumplido con los criterios del CIE-10 y DSM-IV para la dependencia de alcohol durante los últimos doce meses, para hombres y mujeres en varios grupos étnicos (Cherpitel, 2000)

3. VENTAJAS (Morales G , 2005)

PRUEBA RAPIDA DE PROBLEMAS DE ALCOHOL RAPS4

- Consiste en cuatro preguntas en una escala de cuatro puntos
- Económica en tiempo, ya que sólo se contesta de 3 a 5 minutos
- Es una prueba de papel y lápiz
- Es fácil de leer, con un nivel mínimo de lectura de séptimo año
- Los pacientes se benefician en una consulta médica (con médicos o especialistas en adicciones), en la prevención primaria y secundaria para ambos sexos, de edades de 18 años o mayores, y poder canalizarlos a estudios médicos y rehabilitación
- Se puede integrar como parte de la entrevista o de una batería psicométrica clínica para su correspondiente investigación
- Puede ser autoadministrado
- Ha demostrado su alta validez en su sensibilidad (93%) y en su especificidad (87%) para detectar alcoholismo o dependencia de alcohol en ambos sexos de 18 años o mayores en diferentes grupos étnicos en los servicios de urgencia y atención primaria.

VIII.CONCLUSIONES

De acuerdo con las investigaciones del Suicidio, Prevención del Suicidio y el Alcoholismo que son fenómenos importantes de Salud Pública en todo el mundo que causan alta mortalidad, según la OPS/OMS, 2008, señalan que el suicidio es una de las primeras causas en todos los países del mundo entre personas de 15 a 34 años de edad, estimando que un millón de personas se quitan la vida al año y sus efectos psicológicos, económicos, sociales repercuten fuertemente y por largo tiempo en el entorno de la víctima. Así los ya mencionados en la investigación del concepto del Alcoholismo como enfermedad primaria y sus diversos modelos para el tratamiento respectivo, podríamos coadyuvar a Prever el Suicidio, ya que en 1999, la OPS/OMS lanzaron a escala mundial SUPRE, una iniciativa que busca la reducción de las tasas de suicidio y de intentos suicidas, contribuyendo a incrementar la atención hacia los comportamientos suicidas e identificando variables válidas y fiables para determinar los factores de riesgo. SUPRE también busca mejorar la eficiencia de los servicios de salud destacando intervenciones específicas y efectivas que se están aplicando en la salud pública para reducir los intentos de suicidio. Así aplicar el Manejo del Paciente Suicida y el Resumen de los Pasos en la Prevención del Suicidio. Asimismo prevenir una muerte y dar mejor vida al presunto suicida y familiar como menciona el Dr. I. Alfonso Reyes Zubiría en los Momentos del Tanatólogo en lo que se refiere a la Prevención del Suicidio que tiene lugar cuando una persona está cursando por etapas de Ideación Suicidas o Conducta Suicida, persona que piense o quiera matarse. Ante esto podemos aplicar las guías que

pueden ayudar tanto a la prevención como la intervención, de acuerdo a la Asociación Americana de Suicidiología (AAS), éstas ya mencionadas en esta investigación.

En el 2004, el día mundial para la prevención del suicidio, organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), establecen medidas a nivel mundial sobre el Suicidio:

Entre los factores de protección contra el suicidio, podemos citar una mejor autoestima y unas adecuadas relaciones sociales, sobre todo con los familiares y amigos, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Asimismo existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, y así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido. Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda, como las líneas de ayuda benévola y los programas de chequeo telefónico de las personas de edad avanzada, han tenido resultados alentadores. Además, las intervenciones psicosociales, los centros de prevención del suicidio. Se destaca el enorme papel y responsabilidad de los medios de comunicación, así como de toda la sociedad, ya que en este fenómeno del suicidio, para contribuir a que se reduzcan las enormes cargas de un fenómeno que se calcula podría superar en el año 2020 un número aproximado de muertes de millón y medio de individuos.

Por lo tanto, todos podemos hacer algo para tratar de reducir el número de personas que tratan de resolver sus problemas con comportamiento suicida. Atender los factores de riesgo y reforzar los factores de protección como estrategia preventiva. Proporcionarles, orientación, ayuda, apoyo, afecto, tratándolos psicológicamente y tanatólogicamente como personas- seres humanos únicos, como una unidad biopsicosocialespiritual.

Por otra parte, mi aportación del RAPS4 - Prueba de Detección Rápida de Problemas de Alcohol ha demostrado su alta validez en su sensibilidad (93%) y en su especificidad (87%) para detectar alcoholismo o dependencia de alcohol en ambos sexos de 18 años o mayores en diferentes grupos étnicos en los servicios de urgencia y atención primaria.

Puesto que el consumo problemático de alcohol es un factor de riesgo para la mortalidad en México, esta investigación es una aportación para mi país México, práctica en un instrumento (RAPS4) breve, útil y económico para una población clínica mexicana en los servicios de urgencia y atención primaria . También una aportación psico-social ya que se podría preveer más psicopatología en el paciente al detectarlo y poder canalizarlo a rehabilitación. Y por supuesto prevenir su suicidio crónico y muerte. Así poder proporcionarle esperanza en su vida, inyectándole sentido a su vida en una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, si se logra detectar oportunamente a las personas de 18 años o mayores será un logro importante en lo que se refiere a la prevención primaria y/o secundaria en el campo clínico, ya

existen numerosos estudios que han manifestado que muchos consumidores problema, consumo perjudicial o abuso de alcohol pueden beneficiarse de intervenciones breves del médico y/o especialista en adicciones (en el momento de una consulta (Buchsbaum 1994, Cherpitel 1997c). Así como coadyuvar a referir a los pacientes a rehabilitación u otros tratamientos especializados. Por ende, el RAPS4 es un instrumento sensible, específico, útil, breve, sencillo y rápido que puede detectar dependencia de alcohol y puede aplicarse en el campo clínico sobre todo en los servicios de urgencia y atención primaria (Cherpitel, 2000).

IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen J, Litten R, Fertin J, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21: 613-619, 1997.

American Psychiatric, DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, Barcelona : Masson, S.A. 181- 1999, 1995.

American Society of Addiction Medicine. Inc. Public Policy Statement on Alcoholism as Primary Disease. American Society of Addiction Medicine. Review Course Syllabus. Washington: 25,1990.

Anderson J, Berry D. Redacción de tesis y trabajos escolares. Traducción Andrés MA. Mateo, 12ª. Impr. México : Diana, 1986.

Angst J, Angst F, Stossen, HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*: 60, Suppl.2: 57-62. 1999.

Babor T, De la Fuente J, Saunders J, Grant M. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care, WHO Publication No. 89.4, Geneva: World Health Organization, 1989.

Berruecos L. La investigación Etnográfica de las Adicciones, Capítulo II Curso básico sobre las adicciones. México : Centro contra las Adicciones, 1994.

Berruecos L. En internet:www.q4q.nl/alcohol/mexicoalcoholsp.htm. Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo de alcohol y alcoholismo en México.(2008).

Borges, G, Cherpitel Ch, Rosovsky H. Male drinking and violence- related Injury in the emergency room. *Addiction* 93 : 103-112. 1998.

Bowen M. A Family System Approach to Alcoholism. *Addiction*. 21 (2) :3-11,1974.

Buchsbaum, D. Effectiveness of treatment in general medicine patients with drinking problems. *Alcohol Health & Research World* 18: 140-145, 1994.

Carlock J. The Alcoholic: A gestalt View. En: Nevis E. *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications*. The Gestalt Institute of Cleveland Press. Nueva York:191-237, 1990.

Casanova L, Borges G, Mondragón L, Medina-Mora ME, Cherpitel C. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental* .24:3-11,2001

Centor RM , Keightley J. The Roc Analyzer, Version 6.0 (Computer Program), 1992.

Cherpitel CJ. Alcohol and Injuries : A review of international emergency room; studies, *Adicción* 88: 923-937, 1993.

Cherpitel CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal Studies on Alcohol* 56: 695-700, 1995a.

Cherpitel CJ. Ethnic differences in performance of screening instruments for identifying harmful drinking and alcohol dependence in the emergency room. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 19: 628-634, 1995b.

Cherpitel CJ. Screening for alcohol problems in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 26: 158-166, 1995c.

Cherpitel CJ. Screening for alcohol problems in the emergency room: A Rapid Alcohol Problems Screen. *Drug and Alcohol Dependence* 40:133-137, 1995d.

Cherpitel CJ. Comparison of screening instruments for alcohol problems between black and white emergency room patients from two regions of the county. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21: 1391-1397, 1997a.

Cherpitel CJ. "Gender and Acculturation Differences in Performance of Screening Instruments for Alcohol Problems among U.S. Hispanic Emergency Rooms Patients". Paper presented at the Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiology Research, Reykjavik, Iceland, June 2-6, 1997b.

Cherpitel, CJ. Brief Screening Instruments for Alcoholism. *Alcohol Health Research World* 21: 348-351, 1997c.

Cherpitel CJ. Differences in performance of screening instruments for problem drinking among blacks, whites and hispanics in an emergency room populations. *Journal of Studies on Alcohol* 59: 420-426, 1998.

Cherpitel CJ. Screening for Alcohol Problems: A Comparison of instruments performance Group, 1999.

Cherpitel CJ. A Brief Screening Instruments for Problem Drinking in the Emergency Room: The RAPS4. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 447-449, 2000

Ellis A. Rational Emotive Therapy with Alcoholic and Substance Abusers. Nueva York. Pergamon Press:1-37,1980.

Eighth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. U.S. Department of Health and Human Services. Genetic and other risk factors for Alcoholism: 61-83, 1993.

Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 252: 1905-1907,1984.

Gardner,E. Brain Reward Mechanism. En:LowinsonJ., RuizP., Millman R. *Substance Abuse: A comprehensive Textbook.* Baltimore.William &Wilkins: 70-99, 1992.

Giannini J,Miller, N. Drug Abuse: A Biopsychiatric Model. En : American Society of Addiction Medicine. *Review Course Syllabus:*19-24, 1990.

González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo.[Population groups at high risk] In :Bobes García J et al., eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona: 69-77,1997.

Goodwin,D. Is Alcoholism Hereditary? Nueva York. Ballantine Books:98-115, 1988.

Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. British medical journal, 308: 1227-1233,1999.

Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. Psychiatric services, 10: 1353-1355. 1998.

Isometsa ET., et al. Suicide among subjects with personality disorders. American journal of psychiatry, 153: 667-673, 1996.

Khantzian E.J. A Contemporary Psychodynamic Approach to Drug Abuse Treatment. Am J. Drug Alcohol Abuse: 12(3):213-222, 1986.

Menninger K. El Hombre contra sí mismo. Primera edición, ediciones península. Barcelona: 1972.

Morales G.V. Traducción y Validez de la Prueba de Detección Rápida de Problemas de Alcohol. Monte Fenix. México: 2005.

Nacional Council on Alcoholism and Drug Dependence Inc. American Society of Addiction Medicine. En: American Society of Addiction Medicine Review Course Syllabus: 30,1990.

National Institute of Drug Abuse, 1990: Basic Science/Theories of Addiction. En American Society of Addiction Medicine. Review Course Syllabus. Washington:3-16, 1990.

Organización Mundial de la Salud. Trastornos del Ánimo. Desde una visión Bio Psico Social: Ginebra, 2008.

Pokorny A, Miller B, Kaplan H. The brief MAST: A shortener version of the Michigan Alcoholism Screening Test. American Journal Psychiatry. 129: 342-345, 1972.

Reyes L A. Curso fundamental de Tanatología. Tomo Cuarto: Suicidio. Primera edición. México: Triple A Diseño, S.A. C.V., 1999.

Reyes L A. Curso fundamental de Tanatología. Tomo Tercero: Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia. Primera edición. México: Triple A Diseño, S.A.C.V., 1996.

Reyes L A. Curso fundamental de Tanatología. Tomo Segundo: Depresión y Angustia. Primera edición. México: Triple A Diseño, S.A.C.V.,1992.

Reyes L.A. Curso fundamental de Tanatología. Tomo Primero: Persona y Espiritualidad. Primera edición. México: Triple A Diseño, S.A.C.V., 1997.

Rivas LA. ¿Como hacer una Tesis de Maestría?, México: Taller Abierto, 55-132, 2004

Russell M, Martier S, Sokol R, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, Jacobson J. Screening for pregnancy risk-drinking. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.18: 1156-1161, 1994.

Rutz W, Von Knorring J. Long-term effects of an educational programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment and Depression. Acta psychiatrica scandinavica, 85: 83-88. 1992. Screening for pregnancy risk-drinking. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 18: 1156-1161,1994.

Sánchez-Mejorada, J. Tratamiento del Alcoholismo y la Adicción a otras Drogas. Proceso de Impresión.

Saunders J, Aasland O, Babor T, De la Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative Project on Early Detection of Persons Harmful Alcohol Consumption. II. *Adiction* 88: 791-804, 1993.

Schafer J, Cherpitel C.J. Evaluating screening for pregnancy. American Public Association annual meeting, San Diego, CA, 1995.

Schou M. the effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior. *Journal of affective disorders*, 50: 253-259.

Schu.kitt M.A Low Level of Response to Alcohol as a Predictor of Future Alcoholism. *American Journal of Psychiatry*:151(2):184-189, 1994.

Selzer M. The Michigan Alcoholism Screening Test. The question for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*: 1653-1658, 1971.

Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*: 60,Suppl.2: 53-56. 1999.

Statistical Package for the Social Sciences for Windows: Base System User's Guide Release 6.0 Chicago, IL: SPSS, Inc, 1996.

Steinglass P et al. La Familia Alcohólica, 59-63. Barcelona: Gedisa, 1989.

Tiebout H. The Ego Factors in Surrender of Alcoholism. Hazelden Foundation, 1990.

Vernon Johnson, I'll Quit Tomorrow. A practical guide to Alcoholism Treatment. San Francisco. Harper& Row: 8-34, 1980.

Wallace,J. Modern Disease Models of Alcoholis and Other Chemical Dependencies: The New Biopsychosocial Models. En :Innovations in Alcoholism Treatment. State of the Art Reviews and their Implications for Clinical Practice. Nueva York. Haworth Press: 76-78, 1993.

Whitney R. Alcoholics in emergency rooms. Bulletin of New York Academy of Medicine 59: 1043-1050, 1983.

World Health Organization . Composite International Diagnostic Interview Schedule: Version 1.1. Geneva: World Health Organization, 1993.

WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol.1, Geneva, World Health Organization,1992.

World Health Organization . International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, tenth Edition. Chapter V: Mental and Behavioral Disorders, Diagnostic Criteria for Research. Geneva, Switzerland: The organization, 1990.

Yates D, Hadfield J, Peters K. The detection of problems drinkers in the accident and emergency departments, British Journal of Addiction 82: 163-167, 1987.

