

Carlos A. Morra
Psicopatología general.
Semiología del pensamiento

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO
PENSAMIENTO NORMAL, PENSAMIENTO MÁGICO Y
SUPERSTICIOSO,
IDEAS SOBREVALORADAS Y FIJAS

TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

PENSAMIENTO NORMAL

El contenido del pensamiento normal está constituido por diferentes tipos de ideas; Betta (1981) denominó capital ideativo al conjunto de ideas o conceptos adquiridos a lo largo de la vida (Betta, 1981). Las ideas que lo componen pertenecen a distintos tipos, como por ejemplo las ideas concretas, las ideas mágicas, las ideas símbolo, las ideas abstractas y las ideas creencia (Betta, 1981).

De acuerdo con Betta (1981), se pueden caracterizar de la siguiente manera:

-Las ideas concretas son aquellas que se originan a partir de experiencias sensoriales, es decir los conocimientos que se captan por los órganos de los sentidos, relacionados con el mundo exterior, con objetos y seres vivos (Betta, 1981).

-Las ideas símbolos, son aquellas que se producen a partir de las ideas individuales y se generalizan para constituir una imagen genérica, como por ejemplo la idea de silla, que representa a todas ellas, aunque difieran en tamaño, color y forma (Betta, 1981).

-Las ideas mágicas, que forman parte del desarrollo normal de los individuos, se caracterizan por constituir un paso anterior al pensamiento racional. Son producto de un razonamiento global, no analítico; Se aplican fundamentos lógicos imperfectos que llevan a atribuir propiedades de un objeto conocido a otro desconocido, o a vincular objetos que se relacionan únicamente por proximidad temporal o espacial. Este tipo de razonamiento suele conducir a realizar las interpretaciones de los fenómenos a través de la magia, o de la superstición (Tabla 4) (Betta, 1981).

-Las ideas creencias son conocimientos que se aceptan como ciertos o probables sin haber seguido los pasos ordenados en la elaboración mental que las genera (Betta, 1981)

-Las ideas abstractas son aquellas que trascienden el plano de lo concreto y se originan de los conocimientos globales de la humanidad y de las relaciones con otros individuos. Son ideas que carecen de representación mental objetiva a través de imágenes, se elaboran a partir de procesos de razonamiento (por ejemplo, la deducción) (Betta, 1981).

Tabla 4. Pensamiento Normal:

<u>Tipos de ideas que componen el pensamiento normal según Betta (1981)</u>
Ideas concretas Surgen de experiencias sensoriales Mundo exterior Objetos y seres vivos
Ideas símbolos, Generalizaciones de objetos y experiencias individuales Representan conjuntos
Ideas mágicas Surgen de análisis globales Lógica imperfecta Interpretaciones mágicas, o supersticiosas
Ideas creencias Se aceptan como ciertos o probables Su generación no sigue los pasos ordenados No responden a lógica deductiva
Ideas abstractas El nivel más elevado del conocimiento Conocimientos globales Sin representación mental objetiva Fruto del razonamiento

La composición del capital ideativo depende de numerosos factores, tanto individuales como culturales y sociales, dentro de los que se encuentran la inteligencia, las experiencias personales, sociales y culturales, el grado de desarrollo tecnológico y académico de la sociedad en la que se encuentra inmerso el individuo (Betta, 1981).

El proceso de desarrollo de las abstracciones fue descrito por Théodule Armand Ribot (1899), al estudiar el desarrollo de la mente; según él “*dos operaciones mentales exhiben una evolución perfecta, la abstracción y la generalización*” y describió tres períodos en el desarrollo de ellas:

-La abstracción inferior, previa al desarrollo del lenguaje.

-La abstracción intermedia, que se acompaña de palabras, inicialmente de manera accesoria pero gradualmente cobran más importancia.

-La abstracción superior, en donde solamente existen palabras en la conciencia y corresponde a una sustitución completa.

Resulta importante destacar que el autor aclaró que: “*existen subdivisiones, formas de transición*” que pueden ser identificadas y estudiadas (Théodule Armand Ribot, 1899).

Posteriormente, Frank Fish (1985) distinguió tres tipos de pensamiento normal (Hamilton, 1985):

Pensamiento autístico o dereístico, una forma de pensamiento indirecto fantasioso.

Pensamiento imaginativo, a aquel que va más allá de lo racional o posible.

Pensamiento racional o conceptual, a aquel que intenta resolver un problema.

Volviendo al modelo de Nyirö y a la psicopatología estructural podemos decir que el pensamiento normal está integrado por: el pensamiento abstracto, el pensamiento concreto y las imágenes. Sin embargo, se ubican en el campo de las funciones centrales, algunas de las funciones superiores, dentro de las que se encuentra la imaginación (Nyirö, 1958).

De acuerdo con Yaryura-Tobías (2004), el contenido del pensamiento puede clasificarse como racional o irracional y puede modificarse por cambios en la forma de cualidades manifiestas, como: 1- Verdadero o falso, 2- Cierto o dudoso, 3- Constante o intermitente. Estas propiedades están relacionadas con el juicio y con el tiempo, y pueden modificar por completo la jerarquía de creencias, permitiendo a través de ellas guiar al evaluador para que pueda realizar un correcto diagnóstico y tratamiento del paciente (Yaryura-Tobías, 2004).

Debido a que no es el objetivo de este libro proponer posibles explicaciones teóricas, vamos a describir directamente los contenidos anormales del pensamiento. Estos son:

Pensamiento mágico y supersticioso

Ideas sobrevaloradas y fijas

Rumiaciones

Formas especiales de ideas sobrevaloradas (deliroides)

Ideas de incapacidad

Ideas de falta de valor (ideas de inutilidad)

Ideas de culpa

Ideas de desamparo o indefensión

Ideas de suicidio

Ideas delirantes

Ideas obsesivas

A continuación, cada una de ellas será descrita en forma particular:

PENSAMIENTO MÁGICO Y SUPERSTICIOSO

Se denomina así a la tendencia del paciente a explicar lo que sea que le suceda, o los fenómenos que acontecen en su alrededor, de manera sobrenatural o mágica.

El pensamiento mágico ha sido descrito como parte del desarrollo normal del pensamiento en niños, constituyendo la base de los procesos primarios y del pensamiento pre-lógico. Es decir que, las interpretaciones mágicas, pueden surgir como respuesta natural, a muchas de las preguntas que se presentan durante la etapa del desarrollo del pensamiento, en los niños (Resch, 1994), estas interpretaciones pueden aún presentarse en adolescentes normales (Gregory y Mustata, 2012).

Sin embargo, es común que un número variable de ideas mágicas persista en individuos adultos normales, alcanzando una mayor proporción del capital ideativo de individuos pertenecientes a grupos culturales primitivos (Carod y Vázquez-Cabrera, 1998). Por ejemplo, en la actualidad en ciertas culturas africanas o sudamericanas, la epilepsia, es interpretada como fruto de influencias negativas, como el *mal de ojo* (tribu Wangoni), o fruto de algún abuso, que haya sufrido el espíritu animal, que acompaña a la persona que padece la enfermedad en la batalla entre naguales, que son los espíritus que sirven en las fuerzas del bien y del mal (cultura mesoamericana) (Carod y Vázquez-Cabrera, 1998). Otro ejemplo, de pensamiento mágico, es el de las culturas de algunas islas aisladas del pacífico sur, en las que un evento climático, como la caída de un rayo, es interpretada por los habitantes, como una señal de mal augurio. Sin embargo, las ideas mágicas se presentan de manera universal e individuos pertenecientes a grupos socioculturales de alto nivel intelectual, pueden presentarlas en situaciones comunes como, por ejemplo, asociar el uso de una prenda de vestir a eventos positivos y luego denominarla “mi ropa de la suerte”.

Uno de los trastornos psiquiátricos que suele asociarse frecuentemente a la presencia de pensamiento mágico, es el trastorno obsesivo-compulsivo, los pacientes con dicho trastorno pueden presentar ideas obsesivas que se vinculan con ideas mágicas como, por ejemplo: “*Si no me toco el brazo tres veces, algo malo le va a pasar a mi hijo*”, o bien: “*Si no me lavo los dientes, mi padre se va a morir*”. Ciertamente, no existe una conexión lógica demostrable entre los actos y sus posibles consecuencias. El paciente puede reconocer este hecho, pero le resulta dificultoso, cuando no imposible, evitar realizar la compulsión, ante el temor del eventual daño.

Si bien el pensamiento mágico ha sido descrito en niños durante su desarrollo

normal, también se puede observar con cierta frecuencia en culturas primitivas y en pacientes con diagnósticos psiquiátricos, como la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo, retrasos mentales y trastornos de personalidad esquizotípica (Tabla 5) (Jarosz, 1996; Rhéaume et al., 1995; Duchêne et al., 1998).

Tabla 5. Pensamiento Mágico

<u>Pensamiento mágico, causas:</u>	
Esquizofrenia ^a Retrasos mentales	Trastorno obsesivo-compulsivo ^b Personalidad esquizotípica ^c
<small>^aJarosz, 1996; ^bRhéaume et al., 1995; ^cDuchêne et al., 1998.</small>	

IDEAS SOBREALORADAS E IDEAS FIJAS

Fueron descritas inicialmente por Carl Wernicke (1900) (McKenna, 1984; Yaryura-Tobias, 2004), quien las define como: *representaciones mentales o directrices ideativas que predominan, transitoria, o permanentemente, en el campo de la conciencia y que se relacionan con estados afectivos* (Vallejo Nágera, 1949; Wernicke, 1900). Fueron caracterizados por él, como recuerdos de alguna experiencia particularmente afectiva o de toda una serie de experiencias relacionadas de ese tipo, que se presentan en el paciente, quien las considera normales o justificadas, aunque en ocasiones los martiriza, ya que refieren que no pueden pensar en otra cosa (Wernicke, 1900). Wernicke (1900) cita como ejemplos, a las siguientes descripciones clínicas, en donde las personas presentan un estado afectivo, que favorece el desarrollo de las ideas sobrevaloradas, estos son: *“un hombre descubre, al recibir el pago de una herencia en la que participa como heredero, que ha sido perjudicado considerablemente en la distribución; la noticia del suicidio de una persona amiga; la muerte del esposo; una señorita entrada en años advierte que un señor le prodiga atenciones; la obcecación de la limpieza de una persona llena de piojos; por último, uno de los casos más frecuentes, el juicio o sentencia judicial considerada injusta emanada de autoridades superiores”* (Wernicke, 1900). Las situaciones descritas desencadenan, la aparición de ideas sobrevaloradas, que ocupan completamente la vida psíquica y condicionan las conductas, de las personas (McKenna, 1984).

Las ideas sobrevaloradas fueron por algunos autores, también asociadas con los valores idealizados, es decir valores personales, que son tenazmente adoptados y que llegan a definir la identidad de la persona; suelen ser tan rígidos, que les dificulta adaptarse a las circunstancias, y considerar las posibles consecuencias de actuar de acuerdo con dichos valores (Veale, 2002).

Karl Jaspers (1913) considera a los delirios cualitativamente diferentes de las ideas normales y de las sobrevaloradas; sostiene que en los delirios la certeza y la incorregibilidad son evidentes. Hay una transformación radical de la experiencia individual. Las ideas sobrevaloradas tratan con una creencia sostenida con mayor convicción que lo normal, pero que está en consonancia con la personalidad y los afectos

del individuo (Jaspers, 1963) ”.

A partir de las descripciones de Jaspers, muchos autores comenzaron a denominar a las ideas sobrevaloradas, ideas deliroides (delusion-like) (Kiran y Chaudhury, 2009).

Para Frank Fish (1976), por otra parte, lo que es esencial es la discrepancia observada en los delirios entre la convicción sostenida y las acciones (Hamilton, 1976). Las ideas sobrevaloradas reiteradamente suelen determinar comportamientos, lo cual no ocurre con igual frecuencia en los delirios (Santín y Gálvez, 2011).

Algunos autores modernos como, Kozak y Foa (1994), han considerado que las ideas sobrevaloradas, se encuentran en un punto intermedio de un espectro, que va desde las ideas racionales, pasando por las ideas obsesivas, hasta las ideas delirantes, aunque consideraban que a menudo los límites entre ellas no eran tan claros y surgían de trazar una línea de manera arbitraria (Kozak y Foa, 1994). En ese contínuum, según Neziroglu, et al (1999), las ideas obsesivas son definidas como ideas erróneas que el paciente aún puede reconocer como carentes de sentido (Neziroglu et al., 1999), mientras que las delirantes no son reconocidas como erróneas y basándose en esta teoría, otros autores como es el caso de Eguiluz y Segarra (2005), han denominado, a las ideas sobrevaloradas, por su cercanía con las ideas delirantes: *ideas deliroides* (Eguiluz y Segarra, 2005).

Para Yaryura-Tobias (2004), “*Es un concepto que indica la intensidad, la fuerza o la convicción de una creencia que es difícil de borrar de la mente*” (Yaryura-Tobias, 2004).

Existen estudios como, por ejemplo, el de Mullen y Linscott (2010), que compararon individuos que presentaban ideas delirantes con personas con ideas sobrevaloradas, determinando que los primeros eran menos capaces de identificar elementos que pudieran modificar sus creencias, estaban menos preocupados por las reacciones de los demás, en referencia a sus ideas, que los que presentaban ideas sobrevaloradas. En los pacientes del estudio los delirios eran menos creíbles y su inicio era brusco y aparentemente menos razonable. Resulta importante el destacar que la convicción y la conciencia de enfermedad, era similar en ambos grupos. Dentro de las conclusiones del estudio, Mullen sostuvo que la convicción y la consciencia (el insight) pueden no ser los aspectos más adecuados para diferenciar ambas ideas, mientras que el inicio abrupto, el contenido menos creíble y la indiferencia relativa a la opinión de los demás, pueden ser elementos más sólidos para distinguirlas (Mullen y Linscott, 2010).

Podemos decir que, existen dos formas de definir a las ideas sobrevaloradas, que, por lo tanto, determinan dos grupos diferentes de ideas sobrevaloradas, una es la clásica, descrita por Wernicke (1900) y la otra es más específica y solo incorpora a un grupo de ideas sobrevaloradas, que son impersonales (que suelen ser más características de los fanatismos religiosos, políticos, etc.), este segundo tipo fue incorporado por Vallejo Nágera (1949), basándose en las observaciones de K. Birnbaum (1915) (Wernicke, 1900; Vallejo Nágera, 1949). Siguiendo esta línea de pensamiento, Juan Carlos Betta (1981) denomina ideación sobrevalorada, “*a la adopción de creencias de tipo impersonal, como son las ideas filosóficas, religiosas o políticas, sociales, éticas, o científicas, que se apoyan en un estado afectivo anormal y se transforman en el centro de la vida del paciente*” (Betta, 1981). Para este autor la persona, puede adoptar estas creencias de

manera intensa y vehemente, al punto de que pueden modificar su vida, sus actividades y afectos. Por ejemplo, una persona adopta ideas políticas, que son teóricas e impersonales, y comienza a centrar toda su vida alrededor de esa idea, puede distanciarse de su familia y afectos, abandonar su trabajo y solo hablar virtualmente, de su actividad política. Estas ideas son frecuentemente de carácter patológico, es decir que, a pesar de poder originarse en un conocimiento, compartido por otras personas o tener un fundamento científico real, tiene su origen en un juicio parcialmente interferido por estados afectivos intensos (Betta, 1981).

En ocasiones, es difícil identificar una idea sobrevalorada en ciertos contextos sociales y culturales, por ejemplo, una idea sobrevalorada religiosa, puede parecer normal, en ámbitos eclesiásticos, aunque resulta fácil identificarla, en individuos ajenos a dicho ambiente, o que se desenvuelvan en un entorno libertino (Betta, 1981).

Esta forma de presentación coincide con la descripción de Maurice Dide (1913) de los denominados idealistas apasionados, en ellos el autor describe dos aspectos característicos, el primero: *“el idealismo; el mismo se basa en reducir los fenómenos objetivos a fenómenos ideativos conscientes”* (Dide, 1913) y el segundo *“las pasiones”* y sobre estas últimas, agrega: *“Lo que las caracteriza, no es solamente el ardor, la fuerza de las tendencias, sino la preponderancia y la estabilidad de una cierta tendencia en detrimento de las otras”* (Dide, 1913).

Las ideas sobrevaloradas han sido descritas en personas normales (Ricón, 2001), aunque también fueron descritas, característicamente en pacientes esquizofrénicos y obsesivos compulsivos, entre otros cuadros neuropsiquiátricos (Tabla 6).

Exploración: La presencia de ideas sobrevaloradas puede hacerse evidente a través del discurso espontáneo del paciente, o a través de la anamnesis directa o indirecta.

Se considera presente al síntoma, cuando el paciente manifiesta virtualmente solo ideas relacionadas a una temática vinculada a un estado afectivo, que han ocupado el centro de su vida intelectual, afectiva, social, laboral, etc. Los familiares, o personas cercanas, también pueden describir, como el paciente, ha modificado su vida social, laboral o personal, luego de la adopción de esas ideas, pudiendo llegar a distanciarse de amigos o familiares, que no comparten su punto de vista acerca del tema central de la misma.

Así también, puede considerarse presente, cuando el paciente presente ideas relacionadas a un evento doloroso o significativo, que se presenten de manera prolongada y persistente, a lo largo del tiempo, llegando a interferir en las actividades habituales del paciente.

Las ideas sobrevaloradas no son reconocidas como exageradas o desproporcionadas por el paciente lo que hace que estas ideas y sus comportamientos no sean considerados como anormales por ellos y sean sostenidos con vehemencia ante cualquier persona que las confronte.

Existen escalas psicométricas que se utilizan para valorar a las ideas sobrevaloradas, como por ejemplo la escala publicada por Eisen et al., (1992) (the Brown assessment of beliefs scale), que resulta poco específica, y la *Escala de Ideas*

Sobrevaloradas (OIS), que evalúa aspectos como: *la fuerza de la creencia, la razonabilidad de la creencia, la certeza de la creencia, la certeza que las demás personas comparten su creencia*, entre otros (Eisen, 1992; Neziroglu, 1999).

Tabla 6. Ideas Sobrevaloradas

<u>Diagnósticos que cursan con ideas sobrevaloradas:</u>	
Trastorno bipolar ^a	Trastorno depresivo mayor ^a
Esquizofrenia ^b	Trastorno obsesivo-compulsivo ^c
Anorexia nerviosa ^{d,e}	Bulimia nerviosa ^d
Trastorno dismórfico corporal ^{e,f}	Hipocondriasis ^e
Síndrome de Asperger ^g	Trastorno borderline de la personalidad ^h

^aKopeiko, 2011; ^bMøller y Husby, 2003; ^cNeziroglu et al., 1999; ^dWade y Lowes, 2002; ^eSantín y Gálvez, 2011; ^fMcKenna, 1984; ^gRaja, 2015; ^hJudd, 2012;

RUMIACIONES

Fueron denominadas por Philippe Chaslin (1912): *rumiaciones intelectuales*, pueden ser consideradas una forma clínica o subtipo dentro de las ideas sobrevaloradas, ya que cumplen con los lineamientos generales que se aplican a ellas, en ocasiones fueron consideradas sinónimos por algunos autores y usadas indistintamente, aunque la descripción de las rumiaciones no llega a poder incorporar todas las formas de ideas sobrevaloradas, que resultan, en definitiva, conceptualmente más amplias (Chaslin, 1912). Chaslin (1912) describe en pacientes obsesivos: “*La tendencia a la rumiación intelectual o a pisotear en el mismo lugar, en los que las operaciones intelectuales son interminables*” (Chaslin, 1912), mientras que Paul Guiraud (1956) las denomina *mentismo* y describe “*Las ideas desfilan rápidamente y sin parar de manera incoercible, en los momentos de insomnio, a veces a la mañana luego de despertarse*” (Guiraud, 1956).

El AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodic und Documentation in der Psychiatrie) (1980) denomina rumiaciones a: “*las preocupaciones incesantes con pensamientos habitualmente desagradables, que no son vivenciados como ajenos y que están relacionados con situaciones reales del pasado del paciente*” (AMDP, 1980; Ban, 1989). Por ejemplo, la presencia de un recuerdo real, muy doloroso, como puede ser la muerte de un familiar o la pérdida del empleo, permanece durante meses, regresando de manera reiterada a la mente del paciente.

La persistencia de rumiaciones es variable, puede ser considerada en algunas personas, como una forma estable de respuesta frente a situaciones y se manifiesta, en forma esporádica o regular (ej. en la ansiedad social), o bien un estado transitorio, que depende de la duración del proceso psicopatológico. En estos últimos casos se puede observar, la presencia de rumiación a los dos, tres, cinco meses y al año, con una severidad relacionada directamente a la severidad de los síntomas depresivos (Kueher y Weber, 1999; Nolen-Hoeksema et al., 1994; Just y Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000; Luminet et al., 2004).

En general el contenido de las rumiaciones está relacionado con eventos que poseen una intensa carga emocional y tienden a ocupar una buena parte de la actividad mental del sujeto, las emociones que se asocian suelen ser variadas, como la ira, el miedo, la tristeza, por ejemplo, una persona que fue golpeada por un grupo de delincuentes, durante semanas continuó con pensamientos recurrentes sobre lo que les iba a hacer si se encontrara con ellos frente a frente, motivado por el enojo y la ira que sentía hacia ellos (Solé Segarra y Leonhard, 1957; Reynes et al., 2013).

En contraste con las ideas obsesivas, las rumiaciones son experiencias pasivas, que no generan actitudes de enfrentamiento, sino aceptación (Solé Segarra y Leonhard, 1957). Las preocupaciones presentan también características comunes con las rumiaciones, al ser ambas ideas anormalmente persistentes; La principal diferencia consiste en que el contenido de las rumiaciones se relaciona con hechos del pasado, mientras que las preocupaciones, se relacionan con eventos futuros. Si bien en ocasiones pueden presentarse de manera conjunta, clínicamente existen algunas diferencias. En un trabajo publicado por Carney, et al (2010), resultó interesante que, a pesar de lo que la lógica dictaba y de artículos publicados previamente, cuando se las distinguía a través del uso de herramientas psicométricas específicas (escalas que valoraban preocupaciones y escalas específicas de rumiación), eran las rumiaciones y no las preocupaciones las que se asociaban a la presencia de insomnio (Carney et al., 2010).

Existen numerosas publicaciones que asocian a las rumiaciones con el insomnio. Esta relación puede ser fácilmente comprendida solo basta reconocer que existen pensamientos cuyos contenidos son desagradables (ideas obsesivas, rumiaciones, preocupaciones, etc.) y provocan un estado de alerta cognitiva y afectiva que conduce a dificultades para conciliar el sueño y que estas dificultades fácilmente se pueden hacer crónicas al intentar suprimirlos de manera inadecuada. Es decir que mientras más intenta el paciente suprimir los pensamientos y controlarlos, más se incrementa el estado de vigilia y la alerta (Schmidt, 2011).

Es importante también tener en cuenta que se ha descrito un mayor índice de intentos de suicidio asociados a las rumiaciones y la tendencia a la rumiación, algunos autores la identifican como un factor de vulnerabilidad a la depresión (Surrence, 2009; Ito et al., 2006).

La rumiación del duelo, el pensamiento repetitivo sobre las causas y las consecuencias de la pérdida es un proceso cognitivo que produce que el proceso de elaboración del duelo se produzca de manera más dificultada y prolongada en el tiempo (Tabla 7) (Sveen et al., 2019).

Suelen presentarse en los trastornos de estrés postraumático, en pacientes depresivos, en reacciones de duelo, en la neurastenia y en pacientes delirantes (Chaslin, 1912; Solé Segarra y Leonhard, 1957).

Si bien las rumiaciones han sido característicamente asociadas a la depresión, mientras que las preocupaciones han sido asociadas a los trastornos de ansiedad se han descrito rumiaciones en los principales trastornos de ansiedad (ej. trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada) (Tabla 7) (Grisham y Williams, 2009; Mellings y Alden, 2000);

Watkins et al., 2005; Kim et al., 2012). Resulta interesante el hecho de que, aunque el síndrome depresivo de la esquizofrenia ha sido ampliamente descrito, un trabajo publicado por Halari y colaboradores (2009), encontró una asociación entre las rumiaciones y la presencia de síntomas de tipo negativo, como es el caso del embotamiento afectivo o el pensamiento estereotipado (Tabla 7) (Halari et al., 2009).

Exploración: La presencia de rumiaciones se establece a través del interrogatorio, durante el mismo, los pacientes pueden describir de manera espontánea la presencia de preocupación casi incesante acerca de un hecho o de varios hechos que ocurrieron en su pasado y describir que durante todo el día se la pasan pensando de manera reiterada acerca esos hechos que son vivencias dolorosas o tienen una significación desagradable para ellos.

Existen muchas escalas de valoración de las rumiaciones, algunas generales y otras específicas para ciertas rumiaciones asociadas a situaciones particulares, como el duelo, los trastornos de la alimentación y la ira, dentro de estos dos grupos generales se encuentran las siguientes: la escala de rumiación del cuestionario de tipos de estilos de respuesta (response styles questionnaire rumination scale- RSQ) la ruminative response scale (RRS) y la rumination on sadness scale (RSS) anger rumination scale (ARS), ruminative response scale for eating disorders (RRS-ED), anger rumination scale, multidimensional rumination in illness Scale (MRIS), la escala de Utrech de rumiación por duelo (UGRS), la escala breve de rumiación depresiva (short depressive rumination scale) (SDRS) (Kasch et al., 2001; Roelofs et al., 2006; Besharat, 2011; Cowdrey y Park, 2011; Reynes et al., 2013; Soo et al., 2014; Doering et al., 2018; Ricarte et al., 2018).

Tabla 7. Rumiaciones

<u>Diagnósticos que cursan con rumiaciones:</u>	
Insomnio ^a	Duelo ^b
Ira ^c	Trastorno depresivo mayor
Trastorno obsesivo-compulsivo ^{d,e}	Trastorno de estrés postraumático ^b
Trastorno de ansiedad generalizada ^{d,e}	Trastorno de ansiedad social ^{d,e}
Neurastenia ^f	Esquizofrenia ^g
Trastornos delirantes ^b	Trastornos de la alimentación ^h
Enfermedades médicas generales ⁱ	

^aSchmidt, 2011; ^bSole Segarra y Leonhard, 1957; ^cReynes et al., 2013; ^dGrisham y Williams, 2009; ^eMellings y Alden, 2000; ^fChaslin, 1912; ^gHalari et al., 2009; ^hCowdrey y Park, 2011; ⁱSoo et al., 2014;

FORMAS ESPECIALES DE IDEAS SOBREALORADAS

Dentro de este grupo incorporaremos a una serie de ideas que predominan persistentemente en el campo de la conciencia y que se fundamentan en estados afectivos, como por ejemplo las depresiones. Estas ideas en ocasiones pueden cumplir las características generales de otros tipos de ideas, como es el caso de las ideas obsesivas o las delirantes y entonces serán consideradas formas de presentación de cada una de ellas y no como ideas sobrealoradas, como por ejemplo, ideas delirantes de incapacidad.

Karl Jaspers (1913) considera a los delirios cualitativamente diferentes de las ideas normales y de las sobrevaloradas; sostiene que en los delirios la certeza y la incorregibilidad son evidentes. Hay una transformación radical de la experiencia individual. Las ideas sobrevaloradas tratan con una creencia sostenida con mayor convicción que lo normal, pero que está en consonancia con la personalidad y los afectos del individuo. Él describió que “*algunas ideas emergen comprensiblemente de afectos precedentes, de aplastantes y mortificantes sentimientos generadores de culpa (Jaspers, 1913)*”, “*o de otros eventos psíquicos, desde los que se pueden rastrear retrospectivamente, a partir de ciertos afectos, impulsos, deseos y miedos (Jaspers, 1913)*”, el término se tradujo al español como *ideas deliroides*, aunque en inglés se denominaron *delusion-like (tipo delirante)*, él incorporó en este grupo a todas aquellas “*decepciones transitorias debidas a falsas percepciones, etc. Los delirios de la manía y depresión (delirios de pecado, de destitución, nihilísticos, etc.)*” diferenciándose de las ideas sobrevaloradas en el hecho que estas últimas son “*convicciones que son fuertemente influidas por la afectividad, que son comprensibles en referencia a la personalidad y la historia vital. Por estas características, son tomadas como verdaderas (Jaspers, 1913)*”. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, consideraremos a las *ideas deliroides* de Jaspers dentro del grupo de las ideas sobrevaloradas, ya que la comprensibilidad de acuerdo con la personalidad y la historia vital del individuo son reemplazadas por la comprensibilidad de acuerdo con el estado afectivo y con los eventos psíquicos.

Algunas de las formas más comunes descritas son:

Ideas de incapacidad

Ideas de falta de valor

Ideas de culpa

Ideas de desamparo

Ideas de suicidio

A continuación, describiremos a cada una de ellas en particular:

IDEAS DE INCAPACIDAD

Se denomina así a las ideas que algunos pacientes presentan relacionadas con no ser capaces o aptos para realizar ciertas tareas, para cumplir con sus responsabilidades o de ser menos capaces, competentes, ser más torpes o ignorantes que las demás personas (Ban, 1990). Bertalan Pethö y Thomas A. Ban (1989), en el glosario del artículo publicado “*DCR Budapest-Nashville en el diagnóstico y clasificación de las psicosis funcionales*” las definen como “*Una disminución imaginada de la capacidad*”, y citan como ejemplo a: “*la idea no delirante de que uno es incompetente, torpe, poco grácil, indeciso, tonto, ignorante, desaliñado, etc.*” (Pethö y Ban, 1989).

Autores como Green, et al (2013), basándose en el modelo de investigación conocido como de *incapacidad aprendida*, de manera similar a Jaspers (1913), sugirieron que estas ideas se apoyan sobre afectos negativos, pero a diferencia de este último autor, propusieron que estas surgían de la tendencia a la autoacusación de ciertos

individuos, que suele manifestarse con gran frecuencia, en lugar de hacer responsables de ciertos problemas a otras personas (Green et al., 2013).

De acuerdo con Kiloh y Garside (1963) la presencia de ideas de incapacidad es una característica que se presenta con mayor frecuencia en las depresiones reactivas que en las depresiones endógenas (Tabla 8) (Kiloh y Garside, 1963); sin embargo estas ideas han sido identificadas por Sartorius y colaboradores (1980) en un estudio transcultural de la OMS, como una de las manifestaciones más consistentes (frecuentes) del trastorno depresivo mayor, (Kiloh y Garside, 1963).

También resulta importante de destacar un estudio de Zahn et al (2015), que encontró que este síntoma era el más frecuente en pacientes con trastorno depresivo mayor junto con el humor depresivo y la desesperanza (se presentaron en más del 90% de los pacientes); así también describió que fue el más frecuente de los síntomas residuales en pacientes que por más de seis meses habían alcanzado la remisión sintomática (Zahn et al., 2015).

Así también, existen muchos otros diagnósticos psiquiátricos en los que se pueden observar rumiaciones, dentro de los que se encuentran algunos trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos asociados al estrés y al trauma, trastornos de la personalidad, retrasos mentales, enfermedades médicas generales y neurológicas, así como en el abuso de alcohol y sustancias (Tabla 8) (Grunhaus, 1994; Killen, 1994; Slodnjak, 2002; Vandeweerd et al., 2006; Buie y Adler, 1982-1983; Diamond, 1982; Pillay et al., 1992; Scoufis y Walker, 1982; Singer et al., 1995).

Tabla 8. Ideas de Incapacidad

<u>Diagnósticos que cursan con ideas de incapacidad:</u>	
Trastorno depresivo mayor ^a	Trastorno bipolar
Depresión postparto ^b	Síndrome premenstrual ^c
Trastorno disfórico premenstrual ^d	Trastorno de ansiedad social ^e
Trastorno de pánico ^f	Trastornos de la alimentación ^g
Trastorno de estrés postraumático ^h	Enfermedad de Alzheimer ⁱ
Trastorno borderline de la personalidad ^j	Duelo ^k
Trastorno narcisista de la personalidad ^l	Víctimas de violación ^m
Retrasos mentales ⁿ	ADD-ADDH ^o
Síndrome de ovario poliquístico ^p	Receptores de trasplantes renales ^q
Abuso de alcohol ^r	Abuso de cocaína ^s

^aFoulds, 1976; ^bHolopainen, 2002; ^cMorgan, 1996; ^dYonkers, 1996; ^eAlnaes, 2001; ^fGrunhaus, 1994; ^gKillen, 1994; ^hSlodnjak, 2002; ⁱVandeweerd et al., 2006; ^jBuie y Adler, 1982-1983; ^kHunfeld et al., 1997; ^lMullins y Kopelman, 1988; ^mNotman y Nadelson, 1976; ⁿDiamond, 1982; ^oDiener y Milich, 1997; ^pMoreira et al., 2010; ^qPillay et al., 1992; ^rScoufis y Walker, 1982; ^sSinger et al., 1995.

IDEAS DE FALTA DE VALOR (IDEAS DE INUTILIDAD)

Se denomina así a la idea exagerada de ser inútil y no valer nada.

Este tipo de ideas pueden adoptar en ocasiones características delirantes u

obsesivas, y serán abordadas en sus capítulos correspondientes. Estas ideas se suelen apoyar sobre una base afectiva marcada, que en general suele ser de tristeza aunque no siempre, ya algunos pacientes esquizofrénicos suelen presentar estados de ánimo discordantes o incongruentes con el contenido de sus pensamientos que no alcanzan a cumplir completamente los criterios de las ideas delirantes.

Las últimas versiones del manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (ej. DSM-5) de la *Asociación de Psiquiatría Americana* (APA), las presentan junto con las ideas de culpa como parte de un mismo criterio diagnóstico (descriptores) (DSM-5, 2013) y son consideradas unas de las más distintivas manifestaciones del trastorno depresivo mayor en especial si la comparamos con la incidencia con la que se presenta en pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (Breslau y Davis, 1985). Debemos aclarar que las ideas de inutilidad (worthlessness) pueden confundirse con las ideas de incapacidad (feelings of helplessness) que, si bien son similares, afectan dos áreas de funcionamiento diferentes, las primeras afectan al valor intrínseco que se dan a sí mismos los seres humanos, se sienten totalmente inútiles y que no valen nada como personas; mientras que las últimas afectan a las capacidades funcionales y sienten que no son capaces de cumplir con algunas actividades o responsabilidades específicas. Así también han sido descritas las *ideas de impotencia*, en donde las fallas o errores se suelen asociar con la creencia de que por más esfuerzo que haga nada va a cambiar (ej. “cuando fallo en las cosas, encuentro que es inútil volver a intentarlo porque mi suerte nunca cambia”) (Lester, 1998).

A nivel mundial su frecuencia de presentación es muy variable, se han publicado estudios que muestran valores de ambos síntomas combinados que van desde un 20% en Australia y Japón hasta un 70-80% en EE. UU. y Francia (Buchwald y Rudickdavis, 1993; Corruble et al., 2009; Saito et al., 2010; Carragher et al., 2011), también existe un estudio en Estados Unidos que evaluó solamente a las ideas auto-despreciativas y obtuvo valores de 61% de incidencia en pacientes depresivos, estos resultados tan diferentes han sido atribuidos a variables culturales por muchos de los autores, sin embargo, existen estudios recientes que plantean que hay subgrupos de valores diferentes aún dentro de un mismo grupo cultural (McGlinchey et al., 2006; Bhugra y Mastrogianni, 2004).

Las ideas de falta de valor han sido descritas en personas normales durante un proceso de duelo, incluso luego de separaciones de parejas; sin embargo, han sido descritas con cierta frecuencia en pacientes con trastornos del estado de ánimo, trastornos inducidos por estrés, esquizofrenia, trastornos de despersonalización, trastornos de la personalidad, lesiones cerebrales y abuso de sustancias (Tabla 9) (Buchwald y Rudick-Davis, 1993; Zisook y Shuchter. 1993; Jeon et al., 2014; Defries y Grothe, 1978; Killen et al., 1994; Torch, 1987; Edell, 1984; Simpson y Tate, 2007; Suchting et al., 2019).

Tabla 9. Ideas de Falta de Valor

<u>Diagnósticos que cursan con ideas de falta de valor:</u>	
Trastorno depresivo mayor ^a	Depresión endógena ^b
Trastorno depresivo inducido por enfermedades médicas ^d	Trastorno bipolar ^c
Depresión subsindrómica (subclínica) ^f	Trastorno depresivo menor ^e
Duelo normal ^h	Trastorno disfórico premenstrual ^g
Trastorno de estrés postraumático ^j	Ruptura de pareja ⁱ
Trastornos de la alimentación ^l	Esquizofrenia ^k
Trastorno borderline de la personalidad ^a	Síndrome de despersonalización ^m
Abuso de cocaína (hasta 30 días después del consumo) ^p	Lesiones cerebrales traumáticas ^o

^aBuchwald y Rudick-Davis, 1993; ^bTaylor et al., 1981; ^cCassidy et al., 1997; ^dMcKenzie et al., 2010; ^eBanazak, 2000; ^fGeiselmann y Bauer, 2000; ^gYonkers et al., 1996; ^hZisook y Shuchter, 1993; ⁱMoss, 1995; ^jJeon et al., 2014; ^kDefries y Grothe, 1978; ^lKillen et al., 1994; ^mTorch, 1987; ^aEdell, 1984; ^oSimpson y Tate, 2007; ^pSuchting et al., 2019.

IDEAS DE CULPA

Bertalan Pethö y Thomas Ban (1989), en el glosario del artículo publicado “*DCR Budapest-Nashville en el diagnóstico y clasificación de las psicosis funcionales*” las definen como “*Remordimiento exagerado por comportamientos, pensamientos o deseos del pasado, los cuales desde el punto de vista del paciente van en contra de principios morales, religiosos o de ambos*” (Pethö y Ban, 1989). Desde el punto de vista psicopatológico, las ideas de culpa pueden adoptar diferentes formas de manifestación y presentarse al paciente como ideas sobrevaloradas, ideas obsesivas, ideas delirantes o ideas justificadas de culpa; cada una de ellas será abordada en el capítulo correspondiente, con la excepción de las ideas justificadas, ya que no son consideradas patológicas.

En el caso de las ideas sobrevaloradas de culpa, su presencia suele asociarse a estados afectivos, él los que el paciente presenta un ánimo marcadamente triste (ej. trastorno depresivo mayor), la presencia de un juicio desviado por sobrecarga afectiva conduce a que el paciente evalúe de manera exagerada sus actos, pensamientos, deseos u omisiones, del pasado. A pesar de la alteración del juicio, estas ideas no alcanzan a presentar características delirantes, ya que no son completamente incoercibles y no se consideran ideas obsesivas, ya que el paciente no suele considerarlas exageradas, ni lucha contra ellas. Es decir, son aceptadas por el paciente, no son reconocidas como exageradas o absurdas, pero no alcanzan a cumplir las características generales de las ideas delirantes. Karl Jaspers (1913), describió que “*algunas ideas emergen comprensiblemente de afectos precedentes, de aplastantes y mortificantes sentimientos generadores de culpa*”, para él, estas ideas no pertenecían al grupo de las ideas sobrevaloradas sino al de las ideas deliroides (Karl Jaspers, 1913)¹, aunque para los fines clasificatorios, las incluiremos dentro del grupo de las formas especiales de ideas sobrevaloradas.

Como afirmamos anteriormente, la frecuencia de presentación de las ideas de culpa ha sido casi siempre establecida junto con las ideas de falta de valía, debido a que

¹ Jaspers K: General. 1963. p. 106.

ambas constituyen un único descriptor de trastorno depresivo mayor de las últimas versiones del DSM de la American Psychiatric Association (APA), los valores obtenidos por ellos son muy variables desde un 20% en Australia y Japón hasta un 70-80 % en Estados Unidos y Francia muchos de los autores atribuyeron estas variaciones a patrones culturales, sin embargo, en estudios recientes se han identificado grupos de pacientes con una incidencia de presentación muy diferente aún dentro de su mismo grupo cultural (Buchwald y Rudickdavis, 1993; Bhugra y Mastrogianni, 2004; Corruble et al., 2009; Saito et al., 2010; Carragher et al., 2011).

Fueron consideradas como manifestaciones características de los trastornos depresivos por Eugene Paykel (1971) quien las encontró con mayor frecuencia en los pacientes con depresiones psicóticas (Grupo 4A de su propia clasificación), también se presentaron aunque con menor frecuencia en los demás subtipos de depresión por él descritos (Grupo 4B: depresión ansiosa, grupo 4C: depresión hostil y Grupo 4D: jóvenes depresivos con trastornos de personalidad) (Paykel, 1971).

Las ideas de falta de valor han sido referidas por personas normales durante un proceso de duelo, pero, también fueron reportadas con cierta frecuencia por pacientes con trastornos del estado de ánimo, trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, trastornos asociados al estrés o trauma, enfermedades neurológicas y abuso de alcohol o de sustancias (tabla 10) (Li et al., 2014; Belteczki et al., 2017; Arzeno Ferrão et al., 2006; Gossink et al., 2017; McGaffin et al., 2013).

Tabla 10. Ideas de Culpa

<u>Diagnósticos que cursan con ideas de culpa:</u>	
Duelo ^a	Abortos (tanto espontáneos como provocados) ^{b,c}
Obesidad ^d	Trastorno depresivo mayor
Trastorno bipolar ^e	Trastorno obsesivo-compulsivo ^f
Tricotilomanía ^f	Trastorno de escoriaciones ^f
Enfermedad de Alzheimer	Trastorno de estrés postraumático ^g
Demencia frontotemporal ^h	Abuso de alcohol
Abuso de sustancias (cannabis, anfetaminas, cocaína, etc.) ⁱ	

^aLi et al., 2014; ^bSéjourmé et al., 2011; ^cSalmon-Rousseau y Hilly, 1998; ^dAlbohn-Kühne y Rief, 2011; ^eBelteczki et al., 2017; ^fArzeno Ferrão et al., 2006; ^gBub y Lommen, 2017; ^hGossink et al., 2017; ⁱMcGaffin et al., 2013.

IDEAS DE DESAMPARO O INDEFENSIÓN

La real academia de la lengua española define desamparar como la acción de: “abandonar, dejar sin amparo ni favor alguien o algo que lo pide o necesita” (Real Academia Española, 1992).

Wallston (2001) en la enciclopedia internacional de ciencias sociales y del comportamiento, las define como: “la creencia de que nada que alguien pueda hacer podría mejorar su mala situación (ej. haber recibido el diagnóstico de alguna

enfermedad)” (Wallston, 2001).

Los pacientes refieren que se sienten solos ante los problemas y que nadie va a asistirlos o ayudarlos para poder solucionarlos.

Fueron consideradas como manifestaciones características de los trastornos depresivos por muchos autores dentro de los que se encuentra Eugene Paykel (1971) quien las encontró con mayor frecuencia en los pacientes con depresiones ansiosas aunque también se presentaron con cierta frecuencia en las depresiones psicóticas (Eugene Paykel, 1971).

Existe un modelo de depresión denominado de *indefensión aprendida* (learned helplessness), que de acuerdo con Martin Seligman (1975), se produce cuando se somete a los sujetos a un estímulo desagradable (aversivo) del que no pueden escapar, cabe aclarar que este modelo fue desarrollado a partir de experimentos con animales a los que se les intentaba generar síndromes depresivos a partir de los sentimientos de indefensión (Martin Seligman, 1975).

Ernst Franzek (1990) afirma que Carl Wernicke (1899) consideraba que la indefensión intensa (al punto del desconcierto) era propia de las psicosis agudas y que no se presentaba en las psicosis crónicas, Karl Leonhard (1957) compartía su punto de vista, considerando al síntoma y sus consecuencias afectivas como uno de los principales signos de las fases agudas de psicosis cicloides y si se presentaba en las esquizofrenias sistemáticas era solo en las fases de inicio (Franzek, 1990).

Este grupo de ideas se puede presentar en personas normales en situaciones de vulnerabilidad, así como en períodos de duelo; no obstante, han sido descritas con cierta frecuencia en personas con diagnósticos de trastornos afectivos, esquizofrenia, psicosis cicloides, trastornos asociados al estrés o trauma, enfermedades médicas generales y neurológicas (Tabla 11) (López Doblas y Díaz Conde 2018; Crawford et al., 2019; Lysaker et al., 2001; Franzek, 1990; Wiedemar et al., 2008; Milberg et al., 2004; Bogosian et al., 2019).

Tabla 11. Ideas de Desamparo o Indefensión

<u>Diagnósticos que cursan con ideas de desamparo/indefensión:</u>	
Viudez	Ancianidad ^a
Dolor crónico ^b	Trastorno depresivo mayor ^c
Depresión subsindrómica ^d	Esquizofrenia ^e
Psicosis cicloides ^f	Trastorno de estrés postraumático ^g
Post infarto agudo de miocardio ^g	Pacientes terminales ^h
Pacientes oncológicos ⁱ	Esclerosis múltiple ⁱ

^aLópez Doblas y Díaz Conde 2018; ^bCraner et al., 2016; ^cCrawford et al., 2019; ^dMackin et al., 2012; ^eLysaker et al., 2001; ^fFranzek, 1990; ^gWiedemar et al., 2008; ^hMilberg et al., 2004; ⁱKallich et al., 2002; ⁱBogosian et al., 2019.

IDEAS DE SUICIDIO

A lo largo de la historia existen muchas y variadas definiciones de este fenómeno psicopatológico, dentro de las más destacadas podemos citar a la de Beck y colaboradores

(1988), quienes utilizaron el término para referirse a: “*los pensamientos acerca del deseo, la intención y el método para cometer suicidio*”; o la del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2015) que presenta en su manual de terminología la siguiente conceptualización: “*la ideación suicida se define como pensar, considerar o planificar el suicidio*” (Beck et al., 1988; CDC, 2005).

De acuerdo con las estadísticas publicadas por Nock, y colaboradores (2008), a nivel mundial, las tasas de prevalencia de por vida son de aproximadamente 9.2 % para la ideación suicida y 2.7 % para los intentos de suicidio. Sin embargo, existen variaciones en la frecuencia de presentación de acuerdo con la edad, existiendo descripciones de aumentos de la incidencia en dos momentos importantes de la vida, la adolescencia y la ancianidad (Nock et al., 2008; Liu et al., 2015; Gutiérrez et al., 2015).

Según Beck y colaboradores (1988), la ideación suicida puede ser de intensidad variable, desde pensamientos ocasionales y fugaces, la rumiación sobre la propia muerte de manera pasiva, hasta la elaboración de un plan para suicidarse y llegar a la decisión de actuar de acuerdo con ella. Sin embargo, esta forma de valorar la intensidad de la ideación mezcla aspectos diferentes como, por ejemplo, su duración o persistencia, sus características formales y su contenido (Beck et al., 1988).

Para Liu y colaboradores (2020), la ideación suicida puede presentar un cierto rango de severidad, yendo desde menor a mayor, desde la ideación pasiva (es decir, el deseo de no vivir, de estar muerto) hasta la ideación activa (es decir, el deseo de quitarse la vida). Dando por sentada esta afirmación, es relativamente frecuente que los profesionales que evalúan a pacientes suicidas creen que la ideación pasiva implica un menor riesgo de suicidio, y las decisiones con respecto a los cuidados clínicos para prevenirlos suelen ser adoptadas en consecuencia a ello (Liu et al., 2015).

Podemos afirmar que, este modelo es aplicado comúnmente en muchas partes del mundo para evaluar el riesgo suicida y presupone que existe una relación lineal entre la ideación suicida, las rumiaciones, el planeamiento y los intentos en donde tanto la severidad como el riesgo se incrementan gradualmente (Liu et al., 2015). Sin embargo, existe evidencia que este modelo dimensional no se aplica a todos los casos y situaciones y que muchos pacientes pueden presentar intentos suicidas sin un planeamiento previo, respondiendo a impulsos suicidas intensos, aunque de corta duración que no se fundamentan sobre ideas suicidas persistentes. En muchos casos los sobrevivientes de su intento de este tipo, cuando el impulso cede refieren estar felices por el hecho de continuar vivos y no refieren presentar ideación suicida alguna (Miller y Hemenway, 2008; Sarai et al., 2017). Podemos agregar que se ha descrito que muchos de estos modelos fenomenológicos coexisten inclusive en un mismo paciente lo que hace muy difícil predecir los intentos de suicidio. Podemos agregar que, en pacientes con múltiples factores de riesgo claros e identificables, la aplicación de modelos predictivos computacionales (Machine learning), no ha logrado identificar marcadores precisos que permitan adoptar conductas preventivas exitosas (Belsher et al., 2019).

La presencia de ideación autolítica ha sido descrita en personas normales en múltiples situaciones como ser enfrentar situaciones adversas, por ejemplo, embarazos no deseados, diagnósticos de mal pronóstico o de gran impacto funcional (ej. ser HIV positivo), evoluciones adversas de enfermedades crónicas (ej. cáncer) (Arachchi et al.,

2019; Wonde et al., 2018; Kawashima et al., 2019; Liu y Miller, 2014). Un gran número de estudios han asociado al embarazo con un incremento en la frecuencia de presentación de ideación suicida, como por ejemplo en el estudio de Gentile (2011), que encontró una incidencia del 33 % de ideación suicida en mujeres embarazadas. Similarmente, los estudios analizados en un metaanálisis de Gelaye, et al (2016), mostraron una frecuencia de ideación tanática en el parto del 23 al 33%, identificando algunos factores de riesgo, como, la historia de abuso sexual, embarazo no planeado, bajo nivel socio educativo y comorbilidades psiquiátricas, entre otros (Gentile, 2011; Gelaye et al., 2016).

Algunos estudios, como el de Brezo, et al. (2006), reportaron una predisposición especial de presentar ideación suicida en aquellas personas que presentaban ciertos rasgos de personalidad como la desesperanza, el neuroticismo, el psicoticismo, y el perfeccionismo. Así también, destacaron la presencia de ansiedad rasgo, miedo al daño y una proporción disminuida de emociones positivas y tendencias al hipohedonismo; aún más, algunos rasgos de conducta como la tendencia a la agresividad, la búsqueda de novedades, el altruismo y la irritabilidad también fueron correlacionados con la ideación tanática, mientras que la tendencia a la extroversión se asoció con un menor índice de ideas autolíticas (Brezo et al., 2006).

Existen estudios que reportaron que los suicidios de las celebridades sobre la población en general tienen más probabilidades de desencadenar un efecto de imitación que los suicidios que no son de personas famosas, según Stack (2003), las primeras investigaciones científicas sistemáticas comenzaron con el trabajo de David Phillips en la década de 1970, en el que describió el posible efecto de imitación cuando la conocida estrella Marilyn Monroe se suicidó. El mes siguiente a su suicidio en agosto de 1962 hubo 303 suicidios más de los habituales, un aumento del 12%; aunque, en general, las historias altamente publicitadas aumentan la tasa nacional de suicidios de Estados Unidos solamente un 2.51% en el mes de cobertura por los medios de comunicación masiva (Stack, 2003). Un estudio de Fu, et al (2007), evaluó las consecuencias de la muerte por suicidio de un actor muy famoso y sugirió que las personas que habían indicado haber sido afectadas por el suicidio de celebridades tuvieron 5.93 veces (95% CI: 2.56% a 13.72%) más probabilidades de tener ideación suicida severa tanto a corto plazo (2-4 semanas), como a largo plazo (8-15 meses) (Fu et al., 2007).

En el caso del período del duelo se han reportado incremento de diagnósticos psiquiátricos, ideación e intentos suicidas, de acuerdo con los datos publicados por Feigelman W, et al (2009), la causa de muerte se puede asociar con la intensidad de la ideación tanática, siendo mayor en los casos de muerte considerada traumática (ej. personas jóvenes en accidentes o hechos de violencia) (Feigelman et al., 2009; Shear y Skritskaya, 2012).

Una de las incidencias de ideación suicida más elevadas ha sido descrita en el trastorno bipolar, según el estudio publicado por Valtonen, y colaboradores (2005), en el que analizó los resultados del *estudio bipolar Jorvi* (JoBS). En el, de un total de 191 pacientes bipolares, tanto ambulatorios como hospitalizados, 39 (20%) de los pacientes en el episodio actual, habían intentado suicidarse y 116 (61%) tenían ideación suicida; todos los intentos que presentaron los pacientes se asociaron a la presencia de ideación. Durante su vida, el 80% de los pacientes (N = 152) habían tenido conducta suicida y el

51% (n = 98) había intentado suicidarse (Valtonen et al., 2005). En modelos estadísticos de regresión nominal, la gravedad del episodio depresivo y la desesperanza fueron factores de riesgo independientes asociados con la ideación suicida, y la desesperanza, el trastorno de personalidad comórbido y el intento de suicidio previo fueron factores de riesgo independientes para los intentos de suicidio (Valtonen et al., 2005). No hubo diferencias en la prevalencia del comportamiento suicida entre el trastorno bipolar I y II; sin embargo, los factores de riesgo se superponían en ambos trastornos, pero no eran idénticos (Valtonen et al., 2005).

La ideación suicida ha sido frecuentemente referida por pacientes esquizofrénicos, en los estudios publicados por Kaskow y colaboradores (2011) y Montross y colaboradores (2008) la frecuencia encontrada en los pacientes estudiados alcanzó hasta el 50% (Kaskow et al., 2011; Montross et al., 2008). Sin embargo, conviene tener en cuenta que los intentos de suicidio en pacientes esquizofrénicos pueden también asociarse a la presencia de otras manifestaciones psicopatológicas, como es el caso de percepciones delirantes o de las alucinaciones de comando, pudiendo los pacientes llevar a cabo intentos aún en contra de su voluntad, en respuesta a estos fenómenos (Yasuda, 1992).

En el caso de los trastornos delirantes, según Gonzalez-Rodriguez, et al. (2014), existen un número mucho menor de estudios publicados y los valores referidos por de Portugal y colaboradores (2010) fueron del 21%, encontrando mayor índice de riesgo de suicidio en el subtipo de delirio persecutorio asociado probablemente al carácter desagradable e inquietante propio de esta experiencia (de Portugal et al., 2010; Gonzalez-Rodriguez et al., 2014). Es importante aclarar que la ideación suicida en pacientes psicóticos puede presentar características delirantes, también pueden presentarse intentos de suicidio de manera impulsiva, en pacientes que no presentan ideación tanática y conductas delirantes que ocasionan la muerte, como, por ejemplo, un paciente que creía que podía volar y se arrojó de un quinto piso. En estos últimos dos casos en los que no existen ideas autolíticas propiamente dichas, suele aplicarse el concepto de suicidalidad o de riesgo suicida que permite evaluar la necesidad instaurar medidas preventivas adecuadas para la protección de los pacientes.

Al analizar la prevalencia de ideas suicidas en trastornos de ansiedad, Kanwar, et al (2013), encontró una incidencia aumentada en todos los trastornos de ansiedad (ej. trastorno de pánico con y sin agorafobia, fobia social), dentro de los diagnósticos analizados se incluyó a dos que en la actualidad se encuentran fuera del grupo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo (Kanwar et al., 2013), en este último cabe aclarar que la ideación suicida puede adoptar varias formas de presentación, como por ejemplo, en forma de ideas obsesivas, sobrevaloradas (o deliroides), siendo uno de los diagnósticos en los que a pesar de la mayor frecuencia de presentación de ideas, el estudio de Kanwar, y colaboradores antes mencionado, encontró un menor riesgo de que se produzca el intento de suicidio (Kanwar et al., 2013). Las ideas obsesivas en las que los pacientes temen que al estar expuestos a ciertos elementos van a intentar suicidarse o dañarse, se suelen presentar con cierta frecuencia, un paciente reportado por Wezler, et al (2007), describió no poder ir a los supermercados, ya que temía tener el impulso de beber detergente hasta morir (Wezler et al., 2007).

Una entrevista estructurada realizada por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los EE. UU. entre 1988 y 1994, publicada por Druss y Pincus (2000), señaló que entre los pacientes con al menos 1 enfermedad médica general, el 25,2% reportó ideación suicida, en el caso de los que tenían por lo menos dos enfermedades la incidencia aumentó al 35%, la presencia de una afección médica general sugirió un aumento de 1.3 veces en la probabilidad de ideación suicida; más específicamente, las enfermedades pulmonares (asma, bronquitis) se asociaron con un aumento de dos tercios en las probabilidades de ideación suicida a lo largo de la vida. El cáncer y el asma se asociaron cada uno con un aumento de más de 4 veces en la probabilidad de un intento de suicidio (Druss y Pincus, 2000).

Si bien, muchas personas sanas han referido presentar ideación suicida durante el embarazo, el posparto o durante períodos de duelo, existen muchos psiquiátricos, clínicos y neurológicos en los que se presentan con mucha frecuencia (Tabla 13) (Molina et al., 2019; Stroebe et al.: 2005; Gentile, 2011; Bodnar-Deren et al., 2016; Kanwar et al., 2013; Cota y Lentz, 2017; Buji et al., 2018;).

Existen reportes de la asociación de muchos fármacos tanto con la aparición como con el incremento de la ideación suicida al punto que la FDA, (05-02-2007) advirtió acerca del riesgo incrementado de suicidio en niños y adolescentes medicados con antidepresivos, reportando advertencias que se ampliaron a la totalidad de pacientes tratados con antidepresivos, en particular a los que reciben tratamiento para la depresión (Tabla 14) (FDA, 2004; FDA, 2005; FDA, 2007; Rajgadhi et al., 2016). Sin embargo, a pesar de que dicha organización americana presta especial atención a este fenómeno, existen reportes de muchos otros medicamentos y sustancias de abuso que han sido asociados con la ideación suicida (Tabla 14).

Exploración:

Daphne J Korczak (2015) y el comité salud mental y discapacidades del desarrollo de la Sociedad Canadiense de Pediatría, sugirieron las preguntas listadas en la tabla siguiente, para evaluar ideación, intención y planificación suicidas (Tabla 12):

Tabla 12 preguntas sugeridas por el comité salud mental y discapacidades del desarrollo de la Canadian Paediatric Society, para evaluar ideación, intención y planificación suicidas

<p>¿Alguna vez las cosas se pusieron tan mal para usted que pensó en morir?"</p> <p>¿Alguna vez pensó en acabar con tu vida?</p> <p>¿Con qué frecuencia piensa en eso?</p> <p>¿Cuánto duran los pensamientos?</p> <p>Cuando tiene un pensamiento como ese, ¿qué tan difícil es distraerse y no pensar más en ello?</p> <p>¿Alguna vez ha pensado en llevar a cabo sus pensamientos?</p> <p>¿Quiere acabar con su vida?</p> <p>¿Ha pensado que podría intentar terminar con su vida?</p> <p>¿Cómo acabaría con su vida?</p> <p>¿Qué ha querido hacer para acabar con su vida?</p> <p>¿Qué tan cerca has estado de hacerlo?</p> <p>(Adaptado de Korczak et al., 2015)</p>

El resultado de una revisión de la literatura publicado por Batterham, et al (2015) a partir de 1.117 resúmenes, identificó 80 escalas utilizadas para evaluar los pensamientos y comportamientos suicidas en la población general (Batterham et al., 2015). Sugiriendo que el cuestionario de ideación suicida para adultos (Adult Suicidal Ideation Questionnaire o SIQ; Reynolds, 1991) y la escala de Beck para ideación suicida (BSSI; de Beck y Steer, 1991) mostraron mayor potencial para la aplicación en estudios en población general y de los métodos breves de screening sugirieron que el Depressive Symptom Index Suicidality Subscale (DSI-SS; Joiner, Pfaff, & Acres, 2002), Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R; Osman et al., 2001), y el Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS; van Spijker et al., 2014) tenían mayor potencial para su aplicación en el mismo grupo poblacional (Batterham et al., 2015).

Dentro de las escalas más utilizadas en la actualidad se encuentran la *escala de suicidalidad de Columbia (C-SSRS)* que la FDA recomienda su uso, como herramienta validada para evaluar el riesgo suicida de manera próspectiva en estudios clínicos (Posner et al., 2011).

También se destacan la *escala Intersept de pensamiento suicida (ISST)*, *escala de Beck de ideación suicida*, la *escala geriátrica de ideación suicida (GSIS)*, la *escala de ideación suicida (Suicide Ideation Scale/SIS)* el *suicidal behaviors questionnaire (SBQ-5)* and *geriatric suicide ideation scale-screen (GSIS-screen)* (Yang y Yang, 2000; Lindenmayer et al., 2003; Heisel y Flett, 2006; Ring et al., 2020; Zia et al., 2020).

Sin embargo, como dijimos anteriormente, la evaluación de los fenómenos suicidas es muy compleja y puede requerir un seguimiento prolongado, así como, entrevistas a personas allegadas directas o indirectas y aun así, resulta imposible determinar fehacientemente el riesgo del paciente.

No obstante, conviene aclarar que la ideación suicida constituye puede evaluarse de manera clínica, a través de una entrevista no estructurada o estructurada, y de acuerdo con la experiencia del evaluador, puede ser un procedimiento suficientemente confiable para establecer la presencia de este síntoma.

Tabla 13. Ideas de Suicidio

<u>Diagnósticos que cursan con ideas de suicidio:</u>	
Duelo ^{1, 2}	Embarazo ³
Posparto (mujeres no depresivas) ⁴	Abuso infantil ⁵
Encarcelamiento prolongado ⁶	Trastorno bipolar ⁷
Trastorno depresivo mayor ⁸	Trastorno disfórico premenstrual ⁹
Trastorno de estrés postraumático ¹⁰	Esquizofrenia ¹¹
Trastorno de ansiedad generalizada ¹²	Trastorno de ansiedad social ¹³
Trastorno de pánico ¹²	Trastorno de pánico con agorafobia ¹⁴
Fobias específicas ²⁶	Trastorno obsesivo-compulsivo ¹²
Trastorno de tics ¹⁵	Anorexia nervosa ¹⁶
Bulimia nervosa ¹⁷	Trastorno dismórfico corporal ¹⁶

Trastornos disociativos ¹⁸	Trastornos somáticos ^{26, 18, 19}
Disforia de género ²⁰	ADD/ADDH ²¹
Ludopatías ²²	Trastorno borderline de personalidad ²³
Trastorno antisocial de la personalidad ²⁴	Autismo ²⁵
Retrasos mentales ²⁶	Síndrome de Asperger ²⁷
Accidentes cerebrovasculares (stroke) ²⁸	Dolor crónico ²⁹
Traumatismos craneoencefálicos ³⁰	Epilepsia ³¹
Demencias (ej. Alzheimer) ³²	Enfermedad de Parkinson ³³
Corea de Huntington ³⁴	Esclerosis múltiple ³⁵
Esclerosis lateral amiotrófica ³⁶	Neurocisticercosis ³⁷
Diabetes tipo I ³⁸	Enfermedades cardiovasculares ³⁹
Lupus eritematoso sistémico ⁴⁰	Migrañas ⁴¹
Enfermedad de Behcet ⁴²	Hemodiálisis ⁴³
Insomnio crónico ^{44, 45}	Trastorno de pesadillas ⁴⁵
Apneas obstructivas del sueño ⁴⁶	Disfunciones sexuales ⁴⁷
Tirotoxicosis (ej. tormenta tiroidea) ⁴⁸	Enfermedad de Addison ⁴⁹
Hiperparatiroidismo ⁵⁰	EPOC ⁵¹
Dermatitis atópica ⁵²	

¹Molina et al., 2019; ²Stroebe et al., 2005; ³Gentile, 2011; ⁴Bodnar-Deren et al., 2016; ⁵Zhong et al., 2016; ⁶Chen y Gueta, 2017; ⁷Abreu et al., 2009; ⁸Roh et al., 2020; ⁹Pilver et al., 2013; ¹⁰Vasiladis et al., 2019; ¹¹Hwang et al., 2019; ¹²Kanwar et al., 2013; ¹³Vrvar et al., 2014; ¹⁴Teismann et al., 2018; ¹⁵Johnco et al.: Suicidal. 2016; ¹⁶Rufino et al., 2018; ¹⁷Goel et al., 2018; ¹⁸Oztürk y Sar, 2008; ¹⁹Yoshimasu et al., 2009; ²⁰Day et al., 2019; ²¹Eddy et al., 2019; ²²Mallorquí-Bagué et al., 2018; ²³Selby y Yen, 2014; ²⁴Pennington et al., 2015; ²⁵Zahid y Upthegrove, 2017; ²⁶Veisani et al., 2017; ²⁷Haroche, 2014; ²⁸Pompili et al., 2012; ²⁹Kirtley et al., 2020; ³⁰DeBeer et al., 2017; ³¹Jones et al.: Rates. 2003; ³²Ng et al., 2020; ³³Kummer et al., 2009; ³⁴Robins Wahlin, 2007; ³⁵Tauil et al., 2018; ³⁶Palmieri et al., 2010; ³⁷Martin et al., 2015; ³⁸Matlock et al., 2017; ³⁹Daray et al., 2019; ⁴⁰Buji et al., 2018; ⁴¹Nović et al., 2016; ⁴²Saygin et al., 2015; ⁴³Kainat e Ijaz, 2020; ⁴⁴Qian et al., 2017; ⁴⁵Bernert et al., 2017; ⁴⁶Timkova et al., 2018; ⁴⁷Blais et al., 2018; ⁴⁸Cota y Lentz, 2017; ⁴⁹Kundu et al., 2014; ⁵⁰Weber et al., 2013; ⁵¹Chung et al., 2014; ⁵²Sandhu et al., 2019;

Tabla 14. Medicamentos y Sustancias Asociados a Ideación Suicida

Medicamentos y sustancias que se asocian a la presencia o incremento de las ideas de suicidio:

Antidepresivos tricíclicos ¹	IRSS (o ISRS) ^{2, 3}
Antidepresivos SNRI (Duales) ¹	Benzodiacepinas ⁴
Maprotilina ⁵	Trazodone ⁵
Antidepresivos NASSA (mirtazapina) ¹	Bupropion ¹
Oxibamato de sodio ⁶	Difenilhidantoina ⁷
Lacosamida ⁸	Levetiracetam ⁹
Gabapentin ¹⁰	Topiramato ¹⁰
Asenapina ¹¹	Aripiprazol ¹²
Metilfenidato ¹³	Atomoxetina ¹⁴
Tetrabenazina ¹⁵	Voriconazol (anti fúngico) ¹⁶
Vareniclina ^{10, 17}	Corticoesteroides ¹⁰
Fluoroquinolonas ¹⁸	Dinitrato de isosorbide ¹⁹
Intoxicación con teofilina ²⁰	Consumo a la cocaína (hasta 30 días después del consumo) ²²
Consumo de cannabis ²¹	Tratamiento con metadona (adicción a la heroína) ²⁶
Abuso de opioides ²³	
Abuso y dependencia al alcohol ^{24, 25}	

¹Stübner et al., 2018; ²Bazigh et al., 2019; ³Rouillon et al., 1989; ⁴Rissanen, 2015; ⁵US Food and Drug Administration, 2007; ⁶Ortega-Albás et al., 2010; ⁷Arana et al., 2010; ⁸Kellinghaus, 2013; ⁹Mula y Sander, 2007; ¹⁰Gorton et al., 2016; ¹¹Jafferany y Silverman, 2011; ¹²Selvaraj et al., 2010; ¹³Macaluso y Larson, 2015; ¹⁴Markx y Kahn, 2008; ¹⁵Shahani, 2013; ¹⁶Jansen, 2017; ¹⁷Hughes, 2008; ¹⁸Labay-Kamara et al., 2012; ¹⁹Rosenthal, 1987; ²⁰Kapoor et al., 2015; ²¹Borges et al., 2016; ²²Suchting et al., 2019; ²³Kim-Godwin y Lee, 2019; ²⁴Dillon et al., 2019; ²⁵Darvishi et al., 2015; ²⁶Sarid et al., 2016.

IDEAS FIJAS

Durante muchos años, las ideas fijas y las ideas obsesivas han sido confundidas, inicialmente, fueron utilizados indistintamente ambos conceptos, inclusive Bleuler denomina fijas a las ideas obsesivas (Pereyra, 2000).

Betta (1981) la define como, una idea que persiste en la conciencia sin perturbar el pensamiento, ya que no participa en sus elaboraciones y, por lo tanto, no condiciona la conducta y agrega: “*la idea aflora bajo la forma de una representación persistente de un hecho que provocó una intensa repercusión afectiva, que es lo que le transmite el carácter de persistencia*” (Betta, 1981). Luego de un cierto lapso, la idea no genera una respuesta afectiva marcada, ya que se atenúa gradualmente, pero persiste de manera parásita, sin perturbar la vida del paciente.

Las ideas fijas pueden diferenciarse de las rumiaciones en el hecho de que, si bien ambas se generan en un episodio personal de gran carga afectiva, las ideas fijas, suelen presentar una atenuación de la carga afectiva, mientras que las rumiaciones constituyen preocupaciones persistentes de gran carga afectiva, sin embargo, eventualmente las rumiaciones pueden con el paso del tiempo, transformarse en ideas fijas.

Las ideas fijas han sido descritas en los mismos diagnósticos que se asociaron a ideas sobrevaloradas, sin embargo, se destacan las demencias frontotemporales como la causa neurológica más frecuente de pensamientos recurrente en edad media y avanzada (Mendez y Shapira, 2008)

May 5, 2022