

Jorge Téllez-Vargas, MD

# Suicidio y enfermedad mental

---

- El modelo estresor-diátesis
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno afectivo bipolar
- Trastornos de ansiedad
- Esquizofrenia
- Abuso de alcohol
- Personalidad borderline
- Trastornos del comportamiento alimentario
- Corolario

LA PRESENCIA de un trastorno mental es probablemente el mayor factor de riesgo para el suicidio.

El comportamiento suicida se origina, según BLUMENTHAL (1988) por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores, a saber: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, interacción que podría explicar por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y de suicidios consumados.

En el presente capítulo se analizará la relación entre suicidio y trastornos mentales desde la perspectiva clínica y se analizarán el riesgo de suicidio inherente a los diferentes trastornos mentales y los factores predisponentes.

No se tendrán en cuenta rasgos o comportamientos como impulsividad, abuso verbal, percepción de reglas familiares como no claras o punitivas o baja satisfacción con los logros, que si bien están relacionados con la conducta suicida no conforman un trastorno mental específico.

## **PREVALENCIA**

En la práctica clínica los intentos de suicidio se asocian con diferentes enfermedades mentales, las cuales pueden ser diagnosticadas y tratadas a tiempo. PIRKINS y BURGESS (1998) señalan que al evaluar la población suicida se observa que un 41% ha tenido una hospitalización psiquiátrica en el año previo a su muerte, que 4-11% ha recibido atención ambulatoria por psiquiatría y que 20-83% ha consultado a un médico general en el año anterior a su muerte.

HENRIKSONN y colaboradores (1993) afirman que al realizar las autopsias psicológicas de suicidas en el 90% de los casos se encuentran criterios para el diagnóstico de uno o más trastornos mentales como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, rasgos de comportamientos agresivos e impulsivos, trastornos de personalidad y abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.

HARRIS y BARRACLOUGH (1997) al realizar un estudio de metaanálisis de 249 reportes y calcular la relación estandarizada de mortalidad (SMRs) que corresponde a la mortalidad relacionada con un factor específico de

---

riesgo de suicidio, encontraron que todos los trastornos mentales con excepción del retraso mental, mostraron un índice mayor de 1.0, es decir, que implicaba un alto riesgo de suicidio, siendo los intentos previos de suicidio (38.4), los trastornos de la alimentación (23.1), la depresión mayor (20.4), el abuso de sustancias psicoactivas (19.2) y el trastorno bipolar (15.0) las entidades con un mayor índice SMRs. Es preciso aclarar que este índice se refiere a un riesgo relativo y no representa el verdadero riesgo de suicidio para una determinada entidad psiquiátrica.

Los intentos de suicidio y los suicidios consumados son raros en niños menores de 12 años, pero se intensifican en frecuencia y gravedad a partir de la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta, época en que hacen eclosión algunas patologías psiquiátricas como el trastorno afectivo bipolar o la esquizofrenia.

BLACK y WINOKUR (1990) recomiendan tener en cuenta al estudiar la prevalencia de los trastornos mentales que los resultados son diferentes si los estudios sobre suicidio se hacen en la población general o en una población clínica específica. Los estudios en la población general revelan que el prototipo en riesgo de suicidio es un hombre mayor de 40 años, divorciado o soltero, con un diagnóstico de trastorno mental que varía de acuerdo con la edad: esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas en menores de 40 años, y depresión y alcoholismo si su edad es mayor.

Los estudios en las poblaciones clínicas identifican a la esquizofrenia como la causa principal de suicidio, la distribución por sexos es casi igual, aunque predomina el suicidio en los hombres, la edad al cometer el suicidio es menor y los jóvenes tienen igual riesgo de suicidio que los ancianos.

### **EL MODELO ESTRESOR-DIÁTESIS**

En el 90% de los suicidios consumados existe un trastorno mental diagnosticable en el momento de la muerte. Se estima que en el 60% de los casos se encuentra un sustrato de enfermedad depresiva y en el 40% restante trastornos de personalidad, alcoholismo, drogadicción o esquizofrenia.

En Colombia, al menos 40% de los colombianos han tenido alguna vez un trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansie-

---

dad (19,3%), los trastornos depresivos (15%), el abuso de sustancias psicoactivas (10,6%), que se acompañaron de un 12,3% de pensamientos suicidas.

Los estudios epidemiológicos demuestran que las tasas mayores de suicidio se encuentran en pacientes con un rico historial de impulsividad, agresividad, competitividad e inestabilidad. MANN y colaboradores (1999) proponen un modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida al considerar que este comportamiento es el resultado de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) y no la respuesta lógica a factores estresantes extremos.

OQUENDO y colaboradores (2004) proponen el modelo estresor-diátesis para explicar la conducta suicida. En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida. La diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad.

El componente impulsividad/agresividad se manifiesta como antecedentes de conductas agresivas e impulsivas y como rasgos de personalidad que configuran el grupo B de los trastornos de personalidad: trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista.

La historia de intentos de suicidio previos y la historia familiar de actos suicidas son indicadores claves de la presencia de la diátesis o vulnerabilidad y sugieren la posibilidad de la existencia de un factor hereditario tanto para el comportamiento suicida como para los trastornos afectivos.

Este modelo conceptual estaría determinado por aspectos neurobiológicos siendo la alteración serotoninérgica, hasta el momento, la principal evidencia de este trastorno, sin negar, obviamente, la importancia de los factores psicosociales en la génesis de la conducta suicida. El modelo corrobora la propuesta de SUSAN BLUMENTHAL y su grupo de estudio, quienes consideran al comportamiento suicida no como un síntoma aislado, sino como un elemento de un síndrome clínico, donde la impulsividad juega un papel determinante.

Los individuos pesimistas, comparados con los no pesimistas, al afrontar una enfermedad o un estresor vital tienden a presentar mayores sen-

---

timientos de desesperanza, mayor intensidad de síntomas depresivos y a percibir menores razones para vivir que se acompañan de ideas suicidas más frecuentes e intensas.

El factor tendencia al pesimismo puede pasar desapercibido para el clínico porque es evaluado en forma subjetiva y generalmente, sólo se toma en consideración, la percepción del paciente. Para valorarlo con objetividad es necesario emplear escalas adecuadas.

De acuerdo con este modelo los trastornos mentales estarían relacionados así:

- Impulsividad: trastornos de la personalidad, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, esquizofrenia, trastornos del comportamiento alimentario, trastorno afectivo bipolar.
- Pesimismo y desesperanza: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno afectivo bipolar.

### **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el trastorno mental que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. HARRIS y BARRACLOUGH calculan que la depresión mayor incrementa 20 veces el riesgo de suicidio de la población general y la distimia lo hace 12 veces.

A partir del trabajo de GUZE y ROBINS (1970) se consideró que el 15% de los pacientes con depresión podrían cometer suicidio; sin embargo, investigaciones actuales han demostrado que la cifra ha disminuido aunque no existe consenso para aceptar un nuevo porcentaje.

LEWINSOHN y colaboradores (1993) consideran que más del 50% de los adolescentes que se suicidan sufren depresión mayor; de éstos un 25% hace un intento de suicidio en algún momento en su vida y un 15% finalmente logra el suicidio.

LITMAN (1989) al realizar 500 autopsias psicológicas encontró que la depresión con o sin trastornos de ansiedad se asocia en un 43-76% de los casos.

En Colombia, de acuerdo con el trabajo de GÓMEZ y colaboradores (2002) el 49,2% de los individuos que presentaron puntuaciones en la

---

escala de ZUNG para depresión grave habían realizado al menos un intento de suicidio en la vida y el 16,7% lo había realizado en el último año. Además, se pudo observar que en la medida en que aumentaba la intensidad de la depresión aumentaba la frecuencia de los intentos de suicidio.

Los pacientes con trastornos afectivos presentan una alta tasa de intentos de suicidio y de suicidios consumados, que se relacionan en forma positiva con la intensidad del cuadro depresivo, la menor edad de aparición de los síntomas depresivos, el género femenino, el estado civil (menor en casados), la intensidad de las ideas de suicidio y la historia familiar de trastornos afectivos o de comportamiento suicida. Otros autores como BECK y colaboradores (1990) y FAWCETT y colaboradores (1990) han observado que síntomas como el insomnio, el déficit cognoscitivo, la anhedonia, la desesperanza y la comorbilidad con el abuso o dependencia del alcohol o con los trastornos de pánico incrementan el riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos.

La depresión mayor es un factor de riesgo importante para el suicidio pero también es cierto, que no todos los individuos con depresión mayor intentan el suicidio. CLAYTON (1985) señala que los intentos de suicidio considerados como graves (el individuo ha guardado el secreto, evitado ser descubierto y empleado métodos letales con graves consecuencias físicas) son más frecuentes en los pacientes con trastorno depresivo mayor.

Los comportamientos impulsivos y agresivos son frecuentes en los individuos que intentan suicidarse, independientemente de presentar un trastorno depresivo, y por otra parte, en los individuos con trastorno límite de la personalidad o que abusan de sustancias psicoactivas el riesgo de suicidio se incrementa cuando existe comorbilidad con un trastorno afectivo. Estas observaciones permiten suponer que los rasgos de impulsividad y agresividad son responsables de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados en los individuos afectados por un trastorno depresivo.

La severidad del cuadro depresivo es un factor de riesgo de suicidio (2,2%), de tal forma que el riesgo es mayor en los pacientes hospitalizados (4,0%) y es aún mayor (8,6%) en los enfermos que han sido hospita-

---

lizados como consecuencia de un intento de suicidio, según los datos suministrados por BOSTWICK y PÁNKRAZ (2000).

En los últimos años ha aumentado el suicidio en los ancianos. El 83% de los individuos que cometen suicidio en etapas tardías de su vida presentan un trastorno depresivo mayor, y con frecuencia se suicidan dentro del contexto de un primer episodio depresivo que hizo eclosión en la tercera edad. El riesgo de suicidio es mayor cuando existe comorbilidad con abuso de alcohol o consumo de sustancias psicoactivas.

MAGDA (2002) en un estudio de 85 casos de suicidio en individuos mayores de 65 años, mediante el método de autopsia psicológica, encontró que al menos el 97% de las víctimas de suicidio cumplían los criterios para un diagnóstico del eje I, de acuerdo con el DSM-IV, siendo el trastorno depresivo mayor recurrente el trastorno más relacionado con el riesgo suicida, seguido por el trastorno de abuso de sustancias psicoactivas. El trastorno distímico, la depresión psicótica, el episodio único de un trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad también mostraron un elevado riesgo de suicidio.

Desafortunadamente el 20% de los pacientes con depresión no son diagnosticados adecuadamente y si tenemos en cuenta la poca adherencia del depresivo al tratamiento y la tendencia a la cronicidad que exhibe la depresión, podremos explicar la alta incidencia de suicidios en los pacientes deprimidos.

La desesperanza y la presencia de enfermedad mental grave o crónica son dos factores determinantes para que un paciente pase de la ideación suicida a cometer una tentativa. La desesperanza, el no vislumbrar una salida en el futuro, el tener expectativas negativas sobre el bienestar así como las pocas habilidades para salvar las dificultades y conseguir el éxito en la vida, junto con el padecimiento de una depresión son fundamentales en el paso de la ideación a la tentativa suicida en los pacientes deprimidos.

Los niveles de desesperanza pueden ser medidos por la escala de Beck, que permite valorar las motivaciones y los factores afectivos y cognoscitivos, de tal manera, que una puntuación alta de desesperanza se convierte en un buen predictor de suicidio.

Los pacientes deprimidos con frecuencia hacen saber sus intenciones suicidas en forma directa o solapada a sus familiares, a sus amigos y a su médico. De acuerdo con MURPHY (1975) el 82% de los suicidas visitaron a su médico seis meses antes y el 53% en el mes anterior al suicidio. Además, como lo señala CLAYTON (1985) los pacientes consultaron por ansiedad o insomnio, síntomas que no fueron valorados adecuadamente por el médico, quien les prescribió ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos en dosis no terapéuticas, fármacos que con frecuencia son empleados por el paciente para llevar a cabo su suicidio.

### **TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. La mayoría de los suicidios ocurren en las fases depresivas o en los estados mixtos en tanto que las ideas y los intentos de suicidio son más frecuentes en los estados mixtos que en los episodios de manía.

Se han identificado como factores de riesgo para el intento de suicidio en los pacientes bipolares a la duración y severidad de los episodios depresivos, la desesperanza, los estados mixtos, la comorbilidad con abuso de alcohol o sustancias psicoactivas y la presencia de impulsividad o rasgos agresivos en el patrón de personalidad.

La impulsividad es un comportamiento prominente en el trastorno afectivo bipolar y está presente aún en los períodos eutímicos de la enfermedad.

Los pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el suicidio, por tratarse de una patología crónica y progresiva. Se estima que 10-15% de los pacientes que padecen este trastorno cometen suicidio y que entre el 25-50% realizan una tentativa de suicidio.

Es necesario valorar el riesgo suicida no sólo en la etapa aguda del episodio depresivo sino también durante el tratamiento clínico preventivo y de mantenimiento.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA-2002) recomienda evaluar el riesgo de suicidio e indagar sobre:

- Presencia de ideas de suicidio o de homicidio, tentativas o planes.
- Acceso a medios letales (armas de fuego, medicamentos).
- Presencia de alucinaciones de comando, otros síntomas psicóticos o ansiedad severa.
- Abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Antecedentes familiares de un suicidio reciente.

Si el riesgo de suicidio es alto, si el paciente presenta alteraciones del juicio, si no existe un adecuado soporte afectivo o padece una complicación médica u otro trastorno mental grave debe ser hospitalizado.

Existe evidencia que las sales de litio además de ser efectivas en la profilaxis del trastorno bipolar disminuyen el riesgo de suicidio. El metaanálisis realizado por BALDESARINI y colaboradores (2003) mostró que el tratamiento a largo plazo con litio redujo hasta 14 veces los actos suicidas, disminuyendo en un 80-90% el riesgo de suicidio y en 90% los intentos de autoeliminación.

### **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Los estudios sobre ansiedad y suicidio son más limitados. HARRIS y BARRACLOUGH estiman que los trastornos de ansiedad aumentan 6-10 veces el riesgo de suicidio de la población general. La tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es menor que la observada en los trastornos depresivos. Algunos autores consideran que el abuso de alcohol enmascara los trastornos de ansiedad.

GÓMEZ y colaboradores (2002) señalan que la prevalencia total para ansiedad en Colombia fue de 17,8% y que en forma similar a lo sucedido con el síndrome depresivo, se observa un mayor número de intentos de suicidio al aumentar la severidad de la ansiedad.

El trastorno de pánico es la entidad más estudiada. HARRIS y BARRACLOUGH calculan que aumenta 10 veces el riesgo de suicidio de la población general. El comportamiento suicida se relaciona con la edad de aparición del trastorno, el número e intensidad de los ataques, la limitación psicosocial y el déficit cognoscitivo.

La presencia de comorbidad con depresión, alcoholismo y trastornos en el eje II aumentan el riesgo de autoeliminación.

STEIN y colaboradores (2001) consideran que la fobia social debido a la limitación que ocasiona en el paciente origina con frecuencia pensamientos suicidas. Los intentos de suicidio se han observado más frecuentemente en los pacientes que presentan comorbilidad.

## **ESQUIZOFRENIA**

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Comparados con la población general, HARRIS y BARRACLOUGH calculan que el riesgo de suicidio en la esquizofrenia es 8.5 veces mayor, índice que se incrementa en los pacientes hospitalizados.

Se estima que el 20-50% de los pacientes con esquizofrenia intentan suicidarse, tasa que es similar a la observada en los trastornos afectivos y 20 veces mayor a la observada en la población general. Según ROY (1986) el 10% logra suicidarse y con frecuencia eligen métodos violentos para hacerlo.

La mayoría de los suicidios ocurren en los primeros años de la enfermedad, en el período posterior a una hospitalización o durante un episodio de depresión pospsicosis.

En los pacientes con esquizofrenia se han identificado como factores de riesgo para el suicidio el género masculino, la raza blanca, la falta de apoyo social, el pobre funcionamiento psicosocial, las pérdidas afectivas, la presencia de depresión y los intentos previos de suicidio, que son los mismos factores de riesgo en la población general.

Algunos factores de riesgo son específicos para la esquizofrenia como la cronicidad del trastorno, las exacerbaciones de los episodios psicóticos, la intensidad de los síntomas positivos (especialmente delirios y suspicacia), el número de hospitalizaciones y la pérdida de confianza o las actitudes negativas hacia el tratamiento. Paradójicamente los suicidios son más frecuentes en los individuos con historia de un buen funcionamiento cognoscitivo premórbido y que poseen buena capacidad de introspección (*insight*) acerca de su enfermedad, en quienes se presentan

---

sentimientos de desesperanza, al reconocer que han perdido sus habilidades cognitivas y creen que no podrán recuperarlas.

EVANS (1997) señala que los pacientes con esquizofrenia que presentan altos niveles de fragmentación social, deprivación económica y ruptura familiar poseen mayor riesgo de cometer suicidio. No existe evidencia que la presencia de alucinaciones auditivas de comando incrementen el riesgo de autoeliminación pero pueden, en algunos casos, precipitar un intento de suicidio.

Los índices de prevalencia de depresión en la esquizofrenia son variables con rangos del 7-54%. Aún no se ha develado si los síntomas depresivos en la esquizofrenia forman parte del espectro clínico de la enfermedad, si son secundarios a la toma de conciencia de la misma o si son debidos al efecto amotivacional de algunos antipsicóticos, específicamente los neurolépticos o clásicos.

El abuso de sustancias psicoactivas presenta una prevalencia elevada (47%) en los enfermos con esquizofrenia que es el triple de la observada en la población general, comorbilidad que origina un incremento de los comportamientos agresivos, del número y duración de las hospitalizaciones y del asilamiento social del enfermo.

Los individuos con trastorno esquizoafectivo tienen un mayor riesgo de suicidio que los enfermos esquizofrénicos.

## **ABUSO DE ALCOHOL**

La incidencia de alcoholismo en la población general es del 10% y el riesgo de suicidio en la vida en los pacientes alcohólicos se estima, según MURPHY (1986) en 15%, cifra similar a la observada en los trastornos afectivos. El autor considera que cuando se asocian depresión y alcoholismo el riesgo de suicidio es 75-85 veces mayor que el esperado para la población general, razón por la cual lo considera el segundo predictor de suicidio.

GÓMEZ y colaboradores (2002) refieren que en la población colombiana cuando no hay alcoholismo, la asociación con el intento de suicidio a lo largo de la vida es de 4,3% pero cuando existe alto riesgo de alcoholis-

mo los intentos de suicidio alcanzan un 5,9 y 2,2% en el riesgo para el último año.

Los individuos que presentan un diagnóstico dual (depresión y alcoholismo) tienen una mayor alteración del sistema serotoninérgico que incrementa el riesgo de cometer suicidio. SHER (2006) señala que en este caso la disfunción dopaminérgica producida por el alcoholismo parece jugar un rol importante en la fisiopatología de la conducta suicida.

Los suicidios son más frecuentes en los alcohólicos crónicos y, como se observa en otros trastornos mentales, al ser dados de alta después de una hospitalización o al afrontar una pérdida afectiva.

Se consideran como factores precipitantes del riesgo suicida a los intentos previos de suicidio, la pérdida reciente del empleo, el pobre apoyo emocional, el continuar consumiendo alcohol, las dificultades financieras, los problemas legales, las enfermedades graves, los trastornos de la personalidad y la comorbilidad con otros trastornos mentales. Algunos autores consideran que el tener un empleo de tiempo completo actúa como un factor protector.

El riesgo de suicidio es igual para hombres y mujeres alcohólicos. MURPHY y colaboradores (1992) señalan que al contrario de lo observado en los pacientes con depresión o esquizofrenia el riesgo de suicidio en los pacientes alcohólicos es una secuela tardía de la evolución de la enfermedad.

## **PERSONALIDAD BORDERLINE**

Los intentos y los gestos suicidas son frecuentes en los individuos con trastorno límite de la personalidad y se estima que el 8-10% se suicida.

POMPILI y colaboradores (2005) en un estudio de metaanálisis encontraron que el comportamiento suicida es mayor en individuos con trastorno *borderline* de la personalidad comparados con la población general. HARRIS y BARRACLOUGH calculan que el riesgo de suicidio en individuos con este trastorno es 7.0 veces mayor que en la población general.

El riesgo de suicidio en los individuos con trastorno de la personalidad se incrementa cuando concurren otros factores como desempleo, di-

---

ficultades financieras, conflictos familiares, rupturas afectivas, disfunción de la pareja, etc.

Evaluar el riesgo de suicidio en estos individuos es una tarea difícil. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2001) considera que es difícil precisar cuándo el paciente se encuentra en riesgo inminente de suicidio debido a las siguientes características clínicas del trastorno:

- Los comportamientos suicidas son agudos o crónicos y no es posible predecir su evolución.
- La tendencia a presentar comportamientos crónicos suicidas y episodios de autoagresión frecuentes.
- La mayoría de los comportamientos suicidas son impulsivos.
- Las dificultades para crear y mantener la alianza terapéutica.

A pesar de ello, es necesario desarrollar estrategias para impedir el suicidio. Se debe tomar en serio todo intento de suicidio, evaluar los sentimientos de abandono y las actitudes de negación, identificar y tratar la comorbilidad en los ejes I y II.

### **TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

En los enfermos con trastorno del comportamiento alimentario (TCA) son frecuentes los suicidios y las conductas parasuicidas. La frecuencia y severidad de los intentos de suicidio, es según STEIN y colaboradores (2004) comparable a la observada en los pacientes con trastorno depresivo mayor y mucho mayor que la observada en pacientes con esquizofrenia o trastornos de ansiedad.

En la anorexia nervosa el suicidio es la segunda causa más común de muerte después de las complicaciones médicas y metabólicas. LATZER y HOCHDORF (2005) afirman que el riesgo de suicidio en la anorexia nervosa es similar al riesgo de suicidio de la depresión mayor y está asociado a la cronicidad del cuadro clínico y la comorbilidad con abuso de sustancias, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad del grupo B.

Los intentos de suicidio se relacionan con altos niveles de impulsividad. Son más frecuentes en la bulimia nerviosa que en la anorexia nerviosa, y más frecuentes en los cuadros de anorexia del tipo purgativo que en los de anorexia restrictiva.

Las conductas parasuicidas son frecuentes en los individuos con TCA de patrón purgativo, especialmente en quienes hacen uso de laxantes y diuréticos y en quienes se empeñan en varios comportamientos purgativos compensatorios, como autoinducción del vómito y abuso de laxantes.

El trabajo de TOZZI y colaboradores (2006) señala que el abuso de laxantes en los TCA se asocia con un curso crónico y peor pronóstico de la enfermedad, comportamientos impulsivos, intentos de suicidio, autolesiones y comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad.

Las diversas alteraciones en el control de impulsos observadas en los pacientes con TCA sugieren una alteración en la biodisponibilidad de la serotonina, neurotransmisor que se relaciona con el comportamiento impulsivo, la conducta suicida y los trastornos del comportamiento alimentario.

## **COROLARIO**

Los trastornos mentales son, en sí mismos, factores que incrementan el comportamiento suicida, agregan sufrimiento al enfermo y limitan, aún más, su calidad de vida.

El diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos mentales puede disminuir el riesgo de suicidio pero se trata de un objetivo difícil de lograr por las dificultades para el diagnóstico de algunas entidades clínicas, como el trastorno afectivo bipolar o los trastornos de personalidad, por la resistencia de la familia a aceptar que su allegado presenta un trastorno mental o por la escasa adherencia del enfermo al tratamiento.

Además, la discriminación social que se hace de los enfermos y de los trastornos mentales contribuye a desalentar la consulta, a evitar el tratamiento farmacológico, a intentar otras estrategias terapéuticas y, lo que es más grave, a la cronicidad de la patología mental y con ella a un mayor número de intentos de suicidio y a una cifra mayor de desenlaces fatales.

**ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA).**

Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (suppl 10): 1-52.

**ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA).**

Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (suppl 4): 1-48.

**ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA).**

Practice guideline for the treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (suppl 11): 1-60.

**BALDESARINI RJ, TONDO L, HENNEN J.**

Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and news findings. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 5): 44-52.

**BECK AT, BROWN G, BERCHICK RJ, STEWART BL, STEER RA.**

Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 190-5.

**BLACK DW, WINOKUR G.**

*Suicide and Psychiatric Diagnosis*. In: Suicide over the life cycle. Blumenthal S, Kupfer D (eds.). American Psychiatric Press Inc, Washington DC, 1990; 135-53.

**BLUMENTHAL SJ.**

Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 1988; 72: 937-71.

**BOSTWICK JM, PANKRATZ VS.**

Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-32.

**BUDA M, TSUANG MT.**

The epidemiology of suicide: Implications for clinical practice. In *Suicide over the life cycle*. Blumenthal S, Kupfer D (eds.). American Psychiatric Press Inc, Washington DC, 1990; 17-39.

**CLAYTON PJ.**

Suicide. *Psychiatry Clin North Am* 1985; 8: 203-14.

**EVANS JJ, CHUA SE, MCKENNA PJ, WILSON BA.**

Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychol Med*. 1997; 27 (3): 635-46.

**FAWCETT J, SCHEFTNER WA, FOGG L, CLARK DC, YOUNG MA, et al.**

Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1189-94.

**HARRIS EC, BARRACLOUGH B.**

Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.

GÓMEZ C, RODRÍGUEZ N, BOHÓRQUEZ A, DIAZGRANADOS N, OSPINA MB, FERNÁNDEZ GÓMEZ C, *et al.*

Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatr* 2002;XXXI (4): 271-86.

GUZE SB, ROBINS E.

Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 437-8.

HARRIS EC, BARRACLOUGH B.

Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.

HENRIKSSON MM, ARO HM, MARTTUNEN MJ, HEIKKINEN ME, ISOMETSA ET, *et al.*

Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150:953-960.

LATZER Y, HOCHDORF Z.

Dying to be thin: attachment to death in anorexia nervosa. *Scien World J.* 2005; 5: 820-7.

LEWINSOHN P, ROHDE P, SEELEY JR.

Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32 (1): 60-8.

LITMAN RE.

500 Psychological autopsies. *J Forensic Sci* 1989; 34 (3): 638-46.

MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS CL, MALONE KM.

Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-9.

MURPHY GE, WETZEL RD, ROBINS E, MCEVOY L.

Multiple risks factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 459-63.

MURPHY GE.

The physician's responsibility for suicide II: errors of omission. *Ann Intern Med* 1975; 82: 305-9.

OQUENDO MA, GALFALVY H, RUSSO S, ELLIS S, MANN JJ, *et al.*

Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1433-41.

PIRKIS J, BURGESS P.

Suicide and frequency of health care contacts: a systematic review. *Br J Psychiatry* 1998; 173:462-74.

POMPILI M, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI B.

Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry.* 2005; 59 (5):319-24.

ROY A.

Suicide in schizophrenics. In *Suicide*. Edited by Roy A. Baltimore, Williams and Wilkins, 1986;97-112.

---

SHER L. Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *Scientific World J.* 2006; 21;6:700-6.

STEIN MB, FUETSH M, MULLER N.

Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 251-6.

STEIN D, LILENFELD L, WILDMAN PC, MARCUS MD.

Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Compr Psychiatry* 2004; 45 (6): 447-51.

TOZZI F, THORNTON LM, MITCHELL J, FICHTER MM, KLUMP KL, *et al.*

Price Foundation Collaborative Group. Features associated with laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosom Med* 2006; 68 (3): 470-7.

