

Fernando Mosquera, MD

El comportamiento suicida

- La magnitud del problema
- El término suicidio
- Características epidemiológicas
- Factores de riesgo
- El suicidio como acto humano
- El suicidio como hecho científico
- La nueva terminología

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

EL INFORME mundial sobre la violencia y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) es el primero en el que se evalúa, en términos de muertes y discapacidades, el impacto de asesinatos, suicidios, abusos y conflictos bélicos en la salud.

Las cifras publicadas son verdaderamente escalofrantes. (Tabla 1)

TABLA 1

Cifras estimadas de defunciones debidas a la violencia en el mundo, en el año 2000 (Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS. (2002))

| Tipo de violencia | Número | Tasa por 100.000 hab. | % del total |
|-------------------|-----------|-----------------------|-------------|
| Suicidios | 815.000 | 14,5 | 49,1 |
| Homicidios | 520.000 | 8,8 | 31,3 |
| Acciones bélicas | 310.000 | 5,2 | 18,6 |
| Total | 1.659.000 | 28,8 | 100,0 |

El suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. En efecto, hay tantos muertos por suicidio como por homicidio y conflictos bélicos conjuntamente; cada 40 segundos un hombre muere por suicidio en nuestro planeta.

La tasa de mortalidad por suicidios registrada oficialmente por la OMS es de 14,5 por 100.000 habitantes al año. Se trata de la cuarta causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15-44 años y la decimotercera causa de muerte en general.

Pero el problema excede, incluso, al de las muertes. Por un lado, las secuelas de suicidios fallidos constituyen la sexta causa de mala salud y discapacidad, originando un costo valorado en miles de millones de dólares anuales. Por otro, los sobrevivientes al suicida están más expuestos al desarrollo de trastornos psicopatológicos; la dificultad para elaborar el duelo, el miedo a la vulnerabilidad propia y familiar, la culpa y los sentimientos ambivalentes característicos, son factores que influyen en el desarrollo de trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático y episodios depresivos mayores.

EL TÉRMINO SUICIDIO

El término suicidio posee en sí mismo un matiz de violencia y agresividad, porque se trata de una voz formada por analogía con el homicidio. Fue acuñado por sir THOMAS BROWN, filósofo y médico inglés en 1642, al escribir su obra *Religio Medici*. THOMAS asimiló el suicidio al homicidio al tomar su etimología latina: *sui, de sí mismo; y caedere, matar*.

A finales del siglo XVIII empezó a ser utilizado en España y aparece en el diccionario de la Real Academia en la quinta edición, de 1817. Es interesante observar que, hasta entonces, cuando alguien, en cualquier lugar del planeta, quería referirse a la muerte provocada por uno mismo, debía recurrir a una perífrasis, hecho que, de algún modo, revela una intención de mantenerlo oculto o, por lo menos, indefinido.

La Real Academia Española (2001) define al suicidio como acción y efecto de suicidarse, que es quitarse voluntariamente la vida, y en una segunda acepción como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Con esta segunda acepción, se elimina la obligatoriedad de la muerte, pero se crea un sentido metafórico (*v. gr.* el planteamiento suicida de un partido de fútbol, una estrategia política suicida), que deja al descubierto el fenómeno de difusión del suicidio, al cual me referiré más tarde, que limita las investigaciones.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

En cuanto a la distribución por países, las tasas de mortalidad por suicidio son muy variables. En general, las tasas más bajas son de América Latina (Colombia y Paraguay) y Filipinas; y las más altas son de Europa Oriental, especialmente en las antiguas repúblicas soviéticas (Bielorrusia, Estonia, Rusia y Lituania). Hay muy poca información sobre África.

La mayor parte de los datos epidemiológicos sobre suicidio que poseemos son posteriores a 1960; aunque en algunos países, como Finlandia y Suecia, tenemos datos desde el siglo XVIII. Globalmente considerados, estos datos señalan que el fenómeno suicida muestra una tendencia ascendente; en efecto, el 75% de los territorios valorados mostraron tasas crecientes y sólo en un 25% se observan cifras descendentes.

A escala mundial los suicidios son más frecuentes en hombres que en mujeres, con una relación de 3:1, aunque con importantes variaciones desde el 12:1 de Puerto Rico al 1:1 registrado en China.

Las tasas mundiales de suicidio crecen progresivamente con la edad, es decir, que a mayor edad hay tasas más altas de mortalidad por suicidio, fenómeno que es más evidente en varones. Si se consideran las cifras de suicidio en los diferentes grupos de edad se observa que las muertes por suicidio son más frecuentes en los menores de 45 años que en mayores de dicha edad. Hasta hace 50 años los suicidios eran más frecuentes en mayores de 45 años, pero hoy en día el número es mayor en los grupos de menor edad, cambio que se ha producido incluso en contra de la fuerte tendencia demográfica al envejecimiento de la población. Como conclusión, podría decirse que el suicidio sigue siendo un fenómeno de la vejez pero que está rejuveneciéndose.

En la raza caucásica la tasa de suicidio es aproximadamente el doble que en otras razas. En general, el pertenecer al mismo grupo étnico se asocia con tasas similares de suicidio, en tanto que en grupos étnicos diferentes, aunque vivan en un mismo lugar, suelen observarse tasas de suicidio diferentes.

FACTORES DE RIESGO

Las causas de suicidio son múltiples y los factores (biológicos, psiquiátricos, sociales, ambientales, y relacionados con la historia personal del individuo) que pueden influir en el comportamiento suicida son muy variados e interactúan entre sí.

Los trastornos psiquiátricos presentan una alta prevalencia entre los suicidas, siendo los trastornos más frecuentes la depresión unipolar, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el abuso de alcohol y drogas, los trastornos de la personalidad, los trastornos del control de impulsos y los trastornos de ansiedad.

El trastorno bipolar presenta una de las mayores tasas de mortalidad prematura, especialmente a expensas del suicidio, aunque también es potencialmente mortal como consecuencia de accidentes, asociación con otras enfermedades médicas y con el abuso de sustancias, e incluso con un mayor riesgo de ser objeto de homicidio. La tasa de mortalidad de este

trastorno prácticamente triplica la de la población general y se calcula que un 10-20% de los pacientes bipolares muere por suicidio.

La estimación clásica del riesgo de suicidio durante toda la vida en las personas afectadas por depresión grave y bipolar era de alrededor del 15%; con resultados muy variables, en los estudios comparativos entre depresión unipolar y bipolar. Las evaluaciones más recientes de los datos indican un nivel de riesgo menor, pero sigue siendo muy alto (8,6% en pacientes hospitalizados por comportamiento suicida, 4% en pacientes hospitalizados sin comportamiento suicida, 2,2% en pacientes ambulatorios) si se comparan con la tasa de 0,5% en población general.

Existen otros factores que a simple vista pueden ser considerados como intrascendentes pero en realidad se trata de factores fundamentales. Uno de ellos es la disponibilidad de medios para el suicidio. Se piensa a nivel coloquial que si una persona no puede suicidarse utilizando el método elegido, buscará hacerlo en cualquier otra forma. Sin embargo, los datos epidemiológicos indican lo contrario. En Inglaterra en los años sesenta se suprimió el monóxido de carbono del gas doméstico y con ello disminuyeron las muertes por suicidio con gas doméstico y la tasa de mortalidad por suicidios permaneció, durante varios años, en valores mucho más bajos de los que eran habituales. En Samoa al controlar la venta de insecticidas disminuyeron los suicidios por envenenamiento, que eran más frecuentes en la población femenina.

En cuanto a los factores relacionados con la cultura, quizá los ejemplos más conocidos son *harakiri*, el ritual japonés de suicidios, y el *Sati*, la costumbre india de inmolarse a la viuda en la pira funeraria del esposo recién fallecido. Originalmente esta costumbre fue característica de los nobles y de la familia real, pero luego fue extendiéndose a todas las mujeres. Aun cuando inicialmente se trataba de un acto voluntario —y algo similar ha pasado con el *harakiri*— con el tiempo ha ido transformándose en un ritual prácticamente obligatorio, porque las mujeres que lo evadían, eran discriminadas socialmente.

Las situaciones de inestabilidad y en particular las de naturaleza laboral, migratoria y económica, aumentan las tasas de suicidio.

La religión desempeña un papel protector de la conducta suicida. De manera general, si ordenamos de menor a mayor la proporción de suici-

das según la religión profesada, tendríamos en primer lugar a los musulmanes, luego los católicos romanos, después los protestantes seguidos del resto de las religiones y, por último, quienes más se suicidan son aquellos individuos pertenecientes a países en los que se ha desalentado la práctica religiosa.

Las conductas suicidas previas son el factor más importante en la predicción del riesgo suicida. Le siguen los antecedentes familiares de suicidio; las enfermedades físicas graves y dolorosas, que tienen una prevalencia del 25% entre los suicidas en general y puede alcanzar hasta el 80% en ancianos; los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez y la inestabilidad social y familiar.

EL SUICIDIO COMO ACTO HUMANO

El suicidio es un suceso cotidiano y es un hecho inherente a la condición humana. No hay animales que se suiciden (aunque esto podría llevarnos a una discusión muy alejada de nuestro objetivo). Es el nacimiento de la conciencia lo que permite al individuo tener una representación concreta de lo que significa “la muerte por mi propia mano”. Entre los filósofos ha sido siempre una cuestión fundamental y, especialmente, para los existencialistas, constituye un tema especial. Por ejemplo, para JASPERS el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana y, en última instancia, la más alta forma de expresión de la libertad de la que dispone el hombre.

Sin embargo, el suicidio es la forma de muerte más repudiada. A través de la historia siempre ha habido muestras de desprecio para todos aquellos que se suicidan. En Grecia, por ejemplo, les amputaban la mano con la que habían cometido el acto, la enterraban aparte, y el difunto no recibía ceremonia alguna; los atenienses, que tenían la costumbre de orientar el rostro del muerto hacia el oriente, no lo hacían cuando se trataba de un suicida. En Europa, en la edad media, era costumbre arrastrar las cabezas de los suicidas y exponerlas en la plaza pública. En Zurich, cuando una persona se suicidaba por apuñalamiento, se metía un taco de madera en el cráneo del difunto y allí se clavaba el puñal con el que se había suicidado. En Metz, Francia, se metía al suicida en un tonel y se lo arrojaba al río para que se alejara y no volviera.

EL SUICIDIO COMO HECHO CIENTÍFICO

Sin embargo, tal y como señala KREITMAN, la preocupación y fascinación suscitadas por el suicidio a través del tiempo, no ha hecho más que obstaculizar su consideración como un hecho susceptible de ser estudiado con los métodos científicos. Por una parte, el tabú religioso con frecuencia entorpece su consideración racional, y, por otra, el fenómeno de difusión del concepto, no permite abordar en forma adecuada el comportamiento suicida. La extensión de la idea "suicidio" a cualquier actividad humana potencialmente dañina es tal, que hoy en día, cualquier acción que suponga un peligro o menoscabo, se interpreta como una forma de suicidio: conducir rápido, beber alcohol, fumar, comer en exceso, trasnochar, lo cual nos conduce a una generalización y banalización conceptual, que lo hace científicamente intratable.

Para estudiar científicamente un hecho es necesario poseer una definición lo más precisa posible. Curiosamente la definición de suicidio más utilizada es la de la Enciclopedia Británica, una definición demasiado simple y que solamente se refiere al acto autodestructivo en sí mismo, sin ningún otro matiz: "El acto humano de causar la cesación de la propia vida".

La definición de suicidio hecha por DURKHEIM es la utilizada con mayor frecuencia con fines científicos: "Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado". En esta definición, además de la autodestrucción y la forma en que sucede, es necesaria la intencionalidad del acto.

La intención del suicidio es quizá lo más complejo y casi imposible de valorar adecuadamente, porque no todos los que sobreviven al suicidio realmente se habían propuesto vivir, ni todas las muertes por suicidio son planificadas, ni todos los que se suicidan lo hacen como un gesto de autodestrucción, porque simplemente lo que buscan algunos individuos al suicidarse es ocultar o apagar su conciencia, no su vida.

¿Cómo se valora la intención? La autopsia psicológica es el único método que nos permite valorar la intencionalidad del acto suicida. Se trata de reproducir todo lo que ha hecho o supuestamente ha pensado la víctima mediante el análisis de la información y documentación de que

se dispone y de entrevistas a familiares y amigos. Desafortunadamente la aplicación de este método conlleva un importante subregistro de suicidios, porque quienes participan en este proceso tienden a ocultarlo y varios suicidios aparecen como accidentes y algunos, inclusive como muertes naturales. El ejemplo más representativo es el de las sobredosis de drogas, que con frecuencia se registra como muertes accidentales y muy eventualmente, como muertes por suicidio. El porcentaje de subregistro varía según los países, pero se estima que nunca es menor del 50%.

LA NUEVA TERMINOLOGÍA

El suicidio, como palabra o como suceso, no provoca controversia, pero origina discrepancias cuando se refiere al suicidio no consumado o no mortal. En los Estados Unidos se utiliza el término “intentos de suicidio”, mientras que en Europa se utiliza el término *parasuicidio*. También se ha usado el concepto “daño autoinfligido deliberado” y últimamente ha comenzado a extenderse la designación “comportamiento suicida mortal” y “comportamiento suicida no mortal”.

El término *intento de suicidio* resulta equívoco, porque realmente está nombrando algo que realmente no mide; dado que la mayor parte de quienes intentan suicidarse realmente no desean morir y el acto suicida, es con frecuencia, fruto de la impulsividad.

Diferencias epidemiológicas

Al menos desde el punto de vista epidemiológico, es claro que los comportamientos suicidas no mortales y los comportamientos suicidas mortales son conductas diferentes, que tienen una interrelación muy estrecha, pero que, estrictamente hablando, son diferentes.

Respecto a los comportamientos suicidas no mortales tenemos pocos datos fidedignos, lo cual constituye un problema a la hora de estudiarlo. Se estima que menos del 25% de los casos de intentos de suicidio tienen contacto con el hospital y que incluso éstos, no son necesariamente los más graves. Los comportamientos suicidas no mortales son más frecuentes en mujeres que en hombres (3:1), a la inversa de lo que ocurre con el suicidio.

La razón entre conductas suicidas no mortales y las conductas suicidas mortales es de 20:1, pero se observa una gran variación según la edad, desde 2-3 intentos por cada suicidio en mayores de 65 años, hasta 200 intentos por cada suicidio en jóvenes menores de 25 años. En ancianos, la conducta suicida no mortal es menos frecuente, pero mucho más grave, a tal punto que la mayor parte de los casos se pueden considerar como suicidios fracasados.

El proyecto EURO de la OMS es un estudio multicéntrico del parasuicidio realizado en 16 centros de 13 países de Europa para estudiar la epidemiología de la conducta suicida. Los resultados preliminares del estudio muestran que en los hombres la tasa media de parasuicidios más alta fue de 314×100.000 por año que se observó en Helsinki, Finlandia, y la más baja de 45×100.000 observada en Guipúzcoa, España. En mujeres la más alta, fue de 462×100.000 , en Cergy-Pontoise, Francia, y la más baja de 69×100.000 , también en Guipúzcoa. Las tasas más altas se observan en mujeres y en grupos de menor edad, en tanto que las tasas de parasuicidios en pacientes mayores de 55 años continúan mostrando una tendencia a la baja.

En el estudio se observó predominio de los llamados métodos “suaves”: envenenamiento y heridas en la piel; que más del 50% lo intentaron más de una vez y que el 20% de los segundos intentos fueron realizados en el año siguiente al primer intento. Los actos parasuicidas fueron más frecuentes en los grupos con mayor grado de desestabilización social y pobreza.

Nuestro grupo de estudio ha hecho un estudio de seguimiento a un grupo de pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I en su primer episodio psicótico con el objeto de identificar los factores que permitan predecir la conducta suicida durante los cinco años de seguimiento. Hemos encontrado que el 14% de los pacientes presentaron conductas suicidas durante esos cinco años, siendo mayor el número de comportamientos suicidas en el primer año del seguimiento, frecuencia que después descendió paulatinamente. No obstante, los únicos dos casos de suicidio consumado que tenemos en la muestra ocurrieron en el cuarto y el quinto año, aunque evidentemente estos datos no tienen ninguna significación estadística.

Las variables con las cuales encontramos relaciones más importantes fueron: la conducta suicida previa, la menor edad de comienzo de la enfermedad psicótica, el abuso de drogas estimulantes y el número de síntomas depresivos. (Tablas 2 y 3).

TABLA 2

Factores que predicen parasuicidio en primeros episodios psicóticos

| Variable | Sin parasuicidio n = 71 | Con parasuicidio N = 12 | Estad. | P |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|--------|
| Edad de comienzo | 29,7 ± 10,9 | 23,8 ± 5,4 | t = 2,92 | < 0,01 |
| Abuso de drogas estimulantes | 25,4% (18) | 58,3% (7) | Exact | 0,037 |
| Nº de síntomas depresivos | 1,6 ± 1,8 | 2,8 ± 2,6 | t = -1,82 | 0,07 |

TABLA 3

Factores que predicen parasuicidio en primeros episodios psicóticos (regresión logística)

| Variable dependiente: | I.C. 95% | | | | |
|--------------------------------------|----------|-------|------|------|-------|
| | ? | P | O.R. | Min. | Max. |
| Pacientes con parasuicidio | | | | | |
| Sexo masculino | -0,38 | 0,68 | 0,68 | 0,11 | 4,18 |
| Mayor edad | -0,11 | 0,08 | 0,89 | 0,79 | 1,01 |
| Nº de síntomas depresivos | 0,43 | 0,020 | 1,54 | 1,07 | 2,22 |
| Abuso de drogas psicoestimulantes | 2,08 | 0,017 | 8,03 | 1,45 | 44,40 |

Para resumir las diferencias entre las conductas suicidas mortales y no mortales, podemos decir que:

- Las conductas suicidas mortales son frecuentes pero las conductas suicidas no mortales son 20 veces más frecuentes.

-
- La conducta suicida mortal es más frecuente en hombres, la no mortal en mujeres.
 - La conducta suicida mortal es más frecuente en los grupos de mayor edad, en tanto que la no mortal es predominantemente en los grupos jóvenes.
 - La conducta suicida mortal se relaciona positivamente con la enfermedad física pero la no mortal no muestra relación alguna.
 - Los métodos son, en general, violentos y muy graves en la conducta suicida mortal mientras que los métodos de las no mortales son predominantemente “suaves” (cortaduras y envenenamiento).
 - Los viudos y solteros son los que más eficazmente se suicidan mientras que los casados son los que más lo intentan sin conseguirlo.
 - El aislamiento social tiene que ver directamente con la conducta suicida mortal y la superpoblación con la no mortal.
 - Existe una relación importante con la depresión y el alcohol en las conductas mortales pero es mayor en las conductas no mortales.
 - En los casos de conducta suicida mortal predominan los trastornos mentales graves (trastorno bipolar, depresión mayor y esquizofrenia) mientras que en las no mortales predominan los trastornos adaptativos.
 - La conducta suicida mortal es más frecuente en las clases sociales bajas mientras que en la no mortal no se observan diferencias según la clase social.

Diferencias estadísticas

Un aspecto que considero muy importante, aunque se trate de una razón de naturaleza diferente, es lo referente a la conducta suicida considerada como una variable estadística.

Por un lado, lo que define la ocurrencia del suceso que, en el caso del suicidio, evidentemente se trata de un hecho físico, la muerte; mientras que en el caso de las conductas no mortales, se trata de una declaración sobre algo que ha ocurrido, es decir, un veredicto sobre un hecho.

Esta diferencia en la naturaleza del hecho es una cuestión muy importante, especialmente, si pretendemos considerar conjuntamente ambos tipos de sucesos. Cuando generalizamos y utilizamos el término conducta suicida sin diferenciar entre mortal o no mortal, seguramente estamos comparando la ocurrencia de hechos que son de naturaleza diferente.

Por otro lado, al utilizar la variable “intentos de suicidio” como una variable numérica, discreta pero numérica, no es posible asumir, por ejemplo, que un individuo que ha realizado 4 intentos de suicidio es 4 veces más grave que alguien que tiene sólo uno. ¿Es 4 veces más importante porque tiene 4 veces más riesgo de morir o es 4 veces más importante porque ha hecho un gasto de calorías 4 veces mayor al intentarlo?

Se acepta que una persona puede hacer un solo intento mucho más grave que otro con decenas de ellos, sin mayor grado de gravedad. Si este “error” lo unimos al que describimos anteriormente (el de la naturaleza del hecho), nos puede llevar entonces a conclusiones totalmente disparatadas, como, por ejemplo, considerar que alguien que ha hecho en su vida 10 intentos de suicidio, tomándose 10 tabletas de un tranquilizante o haciéndose cortes en los antebrazos, es 10 veces más grave que alguien que se ha lanzado desde un décimo piso.

Por las razones expuestas es necesario ser muy cuidadosos en la valoración del acto suicida, para poder evaluarlo adecuadamente, identificar los predictores de un nuevo intento y acercarnos a la comprensión del comportamiento suicida.

COROLARIO

Si tenemos en cuenta que el 50% de los suicidas tienen antecedentes de parasuicidio, aunque la mayoría de los que se suicidan nunca han hecho intentos previamente y que el 1% de los parasuicidas se suicida en el transcurso del año siguiente al intento, lo cual configura un riesgo 100 veces mayor que el de la población general, es necesario considerar toda

conducta suicida, aunque no sea mortal, como un hecho que requiere ser evaluado seriamente. Las cifras anteriores desmienten en forma fehaciente la concepción popular de que “quien amenaza con suicidarse, nunca lo hace”.

Es imperioso identificar los grupos en riesgo, para atenderlos en forma adecuada, disminuir el sufrimiento en el paciente y sus familiares, disminuir los costos económicos y de vidas, sin dejar de considerar que cualquier conducta suicida no mortal es potencialmente letal.

LECTURAS SELECCIONADAS

BALDESSARINI RJ, TONDO L.

Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder. *JAMA* 2003; 290 (11): 1517-9.

BOSTWICK JM, PANKRATZ VS.

Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (12): 1925-32.

DE ANDRÉS R.

Historia del suicidio en occidente. Ediciones Península, Barcelona, 2003.

DURKHEIM É.

El suicidio. Ediciones Akal, traducción de Lorenzo Díaz Sánchez del original de 1897. Madrid, 1992.

GONZÁLEZ PINTO A, MOSQUERA F, ALONSO M, LÓPEZ P, RAMÍREZ F, VIETA E, BALDESSARINI RJ.

Suicidal risk in bipolar-I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord*. In press.

GUZE SB, ROBINS E.

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

HOYER EH, OLESEN AV, MORTENSEN PB.

Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *J Affect Disord* 2004; 78 (3): 209-17.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

TONDO L, ISACSSON G, BALDESSARINI R.

Suicidal behavior in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003; 17 (7): 491-511.

Luis Carlos Taborda Ramírez, MD

Jorge Téllez-Vargas, MD

El suicidio en cifras

- Prevalencia
- El suicidio y los factores sociodemográficos
- Cifras especiales para Colombia
- El suicidio en Bogotá

LAS TASAS de suicidio varían en cada país y en cada década como respuesta a los múltiples factores que se asocian con la conducta suicida.

La información epidemiológica es vasta y amplia y una revisión concienzuda de ella no está al alcance de esta publicación. Por ello, en el presente capítulo se revisan los datos que hemos considerado más representativos y que podrían proporcionarnos a los médicos y psiquiatras no expertos en epidemiología, una visión aproximada del fenómeno del suicidio a nivel global, a nivel nacional y a nivel Bogotá, la capital colombiana.

PREVALENCIA

El suicidio es una causa frecuente de muerte. En Estados Unidos en 2003 se cometieron 31.484 suicidios (86 suicidios por día, uno cada 17 minutos) que corresponden a una tasa de 10.8x100.000 habitantes por año. Cada año se suicida en el mundo un millón de personas, que corresponde al 1,8% del total de fallecimientos y es la segunda causa de mortalidad en los jóvenes entre 15-24 años de edad.

Se estima un subregistro cercano al 50% en la mayoría de los países, lo cual resta confiabilidad a las estadísticas pero a pesar de ello, se considera que por cada suicidio se presentan 10-25 intentos o tentativas de suicidio y que el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo.

Se calcula que el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general y que el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado.

En Estados Unidos el 15% de los suicidios acaecidos entre 1952-1995 fueron cometidos por menores de 25 años. Llama la atención el aumento en la tasa de suicidios, que se triplicó en los adolescentes y adultos jóvenes entre 1980-1997, aun en el grupo de adolescentes afroamericanos. En los adolescentes estadounidenses entre 15-19 años en 1960 se calculó una tasa de mortalidad por suicidio de 3.6x100.000 índice que se elevó a 11.1x100.000 en 1991 y a partir de esa fecha permanece estable, aunque algunos autores consideran que ha disminuido levemente.

Actualmente, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15-24 años después de los accidentes y el homicidio.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2003) mostró que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, 4,1% ha realizado planes suicidas y 4,9% ha hecho intentos suicidas. Al diferenciar los datos por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la vida se encuentran entre el grupo de 30-44 años, pero si se tiene en cuenta sólo el último año, la prevalencia es mayor en los jóvenes de 18-29 años de edad. (Tabla 1)

TABLA 1

Comportamiento suicida en Colombia.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental. Ministerio de Protección Social (2004)

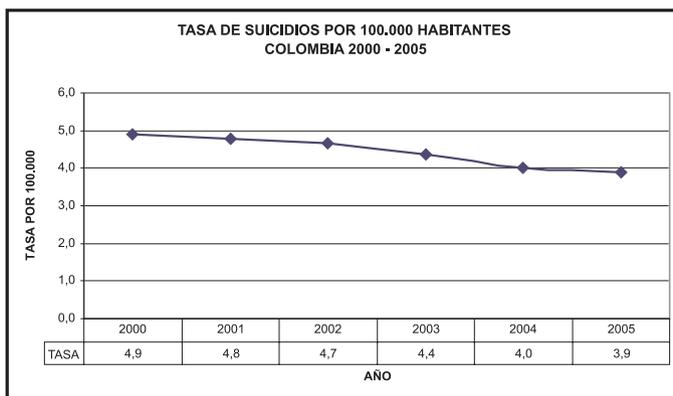
| Comportamiento suicida | Hombres % | Mujeres % |
|---|--------------|--------------|
| Ideación suicida alguna vez en la vida | 12,1 | 12,5 |
| Plan suicida alguna vez en la vida | 3,8 | 4,3 |
| Intento de suicidio alguna vez en la vida | 4,9 | 4,9 |
| Ideación suicida último año | 4,0 | 3,1 |
| Plan suicida último año | 1,3 | 0,8 |
| Intento de suicidio último año | 1,7 | 0,9 |

Los análisis llevados a cabo por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre las necropsias de quienes se han suicidado muestran que la tasa de suicidio se ha mantenido estable cercana al 4X100.000 habitantes, siendo una de las más bajas de Latinoamérica. (Figura 1).

Si se comparan los datos de 2005 con los de 1999 del mismo instituto se nota un descenso en el número de suicidios (303) que corresponde a un 14% menos y a un punto menos en la tasa de suicidios por 100.000 habitantes.

FIGURA 1

Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en Colombia 2000-2005. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



EL SUICIDIO Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Género

En la mayoría de los países los varones cometen más suicidios que las mujeres, en una proporción que varía de acuerdo con el país. China es el único país en donde el número de suicidios femeninos sobrepasa a los masculinos en las áreas rurales y es aproximadamente igual al de los suicidios masculinos en el área urbana.

Las mujeres intentan suicidarse 3-4 veces más que los hombres, pero los hombres utilizan en sus intentos suicidas métodos más letales y consuman el suicidio de 2-3 veces más que las mujeres. Los hombres menores de 25 años tienen mayor probabilidad de suicidarse que sus pares mujeres, no obstante, en el sexo masculino la incidencia del suicidio se incrementa con la edad con una máxima incidencia alrededor de los 75 años. En las mujeres los intentos de suicidio son más frecuentes entre los 20-25 años y la mayor incidencia de suicidios consumados se presenta alrededor de los 55 años de edad.

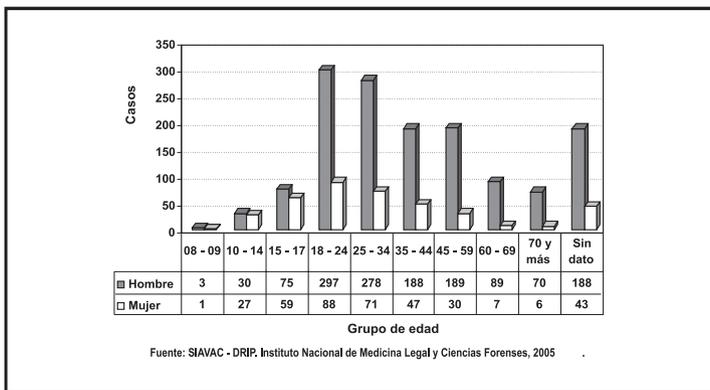
En Colombia, de acuerdo con el trabajo GONZÁLEZ (2006) la razón es de 4:1 siendo mayor en los hombres, razón que se ha mantenido estable durante la última década y en todos los grupos etáreos, a excepción de los segmentos de 10-14 y 15-17 años. (Figura 2). Estos datos son simila-

res a los observados por el mismo investigador al analizar las 2.089 autopsias realizadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal en 1999.

El análisis que GÓMEZ y colaboradores (2002) hicieron de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 1993 mostró que el 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían realizado un intento de suicidio en el transcurso de la vida y 1,4% de las mujeres y 1,0% de los hombres lo habían intentado en el último año. El análisis señaló que los adolescentes constituyen el grupo más vulnerable a la depresión y que la posibilidad de un nuevo intento de suicidio en el último año disminuye con la edad.

FIGURA 2

Suicidios en Colombia según edad y sexo. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



Edad

A nivel mundial los grupos con edades mayores de 65 años y los menores de 30 años presentan cifras altas de suicidio, ya se trate de suicidios consumados o intentos de autoeliminación. Los datos recientes de la OMS sugieren un aumento en las tasas de suicidio en varones de edad mediana. (Figura 3).

En Colombia, el análisis de las autopsias que realizó el Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses a suicidas durante el año 2005 muestra que el mayor número de suicidios se presentó en el grupo de 18-24 años (21,6%), seguido por el grupo de 25-34 años (19,5%) y el de

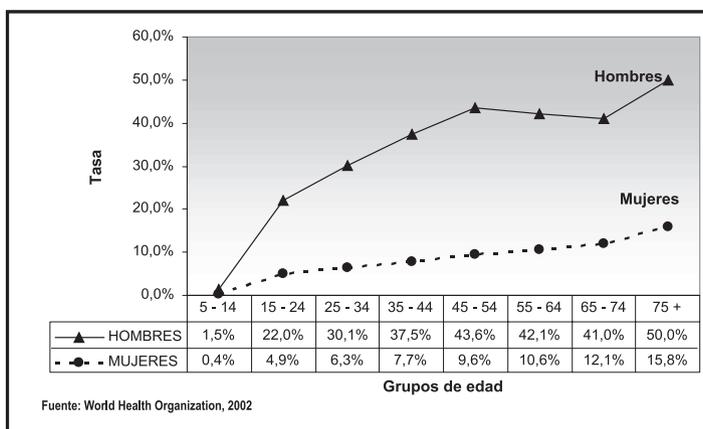
35-44 años. Este hecho señala que la edad promedio de los hombres suicidas fue de 36,2 años y la de las mujeres de 28,3 años, cifras muy similares a las observadas en el análisis que hizo el mismo Instituto de Medicina Legal con las autopsias de 2004. (Figura 2).

La mayor tasa de mortalidad específica por suicidio (TMES) se encontró en el grupo de hombres mayores de 70 años (11,3) que fue superior a la observada en el grupo de hombres con edades de 18-24 años (10,0). La TMES fue superior para los varones en todos los grupos; sin embargo, en los grupos de 10-14 años y de 15-17 años los valores de la tasa fueron casi los mismos para hombres y mujeres.

Comparados los datos anteriores con los de 1999 no se observan cambios ni en el promedio de edad de los varones suicidas ni en la mayor tasa de suicidios observada en los ancianos.

En 2005 se perdieron más de 55.000 años de vida potenciales (AVPP). En el grupo de 18-24 años el índice de AVPP fue de 18.894 y de 14.107 en el grupo de 25-34 años. Este hecho origina como lo señala GONZÁLEZ (2006) graves consecuencias socioeconómicas y un alto costo psicológico, de pareja y familiar, porque al tratarse de personas jóvenes dejan hogares recién constituidos, con hijos pequeños y familia a la deriva.

FIGURA 3
Distribución de las tasas de suicidio por género y edad. Organización Mundial de la Salud (2002)



Estado civil

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

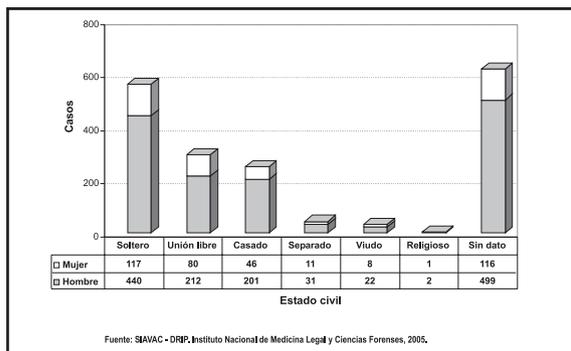
La tasa de suicidio es muy alta en los viudos y viudas jóvenes, y en particular en los viudos jóvenes, tanto blancos como negros, en comparación con las viudas jóvenes de raza blanca, de acuerdo con el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002). Estas cifras indican que cada año se suicidará 1 de cada 400 varones viudos de 20-35 años, en comparación con 1 de cada 9.000 hombres casados de la población general. En los jóvenes, la viudez parece asociarse a un mayor riesgo de suicidio que el divorcio, pero al aumentar la edad se invierte esta tendencia y el divorcio se asocia a mayores tasas de suicidio que la viudez.

En Colombia, también se observa predominio de los suicidios en el grupo de solteros ya sean hombres o mujeres. (Figura 4).

El estudio de MORALES y JIMÉNEZ (1996) encontró que el 60% de los hombres que se suicidaron en Bogotá en 1992 eran casados o tenían una relación afectiva estable y el 40% eran solteros, en tanto que el 60% de las mujeres eran solteras y el 40% casadas.

FIGURA 4

Suicidios en Colombia según estado civil y sexo. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



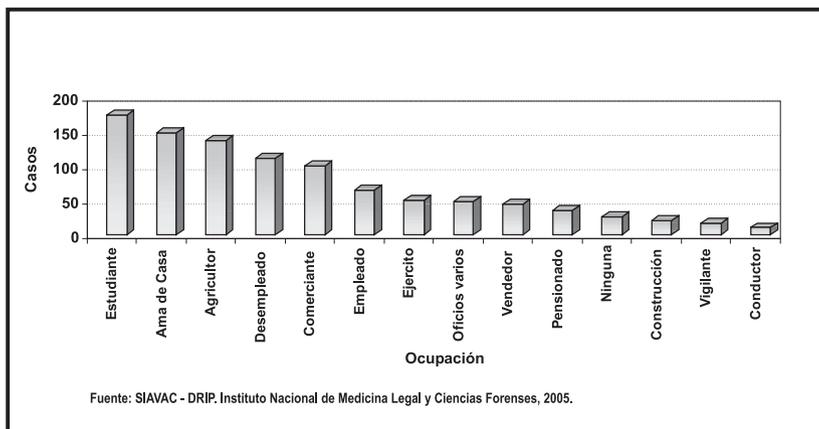
Los datos registrados por la Policía Nacional durante el período 1995-2004 muestran un aumento en el número total de suicidios en los viudos en los años 1999-2001 con un pico en el año 2001 cuando se presentaron 69 casos, cifra que es siete veces mayor a la observada en 1997 cuando se registraron 10 casos. A partir del año 2002 se aprecia disminución en el número de suicidios en viudos, que en el año 2004 fue de 21 casos.

Ocupación

Los suicidios son más frecuentes en los desempleados y en los jubilados pero algunos grupos ocupacionales tales como cirujanos, veterinarios, farmaceutas, odontólogos, granjeros y estudiantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación clara para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser considerados como causas precipitantes del suicidio.

El estudio del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (2006) encontró que las cifras de suicidio consumado fueron más frecuentes en estudiantes, seguidos por las amas de casa y los agricultores. (Figura 5).

FIGURA 5
Suicidios en Colombia según ocupación. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



Desempleo

Existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja. Los efectos del desempleo están probablemente mediados por factores tales como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza. Por otro lado, es más probable que las personas con trastornos mentales carezcan de empleo que las personas con buena salud mental. Es necesario considerar la diferencia entre lo que significa haber perdido el empleo recientemente y estar desempleado desde hace tiempos, porque el riesgo de suicidio es mayor para quienes han perdido su trabajo recientemente.

Residencia rural o urbana

En algunos países los suicidios son más frecuentes en áreas urbanas, mientras en otros ocurren con más frecuencia en áreas rurales.

En Colombia, de acuerdo con el estudio de GONZÁLEZ (2006) el mayor número de suicidas vive en áreas urbanas (66,01%), tendencia que es igual para hombres y mujeres.

Migración

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

En Colombia a pesar del alto índice de desplazamiento de la población que se calcula en tres millones de personas no existen estudios al respecto.

Antecedentes familiares

El comportamiento suicida es frecuente en los familiares de primer grado de los individuos que han muerto por suicidio y de quienes los han intentado. Aunque el suicidio se encuentra relacionado con la presencia de trastornos afectivos, especialmente depresión mayor, este hecho no puede explicar las altas tasas de suicidio en los familiares.

Los estudios epidemiológicos muestran que la incidencia de la conducta suicida permanece elevada aún después de realizar un análisis de ajuste de los trastornos del eje I (trastornos afectivos, esquizofrenia, abuso de sustancias), resultado que sugiere la presencia de otros factores, presumiblemente genéticos, que contribuyen a mantener la labilidad familiar hacia el suicidio. El estudio realizado por EGELAND y SUSSEX (1985) en la comunidad Amish mostró que si bien es cierto que existe una carga familiar para los trastornos afectivos en los individuos que se suicidaron, en otras familias con la misma carga familiar no se presentaron suicidios. BRENT y colaboradores (2002) encontraron que los hijos de quienes intentaron el suicidio tienen seis veces más posibilidades de intentar el suicidio comparados con los hijos de pacientes deprimidos que no intentaron suicidarse.

CIFRAS ESPECIALES PARA COLOMBIA

Los suicidios en Colombia presentan algunas características especiales:

Mes del año

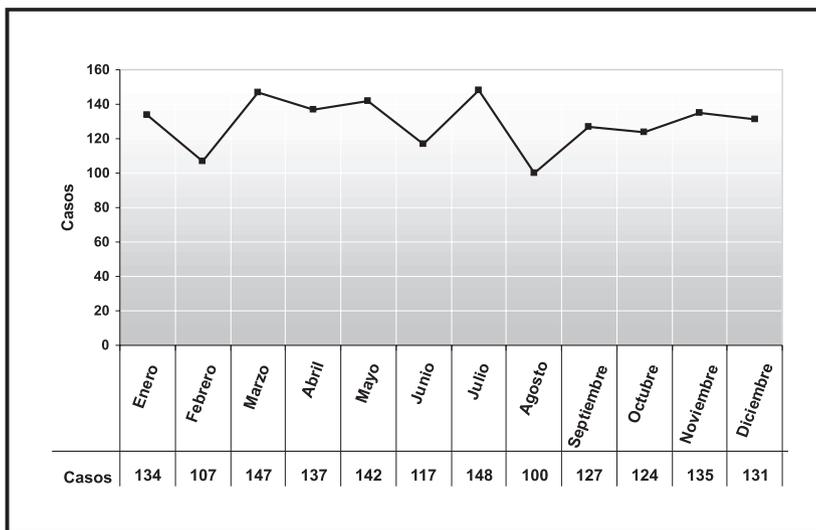
En los datos recolectados y analizados por GONZÁLEZ (2006) se presentó un promedio de 149 suicidios mensuales (5 casos diarios), siendo la frecuencia mayor en el mes de julio (8,3%) época que coincide con las vacaciones intermedias del calendario A de los colegios y las vacaciones del final del período anual para los colegios de calendario B y en el mes de marzo (8,2%) época en la que se presenta la Semana Santa. (Figura 6).

El 13% de los suicidios ocurrieron el día domingo seguidos por los días lunes y sábado. No se encontró relación entre el día en que ocurre el suicidio y la hora en que acontece, lo cual significa que los suicidios en Colombia suceden en cualquier momento.

Comparadas estas cifras con las de 1999 se aprecia un descenso de 25 suicidios al mes, uno al día. En dicho año el mayor número de suicidios se presentó en el mes de diciembre, seguido por agosto y marzo.

FIGURA 6

Suicidios en Colombia según mes del hecho. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



Departamentos y municipios

De acuerdo con el estudio de GONZÁLEZ (2006) las tasas de suicidio fueron mayores en el año 2005 en Risaralda (6,7), Tolima (6,4), Huila (6,2) Nariño (5,1) y menores en San Andrés y Providencia (1,2) y La Guajira (1,1). (Tabla 2).

En el año 1999 los departamentos con mayores tasas de suicidios fueron Quindío (9,0), Huila (9,0), Caldas (8,0) y Risaralda (8,0) y los departamentos con mayor número de suicidios fueron Cauca, Antioquia, Santander y Cundinamarca. El análisis de las cifras señala que la tasa de suicidio en los últimos seis años es mayor en los departamentos del Eje Cafetero y del Viejo Tolima, aunque se nota un descenso en los valores de la tasa.

TABLA 2**Suicidios en Colombia según departamento. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).****Suicidios según departamento**

| Departamento | Población | Casos | Tasas |
|--------------------------|------------|-------|-------|
| Risaralda | 1.025.539 | 69 | 6,7 |
| Tolima | 1.316.053 | 84 | 6,4 |
| Huila | 996.617 | 62 | 6,2 |
| Nariño | 1.775.973 | 90 | 5,1 |
| Meta | 772.853 | 39 | 5,0 |
| Santander | 2.086.649 | 105 | 5,0 |
| Amazonas | 80.487 | 4 | 5,0 |
| Antioquia | 5.761.175 | 280 | 4,9 |
| Cundinamarca | 2.340.894 | 112 | 4,8 |
| Norte de Santander | 1.494.219 | 69 | 4,6 |
| Arauca | 281.435 | 12 | 4,3 |
| Quindío | 612.719 | 26 | 4,2 |
| Valle | 4.532.378 | 192 | 4,2 |
| Vichada | 96.138 | 4 | 4,2 |
| Cauca | 1.367.496 | 54 | 3,9 |
| Boyacá | 1.413.064 | 54 | 3,8 |
| Guaviare | 133.411 | 5 | 3,7 |
| Caldas | 1.172.510 | 41 | 3,5 |
| Casanare | 325.389 | 11 | 3,4 |
| Atlántico | 2.370.753 | 72 | 3,0 |
| Bogotá | 7.185.889 | 215 | 3,0 |
| Putumayo | 378.790 | 11 | 2,9 |
| Cesar | 1.053.123 | 26 | 2,5 |
| Bolívar | 2.231.163 | 54 | 2,4 |
| Córdoba | 1.396.764 | 33 | 2,4 |
| Magdalena | 1.406.126 | 26 | 1,8 |
| Sucre | 870.219 | 15 | 1,7 |
| Chocó | 416.318 | 7 | 1,7 |
| Caquetá | 465.078 | 7 | 1,5 |
| San Andrés y Providencia | 83.403 | 1 | 1,2 |
| La Guajira | 526.148 | 6 | 1,1 |
| Total país | 46.045.109 | 1786 | 3,9 |

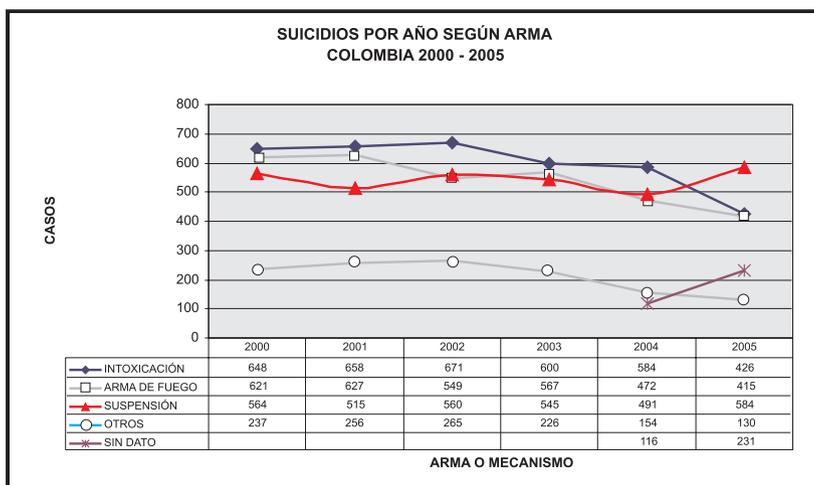
Fuente: SIAVAC - DRIP. Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses, 2005.

En 2005 los municipios que superaron en más de 10 veces la tasa nacional de mortalidad específica para suicidio por 100.000 habitantes son: Cepitá-Santander (92), Nilo-Cundinamarca (70), Andes-Antioquia (64), Gama-Cundinamarca (60), San Joaquín-Santander (46), Suratá-Santander (46), Santa Bárbara-Santander (46) y Tena-Cundinamarca (46), localidades que son diferentes a las del año 1999 (Chocontá, Líbano y La Plata).

Mecanismo causal

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2006) las mujeres emplean el envenenamiento y el ahorcamiento en tanto que los varones eligen las armas de fuego y la suspensión. Llama la atención que el método más elegido por los suicidas colombianos es el ahorcamiento que ha desplazado al uso de armas de fuego del primer lugar que ocupaba en 1999 cuando fueron utilizadas por el 34% de los suicidas. En ese año la intoxicación, que fue el método preferido por las mujeres, ocupó el segundo lugar (33%) y el ahorcamiento o suspensión el tercer puesto con un 22%. (Figura 7)

Figura 7
Suicidios por año según arma en Colombia 2000-2005.



Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

En el estudio del Instituto Nacional de Medicina Legal de los suicidios el año 1998 se obtuvieron alcoholemias positivas en Bogotá (49%), Pereira (30%) Neiva (35%) y pruebas positivas para cocaína en Bogotá (4%) y Pereira (15%), resultados positivos que fueron más frecuentes en los varones.

De acuerdo con GÓMEZ y colaboradores (2002) 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 alcoholismo los intentos de suicidio alcanzan un 5,9 y 2,2% en el riesgo para el último año.

EL SUICIDIO EN BOGOTÁ

La tasa de suicidio en Bogotá de acuerdo con SÁNCHEZ y colaboradores (2002) es de 5.4×100.000 .

Las tasas de suicidio varían en las diferentes localidades. En 2005 se observó las tasas más altas en las localidades de Santa Fe (33,6) Candelaria (25,5) Ciudad Bolívar (20,6) y las tasas menores en Teusaquillo (4,0) y Puente Aranda (6,0). (Tabla 3).

El análisis de los 217 casos de suicidio en 1992 a los cuales se les practicó autopsia en el Instituto Nacional de Medicina Legal realizado por MORALES y JIMÉNEZ (1996) mostró que la prevalencia de suicidio en hombres es mayor (82%) que en mujeres, que en el 40% de los suicidas la edad estaba comprendida entre los 19-35 años y que el 1,8% de los suicidas eran menores de 12 años (4 casos). El 88% de los suicidios se cometieron en el hogar, en el 76% de los casos la alcoholemia resultó negativa y fueron más frecuentes en empleados (20%), comerciantes (15%) y estudiantes (11%).

En el estudio *Caracterización del comportamiento suicida en el Distrito Capital, aportes a su explicación y prevención* (2001) se encontró que el 11,4% de los 1.132 estudiantes encuestados reconocieron haber realizado intentos de suicidio en el último año, comportamiento que relacionaron con la presencia de síntomas depresivos, problemas familiares y sensación de desesperanza. La aplicación de la escala de riesgo de suicidio puso en evidencia que el 12,8% de este subgrupo estaba en alto riesgo

TABLA 3**Suicidios en Bogotá por localidad (2005)**

| Localidad | Casos | Tasa x 100.000 hab. |
|--------------------|-------|---------------------|
| Usaquén | 39 | 8,3 |
| Chapinero | 19 | 15,4 |
| Santa Fe | 36 | 33,6 |
| San Cristóbal | 45 | 9,7 |
| Usme | 27 | 9,5 |
| Tunjuelito | 22 | 10,8 |
| Bosa | 53 | 10,2 |
| Kennedy | 101 | 10 |
| Fontibón | 65 | 19,4 |
| Engativá | 106 | 13,2 |
| Suba | 86 | 10,4 |
| Barrios Unidos | 24 | 13,6 |
| Teusaquillo | 5 | 4 |
| Los Mártires | 14 | 14,7 |
| Antonio Nariño | 12 | 12,2 |
| Puente Aranda | 17 | 6 |
| Candelaria | 7 | 25,5 |
| Rafael Uribe Uribe | 33 | 8,6 |
| Ciudad Bolívar | 147 | 20,6 |
| Sumapaz | 1 | 19,1 |
| Sin dato | 99 | — |
| Total | 958 | 13,5 |

Fuente: SIAVAC - DRIP. Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses, 2005.

de suicidio. La totalidad de los encuestados con ideación suicida vivían con su grupo primario de apoyo y sólo un pequeño porcentaje (5,7%) buscó ayuda psicológica. Los elementos del comportamiento suicida del grupo se consignan en la tabla 4.

TABLA 4

Conducta suicida en una muestra de estudiantes de bachillerato y universidad en Bogotá (2001)

| Conducta suicida reciente | Frecuencia | % |
|---|------------|------|
| Pensamientos actuales sobre el suicidio | 89 | 30,0 |
| Amenazó suicidarse en el último año | 46 | 15,5 |
| Amenazó suicidarse en el último mes | 31 | 10,4 |
| Ha escrito o dibujado acerca del suicidio | 33 | 11,1 |
| Intentó suicidarse en el último año | 26 | 8,8 |
| Intentó suicidarse en el último mes | 17 | 5,7 |

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Gobierno, 2001.

En el mismo estudio se entrevistó a 20 pacientes hospitalizados por intento de suicidio. La tentativa de suicidio fue mayor en mujeres (60%), el 40% de los intentos fueron realizados por jóvenes con edad entre 15-24 años, el 50% ya había intentado el suicidio y el 90% declaró no haber informado a nadie sobre su idea de suicidio.

El análisis de los grupos entrevistados realizado con tablas de contingencias permitió identificar como factores de riesgo con mayor significancia a la integración con la pareja o cónyuge, la integración con la familia y la estabilidad socioafectiva.

El trabajo de SÁNCHEZ y colaboradores (2004) al analizar las características de los suicidios en Bogotá en el período 1995-2000 mostró que el suicidio fue tres veces más frecuente en los hombres en todos los años analizados, en solteros, la edad promedio se mantuvo en el rango de 32-35 años y el uso de armas de fuego fue el método más utilizado. No existe información precisa sobre la ocupación pero se observó mayor frecuencia de los suicidios en empleados, vendedores, estudiantes y tecnólogos.

Para los autores llamó la atención “el reporte cada vez mayor de motivos para suicidarse, de intentos previos de suicidio y de antecedentes de adicciones”.

Los autores identificaron una tipología relacionada con el género, la comorbilidad y las fechas especiales: los hombres con comorbilidad se suicidan el día del padre en tanto que las mujeres con comorbilidad se suicidan el día de la madre.

Finalmente, los autores identificaron como factores que muestran estabilidad para conformar tipologías a lo largo de los años estudiados a:

- Género masculino, ingestión de alcohol y uso de armas de fuego. Algunas profesiones aparecen como factores de riesgo al facilitar el acceso a las armas (celadores y militares).
- Mayor edad y comorbilidad por enfermedad física o mental.
- Género femenino y uso de métodos de suicidio diferentes a las armas de fuego.
- desencadenantes relacionados con problemas económicos, laborales o de pareja, más establemente presentes en hombres.

Como factores que parecen relacionarse con el surgimiento de nuevas tipologías pueden ser consideradas las adicciones a sustancias diferentes del alcohol, especialmente en mujeres y la comorbilidad con sida.

LECTURAS SELECCIONADAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DE GOBIERNO.

Caracterización del comportamiento suicida en el Distrito Capital, aportes a su explicación y prevención. Bogotá, 2001.

EGELAND JA, SUSSEX JN.

Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254: 915-8.

GÓMEZ C, RODRÍGUEZ N, BOHÓRQUEZ A, DIAZGRANADOS N, OSPINA MB, FERNÁNDEZ C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatría* 2002; XXXI (4): 271-86.

GONZÁLEZ JO.

Los suicidios, en *Forensis*. Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, 1999.

GONZÁLEZ JO.

Los suicidios. Colombia 2005, en *Forensis*. Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, 2006.

MANN JJ, BORTINGER J, OQUENDO MA, CURRIER D, LI S, BRENT D.

Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1672-9.

MORALES ML, JIMÉNEZ I.

El suicidio desde la perspectiva forense. *Rev Col Psiquiatría* 1996; XXV (1): 29-37.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales. Ginebra, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

La viudez como factor de riesgo. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12 (4): 275-6.

SÁNCHEZ R, OREJARENA S, GUZMÁN Y.

Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Rev Salud Pública* 2004; 6 (3): 217-34.

Nancy Colimón, MD
Jorge Téllez-Vargas, MD
Cástulo Cisneros, MD

Neurobiología del suicidio

- El modelo diátesis-estrés
- Marcadores neuroquímicos
- Marcadores neuroendocrinos
- Sistemas de señales
- Marcadores genéticos
- Otros marcadores
- Corolario

EL SUICIDIO es un problema de salud pública en la mayoría de países y constituye una de las principales causas de muerte en las personas jóvenes. En la búsqueda de estrategias para prevenirlo se ha planteado la necesidad de conocer su etiopatogenia teniendo como referencia el alto riesgo de suicidio que se observa en los pacientes con enfermedad mental, especialmente en la depresión y en la esquizofrenia. Sin embargo, la conducta suicida no siempre está relacionada con la gravedad del trastorno mental y, por otra parte, no todos los individuos que hacen un intento de suicidio tienen un diagnóstico en el eje I del DSM-IV.

Los estudios clínicos revelan que la impulsividad y el pesimismo están íntimamente ligados al comportamiento suicida, que los dos factores están presentes en individuos con trastornos de personalidad o en abusadores de sustancias psicoactivas, y pueden ser identificados en familiares de primer grado, lo cual sugiere la presencia de una vulnerabilidad neurobiológica.

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.

El estudio de los factores neurobiológicos de la conducta suicida fue iniciado por ASBERG y colaboradores (1976) al correlacionar la disminución de las concentraciones de la serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio.

Sus hallazgos abrieron un camino promisorio para entender el comportamiento suicida, en una concepción más amplia, y explorar la posibilidad de identificar marcadores biológicos que permitan reconocer en forma precoz las ideas suicidas, disminuir las tasas de suicidalidad y aminorar el impacto social y psicológico que el suicidio provoca en pacientes, familiares, médicos, allegados y en la comunidad.

Las tasas de suicidio en Colombia y en la población mundial han permanecido estables a pesar de la introducción de los antidepresivos como la imipramina (1959) y la fluoxetina (1987), fármacos que han

mostrado ser eficaces en el tratamiento de la enfermedad depresiva. Este hecho indica que los médicos tratamos, hoy en día, en forma más adecuada y con mejores argumentos terapéuticos los cuadros depresivos, sin lograr disminuir los casos de suicidio, resultado que se contrapone a la visión simplista que concibe la conducta suicida como una secuela de la enfermedad depresiva.

Años más tarde, TSUANG (1978) observó porcentajes similares de suicidio en pacientes con esquizofrenia y en pacientes con depresión bipolar, hallazgo que permite inferir la existencia de un factor común en la conducta suicida, independiente del tipo de trastornos mental. CARLSON (1984) revisó los 134 casos de suicidio estudiados por ROBINS y encontró antecedentes de conductas violentas e impulsivas asociadas a los síntomas depresivos en el 54% de los casos. El estudio de MANN Y STANLEY (1986) mostró que la incidencia del suicidio varía en los diferentes trastornos mentales: 20% en los bipolares, 15% en los alcohólicos, 15% en la depresión unipolar o recurrente y 10-13% en la esquizofrenia.

Frente a estos hechos, autores como BLUMENTHAL y KUPFER (1990) y WINCHELL y colaboradores (1990) sugieren que la conducta suicida sea estudiada no como un síntoma, sino como un síndrome que coexiste con diferentes patologías psiquiátricas o con entidades médicas como el VIH-sida o la Corea de Huntington, entidades que comparten la presencia de comportamientos impulsivos o agresivos.

En el presente capítulo se revisan los aspectos neurobiológicos y su relación con la clínica y el riesgo suicida.

EL MODELO DIÁTESIS-ESTRÉS

Los estudios epidemiológicos señalan que las mayores tasas 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.

En un trabajo reciente CARBALLO y colaboradores (en prensa) complementan y enriquecen el modelo al agregar los endofenotipos clínicos, neuroquímicos y neuroendocrinos que están relacionados con la expresión de la vulnerabilidad a la conducta suicida, generada a su vez, por factores genéticos o por antecedentes individuales como el abuso sexual o físico durante la infancia. Los endofenotipos clínicos comprenden dimensiones como impulsividad, neuroticismo o desesperanza; los neuroquímicos se refiere a los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) y los neuroendocrinos se relacionan con la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA).

En este modelo la conducta suicida sería el resultado de la compleja interacción entre los *marcadores clínicos* como la impulsividad, el neuroticismo, el pesimismo y la desesperanza, con *marcadores neuroquímicos* como el aumento en los niveles de norepinefrina y dopamina o la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico, interacción que puede ser modificada por otros factores como alteraciones genéticas o neuroendocrinas. El modelo permite explicar el alto riesgo de suicidio observado en los individuos que han sido abusados en la infancia en quienes este evento, como lo señalaron HEIM y NEMEROFF (2001), produce alteración del eje HPA, la cual al interactuar con los marcadores biológicos puede desencadenar el comportamiento suicida.

MARCADORES NEUROQUÍMICOS

A continuación revisaremos la interacción de la dimensión impulsividad/agresividad con alteraciones de los sistemas de neurotransmisores y de señales que pueden originar la aparición de la conducta suicida, entendida como la presencia de ideas de suicidio o la ejecución de intentos de suicidio o la consumación del mismo.

Sistema serotoninérgico

A partir del trabajo pionero de ASBERG y colaboradores (1976) se han publicado los resultados de varios estudios *post mortem* que reportan el hallazgo de concentraciones bajas del ácido 5-hidroxi-indol-acético (5HIAA), un metabolito de la serotonina considerado como el indicador de la actividad serotoninérgica, en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas con trastornos depresivos. Años más tarde, CROW (1984) y ARATO (1991) encontraron niveles bajos de serotonina en los núcleos del rafe, el putamen y el hipotálamo.

Desde los estudios de LINNOILA y VIRKKUNEN (1992) con pirómanos y alcohólicos se ha observado que las menores concentraciones de 5HIAA se relacionan con la presentación de comportamientos impulsivos y agresivos. En investigaciones posteriores, como las realizadas por STOCKMEIER y colaboradores (1998) y OQUENDO y colaboradores (2005), se observaron cambios en la densidad de los autorreceptores 5HT₁ y de los receptores postsinápticos 5HT₂ en la corteza cerebral que sugieren una alteración del funcionamiento neuronal presináptico debido a la disminución en los niveles de serotonina cerebral y a un menor acoplamiento del neurotransmisor con el receptor presináptico, que ocasionan un aumento en la densidad del receptor postsináptico, como mecanismo compensatorio.

La serotonina, denominada por AKISKAL el neurotransmisor de los impulsos, es responsable de inhibir la impulsividad y es el modulador de varios procesos de la conducta y de la vida de relación en los seres humanos.

El aumento del tono serotoninérgico se relaciona con comportamientos como la pasividad y la letargia, que son frecuentes en los cuadros depresivos. Por el contrario, un tono disminuido se asocia con conductas como la irritabilidad y la impulsividad que están presentes en individuos insatisfechos, irritables, impulsivos y buscadores de sensaciones, con bajas puntuaciones en la dimensión de evitación del peligro descrita por CLONINGER (1998) quienes exhiben comportamientos de búsqueda permanente de situaciones riesgosas y consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, conductas que aumentan los riesgos de autolesionarse y de morir.

En los estudios *post mortem* de pacientes alcohólicos suicidas y no suicidas, como lo anota SHER (2005) se ha observado una menor capaci-

dad de unión de la serotonina con el receptor 5-HT_{1A}, que sugiere que este fenómeno depende exclusivamente del alcoholismo y no se encuentra relacionado con el comportamiento autoagresivo. No sucede lo mismo con la capacidad de unión con la proteína transportadora de la serotonina que es menor en los pacientes alcohólicos suicidas.

En estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) se observan cambios en el metabolismo de la glucosa en la corteza prefrontal en asesinos y agresores impulsivos y en individuos con trastorno de personalidad límite. OQUENDO y colaboradores (2003) evaluaron el funcionamiento de la serotonina cerebral, mediante el análisis de la captación regional de fludeoxiglucosa, en pacientes deprimidos con intentos de suicidio de alta letalidad comparados con deprimidos con intentos de baja letalidad y encontraron en el primer grupo una hipofunción en la corteza prefrontal que mostró relación con un menor grado de impulsividad, mayor planeación de los intentos y mayor edad al momento de cometer al acto suicida. BACA-GARCÍA y colaboradores (2001) encontraron una relación inversa entre la impulsividad y la letalidad de los intentos de suicidio debido a la incapacidad del frustrado suicida para planear el suicidio. Estos hechos señalan que la impulsividad se relaciona con la aparición del comportamiento suicida pero no con el grado de letalidad del acto suicida.

En la conducta autoagresiva, parece existir, además, compromiso del circuito órbita-frontal, que corresponde a las áreas 9 y 10 de Brodmann, de donde parten proyecciones que se dirigen a la porción ventromedial del núcleo caudado. El funcionamiento anormal de este circuito da lugar a una incapacidad en el control de los impulsos y a la presentación de episodios de explosividad, ira e irritabilidad.

Mediante el empleo de la técnica de autorradiografía cuantitativa OQUENDO y colaboradores (2005) observaron un grado mayor unión del material radiactivo con los receptores 5-HT_{2A}, que señala una mayor densidad de estos receptores, en todas las áreas de Brodmann en los cerebros de suicidas, comparados con no suicidas, especialmente en el área 8. La asociación entre la unión al receptor y la agresividad en los suicidas fue independiente de la presencia de trastornos depresivos. Los modelos de regresión lineal mostraron una correlación negativa con la

edad. La historia de agresión a lo largo de la vida medida con la escala de Brown-Goodwin correlacionó positivamente con una mayor unión al receptor serotoninérgico en las áreas prefrontales.

Estos hallazgos insinúan que la conducta agresiva en los suicidas puede ser originada en fallas en la inhibición córtico-prefrontal ventral producida por un déficit en el aporte de serotonina. También podrían ser explicados por la interacción entre un eje HPA hiperactivo, como sucede frecuentemente en los pacientes con depresión, y la actividad de la serotonina, como se ha observado en el cerebro de ratas en donde los aumentos en la ACTH incrementan la unión al receptor 5-HT_{2A}.

Estudios más recientes en víctimas de suicidio con antecedente de trastornos depresivos reportan la existencia de asociación entre el aumento en la densidad de los receptores serotoninérgicos y una disminución en los sitios de unión al transportador de serotonina.

Un estudio en adolescentes suicidas demostró una mayor densidad en los receptores 5HT_{2A} y aumento en la expresión proteica del RNA mensajero en la corteza prefrontal y en el hipocampo, áreas que se consideran relacionadas con la expresión de las emociones, la respuesta al estrés y las funciones cognoscitivas, pero no se observaron cambios en el núcleo accumbens que está relacionado con la etiopatogenia de las adicciones.

No existen estudios concluyentes sobre la relación entre el sistema serotoninérgico con otros endofenotipos clínicos. Sin embargo, se ha reportado una correlación negativa entre la unión a receptores 5HT_{2A} y altos niveles de desesperanza y en otros estudios, se ha relacionado una variante del polimorfismo del gen que codifica la proteína transportadora de la serotonina con mayores niveles de neuroticismo en el inventario NEO.

En resumen, de acuerdo con CARBALLO y colaboradores (en prensa) las bajas concentraciones de serotonina cerebral se relacionan con aumento de la impulsividad y la agresión, mayores puntajes de neuroticismo en pacientes y familiares y mayores niveles de desesperanza.

Sistema noradrenérgico

Las catecolaminas también están implicadas en la neurobiología del suicidio. ARANGO y colaboradores (1993) al estudiar la corteza prefrontal de víctimas del suicidio encontraron mayores concentraciones de norepinefrina y disminución de la unión del neurotransmisor con los receptores α_2 , hallazgos que sugieren que un aumento en la concentración de norepinefrina incrementa los niveles del comportamiento agresivo.

La norepinefrina juega un papel importante en los procesos de atención, en los sistemas de recompensa y en la activación de los sistemas de estrés. SWANN (2005) ha encontrado un déficit en la atención de los pacientes impulsivos que puede ser evaluada mediante la aplicación del *Continuos Performance Test* (CPT) y que las respuestas impulsivas se asocian con una mayor frecuencia de intentos de suicidio, lo cual permitiría identificar a los individuos con mayor riesgo de cometer o intentar el suicidio. Esta alteración, como se comentó anteriormente, podría corresponder a una disfunción del sistema noradrenérgico.

En los estudios con el modelo de desesperanza aprendida en ratas se ha observado elevación que los niveles de noradrenalina cuando las ratas desarrollan desesperanza. En humanos, de acuerdo con los resultados de las investigaciones de CASPI y colaboradores (2002) los bajos niveles de noradrenalina parecen prevenir el desarrollo en la edad adulta de comportamientos agresivos o impulsivos en los individuos que fueron víctima de abuso en la infancia.

Sistema dopaminérgico

La dopamina es el neurotransmisor de la motivación, la concentración y la apetencia. Los niveles normales permiten al individuo iniciar un plan de acción y evitar las interferencias de otros estímulos. Su disminución produce desinterés general, apatía, desmotivación, insatisfacción de la necesidad interna, déficit de atención y depresión inhibida.

Se ha encontrado asociación entre niveles bajos del 5HIAA y del ácido homovanílico (HVA), metabolito de la dopamina, en suicidas con depresión mayor. El valor predictivo de esta relación es motivo actualmente de controversia; algunos autores lo consideran como un marcador biológico

de vulnerabilidad para la enfermedad afectiva pero no para el comportamiento impulsivo. Sin embargo, algunas investigaciones como las desarrolladas por RUJESCU y colaboradores (2003) relacionan la presencia de altas concentraciones de dopamina con la aparición de conductas agresivas.

Con el proceso de envejecimiento hay disminución de las neuronas dopaminérgicas y de la función de los receptores de dopamina, cambios que pueden explicar el incremento en las cifras de suicidio en adultos mayores y el aumento del riesgo suicida en pacientes con enfermedad de Parkinson y corea de Huntington, patologías que son producidas por los cambios degenerativos del sistema dopaminérgico.

Los bajos niveles de dopamina producen cuadros de depresión inhibida o de melancolía, por compromiso del circuito del cíngulo anterior y de los ganglios basales. LEE y colaboradores (2005) encontraron correlación entre el funcionamiento de los receptores D₂ del núcleo estriado con altas puntuaciones de neuroticismo, relación que para varios autores es un factor que predice la aparición de cuadros depresivos, especialmente en mujeres.

MARCADORES NEUROENDOCRINOS

Los cuadros depresivos son más frecuentes en situaciones de estrés crónico. El eje HPA es el sistema que regula la respuesta del organismo al estrés mediante complejas interacciones entre hormonas, como el factor liberador de corticotropina (CRH) y los diferentes sistemas de neurotransmisores. El estresor, cualquiera que sea su naturaleza, estimula la secreción de CRH, hormona que estimula la actividad del eje HPA, con la consecuente producción de glucocorticoides, dando origen a una respuesta considerada por SELYE como automática, universal e inespecífica.

La hipercortisolemia sugiere activación crónica del eje HPA y un compromiso de los mecanismos de retroalimentación de la secreción de CRH. De otro lado, las cifras elevadas de cortisol plasmático se relacionan con la aparición de cuadros depresivos y un incremento del riesgo de suicidio, como lo señalan SHER y colaboradores (2005).

HEIM Y NEMEROFF (2001) postulan que el abuso sexual produce en los niños hiperactividad del HPA y alteraciones del sistema de neuropéptidos que se manifiestan en la edad adulta como inestabilidad afectiva, irritabilidad, impulsividad y dificultad para el afrontamiento del estrés.

En pacientes que han realizado intento de suicidio y en víctimas de suicidio se ha encontrado hipercortisolemia comprobándose la presencia de una hipersecreción crónica de CRH y la sensibilización de los receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides de tipos I y II en el hipocampo. La hiperactividad crónica del eje HPA conduce a una disminución importante de los factores neurotróficos como el BDNF en el hipocampo que se manifiesta como alteraciones en las dendritas, atrofia e incluso muerte neuronal, cambios que se manifiestan clínicamente como alteraciones cognoscitivas, especialmente a nivel de memoria.

El hipocampo es la estructura del sistema límbico encargada del control de las funciones cognoscitivas, del afecto y de las funciones vegetativas y en él se expresan los receptores de glucocorticoides encargados del mecanismo de retroalimentación de la producción de CRH en la respuesta al estrés. Es un área rica en inervación serotoninérgica.

Como consecuencia de la hiperfunción de la CRH se produce aumento del tamaño de la hipófisis anterior, disminución del número de receptores de CRH en la corteza frontal y aumento en el tamaño de las suprarrenales, cambios que han sido observados en estudios con PET o resonancia magnética funcional.

El eje HPA regula la respuesta al estrés y tiene interacciones complejas con los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico. Los corticosteroides pueden modular la neurotransmisión de serotonina al regular directamente los receptores como se ha demostrado en ratas adrenalectomizadas en las que se observa aumento en la unión con los receptores 5HT₁ del hipocampo.

El estrés activa el *locus ceruleus* que es el núcleo de mayor producción de noradrenalina, neurotransmisor que pone en marcha los sistemas neurales de vigilancia y modula la respuesta neuroendocrina al estrés mediante sus proyecciones al núcleo paraventricular (PVN) del hipotálamo que contiene neuronas productoras de CRH.

La administración periférica de corticoides en ratas aumenta la liberación de dopamina en la corteza prefrontal y en el núcleo caudado. El antagonismo farmacológico de los receptores D₁ y D₂ en la corteza medial prefrontal puede atenuar la expresión del gen Fos de las neuronas del núcleo PVN.

Los glucocorticoides inhiben la hormona liberadora de tirotrópina (TRH) y a la hormona TSH y disminuyen la producción de T₃. Los individuos con conducta violenta y comportamiento suicida tienden a presentar niveles más altos de TRH dentro del grupo de los depresivos, cifras que no suelen modificarse después del tratamiento con antidepresivos, por lo cual, algunos autores, lo consideran un marcador de rasgo de la impulsividad.

Las manifestaciones clínicas ligadas al pesimismo como la sensibilidad interpersonal y la dependencia a la recompensa guardan relación con la producción elevada de cortisol urinario en 24 horas, incremento que se observa también en individuos con intentos de suicidio recientes posiblemente por una respuesta anómala al estrés.

Para demostrar la relación del eje HPA con el suicidio se ha postulado como posible marcador al test de supresión a la dexametasona, habiéndose encontrado en estudios prospectivos que los pacientes que logran el suicidio habían mostrado una respuesta positiva al test. Esta prueba combinada con la cuantificación de 5-HIAA en LCR tiene una alta sensibilidad (87,5%), que permite detectar una buena proporción de pacientes en riesgo, pero desafortunadamente posee una baja especificidad que produce un alto número de falsos positivos.

SISTEMAS DE SEÑALES

En los últimos años se han logrado avances significativos en el estudio de la cascada de señales mediante las cuales los receptores efectúan sus respuestas intracelulares e intranucleares. Los receptores del tipo 5HT_{2A} y 5HT_{2C} están vinculados con el sistema de señales del fosfatidilinositol y los receptores 5HT_{1A}, alfa-2-adrenérgicos y beta-adrenérgicos utilizan la vía del sistema de señales del AMPc y de la adenilciclasa. JOPE encontró en estudios *post mortem* del cerebro de víctimas de suicidio una alteración de los sistemas de señales.

El sistema de señales AMPc-adenilciclase se inicia con la activación de las proteínas G, mediada por un receptor que modula la acción de la adenilciclase que a su vez, inicia la conversión del adenosin-trifosfato (ATP) en AMPc. El AMPc actúa como segundo mensajero y activa a la enzima proteinkinasa A encargada de fosforilar las diversas proteínas de sustrato en las células, regulando de esta forma varias respuestas fisiológicas y hormonales, entre ellas la regulación a la baja del receptor (*down regulation*), la liberación de neurotransmisores y la activación o inhibición de la expresión génica. En los estudios *post mortem* del cerebro de suicidas se ha observado niveles menores de AMPc estimulados por proteínas y por la foscolina.

En otras investigaciones, como la realizada por SIMON y colaboradores (1997) se han evaluado los niveles de inositol, precursor del fosfatidilinositol y se ha encontrado reducción del inositol en LCR de pacientes con depresión unipolar y bipolar y en la corteza prefrontal de pacientes que sucumbieron al suicidio, sin que exista evidencia de alteración en la actividad de la inositol monofosfatasa que sugiera una degradación excesiva del isómero.

Las implicaciones clínicas de estos hallazgos no están claras pero se cree que el inositol regula la actividad de la fosfolipasa C. PANDEY y colaboradores (1999) observaron menor actividad catalizadora de la fosfolipasa C con especificidad inositolfosfórica en la corteza prefrontal de víctimas de suicidio. Existe evidencia de que la activación persistente de los receptores ligados con los sistemas de señales del fosfatidilinositol puede ocasionar cambios en otros sistemas de señales como la proteinkinasa C, la fosfolipasa C y la proteína G.

De acuerdo con los resultados de las investigaciones de PANDEY y colaboradores (1999) parece ser que en adolescentes los factores neurobiológicos relacionados con el suicidio son diferentes a los observados en adultos; por ejemplo, los autores encontraron disminución en los niveles de la isoenzima $\alpha 1$ de la fosfolipasa C en la corteza prefrontal tanto en la membrana como en el citoplasma en pacientes con y sin enfermedad mental comparados con el grupo control.

La proteinkinasa A consiste en dos subunidades reguladoras y dos subunidades catalíticas en donde las primeras regulan a las segundas y

se unen al AMPc. Las subunidades catalíticas libres pueden fosforilar sustratos en el citoplasma o en el núcleo al cual llegan por difusión pasiva. DWIVEDI y colaboradores (2003) encontraron menor actividad de la proteinkinasa A en presencia de AMPc en el área 9 de Brodmann, especialmente en pacientes con antecedentes de trastorno depresivo mayor, hallazgo que parece ser independiente de la toxicidad por antidepresivos, del intervalo *post mortem*, del género y la edad. Otros autores no han observado cambios significativos en la unión la AMPc, lo cual puede significar que han estudiado áreas cerebrales diferentes.

MARCADORES GENÉTICOS

Los estudios en familias han demostrado que la transmisión genética juega un papel importante en la neurobiología de la conducta suicida, independientemente de los factores de herencia relacionados con las diferentes enfermedades mentales.

Estudios familiares con gemelos y de adopción han demostrado que la vulnerabilidad al suicidio se relaciona con un componente genético, que los gemelos monocigóticos tienen mayor grado de concordancia para suicidio que los dicigóticos.

Al tener en cuenta la alta correlación entre impulsividad, agresividad y suicidio se han propuesto bases psicológicas del comportamiento suicida y como estas conductas se han correlacionado con alteraciones en los neurotransmisores y con el modelo de estrés y la activación del eje HPA se han planteado nuevos modelos que explican la conducta suicida a partir de las alteraciones en la expresión de los genes que codifican para los tres sistemas: transportadores y receptores de serotonina, y el gen que codifica para la triptofano hidroxilasa; la monoamino-oxidasa A (MAOA) y la catecol-oximetil-transferasa (COMT) del sistema noradrenérgico; receptores de dopamina y de colecistoquinina (CCK) que como neurotransmisor puede regular las funciones dopaminérgicas.

COURTET y colaboradores (2004) consideran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y el suicidio insinúan una alteración en el sistema serotoninérgico al haberse identificado como genes candidatos al gen que codifica la producción de la enzima triptofano hidroxilasa (TPH), enzima que regula la cantidad de serotonina producida y al gen

que codifica la proteína transportadora de serotonina. Sin embargo, aún falta por dilucidar la relación entre el genotipo (alteración en el metabolismo de la serotonina) y el fenotipo (impulsividad, incapacidad para controlar la ira, etc.).

El gen de la triptofano hidroxilasa (TPH) muestra polimorfismo en el intrón 7 del brazo corto del cromosoma 11, con dos alelos denominados U y L, siendo éste último el más frecuente. En el estudio de NIELSEN y colaboradores (1994) realizado en Finlandia con delincuentes alcohólicos, pirómanos e individuos violentos comparados con un grupo de voluntarios sanos, se encontró correlación positiva entre la conducta violenta, las bajas concentraciones de 5HIAA y la presencia del alelo L de la TPH. Los individuos que poseían el fenotipo LL presentaron los mayores índices de violencia e impulsividad, las menores concentraciones de 5HIAA raquídeo, un mayor número de intentos de suicidio y una historia familiar de comportamientos suicidas. Los hallazgos fueron interpretados por los autores como debidos a una mutación genética, posiblemente por fallas en la transcripción que altera la actividad de la enzima que se traduce en menor capacidad para hidroxilar el triptófano con la subsiguiente disminución en la síntesis de serotonina. El aspecto más importante de la investigación, es haber detectado que todos los individuos que intentaron suicidarse presentaban los genotipos LL ó UL, resultado que permite inferir que el alelo L está íntimamente relacionado con la conducta suicida en este grupo de población de la península escandinava.

Respecto al sistema noradrenérgico, el gen de la mono MAO-A ha sido mapeado en el brazo corto del cromosoma X y siendo un gen ligado al sexo se ha planteado que los suicidios en hombres se relacionan con impulsividad y agresividad secundarias a su polimorfismo. CASIS y colaboradores reportaron que la delección en ratas del gen MAO-A se expresa en un fenotipo más agresivo.

En estudios *post mortem* se ha observado aumento en el número de receptores de colecistokinina (CCK) en la corteza prefrontal así como altos niveles del polipéptido en LCR.

Se ha demostrado que pacientes con intentos de suicidio más letales tiene peor desempeño en las pruebas neuropsicológicas que aquellos con intentos de baja letalidad especialmente en los que reflejan la integridad de las funciones ejecutivas y fluencia verbal que han sido correlacionados con menor captación de glucosa en la corteza prefrontal en tomografías por emisión de positrones. KEILP y colaboradores (2001) señalan que el bajo desempeño en las pruebas se debe a la inhabilidad para resolver situaciones de crisis con actos diferentes al suicidio. Los estudios que comparan este grupo con controles muestran peor desempeño en las pruebas que evalúan función intelectual, atención y memoria, déficit que es independiente de las características y severidad del cuadro depresivo, del nivel académico y actividad ocupacional. Aunque los pacientes con intentos de suicidio de alta letalidad se desempeñaron mal en las pruebas que examinan el daño cerebral difuso no es posible descartar que los resultados sean el reflejo de las secuelas neurológicas ocasionadas por el intento de suicidio.

Hacia los años noventa se debatió la relación entre los altos niveles de colesterol y la muerte por causas violentas. En una muestra de 37.635 adultos analizada por SIMON y colaboradores (1997) se presentaron 130 suicidios violentos y 46 no violentos, los primeros se correlacionaron con altos niveles de colesterol total y bajos niveles de colesterol de alta densidad que guarda relación con la hipótesis que postula que los menores niveles de ácidos grasos poliinsaturados como omega 3 aumentan el riesgo para depresión y suicidio.

Los niveles de 5-HIAA en LCR han sido correlacionados positivamente con los niveles plasmáticos de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga en sujetos normales. Las mayores concentraciones de CRH y de 5-HIAA en LCR se han asociado con bajos niveles de ácido decoxahexanoico y de omega 3 y un aumento en el riesgo de suicidio.

Otros investigadores, como ATMACA y colaboradores (2003) han encontrado asociación entre las bajas cifras de colesterol y leptina y la mayor frecuencia de intentos de suicidio con características violentas en los pacientes esquizofrénicos que han intentado suicidarse utilizando méto-

dos violentos comparados con el grupo control, pero se precisan nuevos estudios para esclarecer las causas de esta relación.

COROLARIO

Las experiencias adversas en la vida temprana que incluyen pérdida de los padres, negligencia, abuso físico y sexual y disfunción familiar, pueden tener un efecto deletéreo en los sistemas neurobiológicos, incrementando el riesgo de desarrollar trastornos de depresión y ansiedad en la edad adulta.

Existe una compleja relación entre el eje HPA y los sistemas de neurotransmisores que modulan la respuesta al estrés, las emociones, la atención, los sistemas de recompensa, el control de los impulsos y la motivación. Los factores estresores que activan la respuesta neuroendocrina en la infancia pueden asociarse con la vulnerabilidad heredada y ocasionar alteraciones en la corteza prefrontal que se manifiestan en comportamientos suicidas.

Las alteraciones neuroendocrinas y neuroquímicas sumadas al déficit cognoscitivo, a puntuaciones altas en neuroticismo, a la vivencia de desesperanza y al comportamiento agresivo hacen que el paciente suicida pueda encontrarse en lo que SCHNEIDERMAN denomina el triángulo letal caracterizado por tres factores predisponentes: odio contra sí mismo ocasionado por disminución importante de la autoestima, un estado de extrema agitación en el cual el individuo se encuentra tenso y no piensa claramente y, por último, limitación de las posibilidades intelectuales o visión “en túnel” que determinan que el individuo no pueda pensar mas allá de la situación inmediata.

La importancia de estos modelos radica en que además de explicar la conducta suicida brindan la posibilidad de prevenirla mediante estrategias de intervención temprana en las poblaciones vulnerables y la identificación de marcadores de estado que permitan establecer el riesgo de presentar conducta suicida como, por ejemplo, los niveles de cortisol urinario en 24 horas o los niveles de 5-HIAA en LCR.

ARANGO V, ERNSBERGER P, SVED AF, MANN JJ.

Quantitative autoradiography of alpha 1- and alpha 2-adrenergic receptors in the cerebral cortex of controls and suicide victims. *Brain Research* 1993; 630: 271-82.

ASBERG M, THOREN P, TRAKSMAN L, *et al.*

Serotonin depletion a biochemical subgroup within the affective disorders? *Science* 1976; 191:478-80.

ATMACA M, KULOGLU M, TEZCAN E, USTUNDAG B.

Leptin and cholesterol levels in schizophrenic patients with and without suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (3): 208-14.

BACA-GARCÍA E, OQUENDO M, SAIZ-RUIZ J, MANN JJ, DE LEON J.

A pilot study on differences in Aggression in New Cork City and Madrid, Spain, and Their Possible impact on suicidal behavior. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 375-80.

BACA-GARCÍA E, DÍAZ-SASTRE C, BASURTE E, PRIETO R, CEVERINO A, *et al.*

A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2001; 62, 560-4.

BLUMENTHAL SJ, KUPFER DJ.

Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. Blumenthal SJ, Kupfer DJ (eds.). American Psychiatric Press. Washington DC, 1909.

CARBALLO J, AKAMNONU C. OQUENDO M.

Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings (en prensa).

CARLSON GA.

More analysis of Eli Robins' suicide data. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 323-5.

CASPI A, MCCLAY J, MOFFITT TE, MILL J, MARTIN J, CRAIG IW, *et al.*

Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-4.

CLONINGER CR.

The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality, en *Biology of personality disorders*. Silk KR (ed.) American Psychiatric Press, Washington, DC, 1998.

COURTET P, JOLLANT F, CASYTELNAU D, BURESI C, MALAFOSSE A.

Implications of genes of serotonergic system on vulnerability to suicidal behavior. *J Psychiatry Neurosci* 2004; 29 (5): 350-9.

CROW TJ, CROSS AJ, COOPER SJ, DEAKIN JE, FERRIER IN, *et al.*

Neurotransmitters receptors and monoamine metabolites in the brains of patients with Alzheimer-type dementia and depression and suicides. *Neuropharmacol* 1984; 23:1561-9.

DU L, FALUDI G, PALKOVITS M.

Serotonergic genes and suicidality. *Crisis* 2001; 22 (2): 54-60.

DWIVEDI Y, CONLEY R, ROBERTS R *et al.*

[3 H]c AMP binding sites and protein kinase A Activity in the prefrontal cortex of suicide victims. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 66-73.

HEIM C, NEMEROFF CB.

The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 1023-39.

JOINER TE JR, BROWN J, WINGATE LR.

The Psychology and Neurobiology of Suicidal Behavior. *Ann Rev Psychology* 2005; 56: 287-314.

KEILP J, SACKEIM H, *et al.*

Neuropsychological dysfunction in depressed attempters. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 735-41.

KING D, CONWELL Y, COX C, *et al.*

A neuropsychological comparison of depressed suicide attempters and noattempters. *J Neuropsychiatry Clin Neurosc* 2000; 12: 64-70.

LEE IH, CHENG CC, YANG YK, YEH TL, CHEN PS, *et al.*

Correlation between striatal dopamine D2 receptor density and neuroticism in community volunteers. *Psychiatry Research* 2005; 138: 259-64.

LINNOILA VMI, VIRKKUNEN M.

Aggression, suicidality and serotonin. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (suppl 10): 46-51.

MANN J, CURRIER D, STANLEY B.

Can biological test assist prediction of suicide in mood disorders? *Int J Neuropsychopharm* 2006; 9: 465-74.

MANN JJ, STANLEY M, MCBRIDE PA, *et al.*

Increased serotonin and beta-adrenergic receptor binding in the frontal cortices of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 954-9.

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.

MANN JJ.

Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews. Neuroscience* 2003; 4: 819-28.

NIELSEN DA, GOLDMAN D, VIRKKUNEN M, *et al.*

Suicidality and 5-hydroxyindolacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 34-8.

OQUENDO M, PLAIDI G, MALONE K.

Positron emission, tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 14-22.

-
- OQUENDO M, RUSSO S, UNDERWOOD MD, KASIR S, ELLIS SP, et al.**
Higher postmortem prefrontal 5HT2A receptor binding correlates with lifetime aggression in suicide. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 235-43.
- 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.
- PANDEY G, DWIVEDI Y, et al.**
Low phosphoinositide-specific phospholipase C activity and expression of phospholipase c $\alpha 1$ protein in the prefrontal cortex of teenage suicide subjects. *Am J Psychiatry* 1999;156: 1895-1901.
- PANDEY G, DWIVEDI Y, RIZAVI H, et al.**
Higher expression of serotonin 5HT2A receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 419-29.
- RUJESCU D, GIEGLING I, GIETL A, HARTMANN AM, MOLLER HJ.**
A functional single nucleotide polymorphism (V158M) in the COMT gene is associated with aggressive personality traits. *Biological Psychiatry* 2003; 54: 34-9.
- SHER L, OQUENDO M, GALFALVY HC, ZALSMAN T, COOPER J, MANN JJ.**
Higher cortisol levels in spring and fall in patients with major depression. *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29: 529-34.
- SHER L.**
Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Act Psych Scand* 2006; 113: 13-22.
- SHIMON H, AGAM G, BELMAKER RH, et al.**
Reduced Frontal Cortex inositol in postmortem brain of suicide victims and patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1148-50.
- STOCKMEIER CA, SHAPIRO L, DILLEY GE, KOLLI TN, et al.**
Increase in serotonin-1A autoreceptors in the midbrain of suicide victims with major depression-postmortem evidence for decreased serotonin activity. *J Neurosci* 1998; 18 (8): 7394-7401.
- SUBLETTE E, HIBBELN J, OQUENDO M, MANN J.**
Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future risk. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1100-2.
- SWANN AC, DOUGHERTY DM, PAZZAGLIA PJ, PHAM M, MOELLER FG.**
Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1680-7.
- TANSKANEN A, VATIAINEN E, JAKKO T.**
High serum cholesterol and risk of suicide. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 648-50.

TÉLLEZ-VARGAS J.

Aspectos neurobiológicos del suicidio, en *Neuropsiquiatría: imágenes del cerebro y la conducta humana*. Gaviria M, Téllez-Vargas J (eds.). Nuevo Milenio Editores. Bogotá, 1995.

TSUANG MT.

Suicide in schizophrenics, manics, depressives and surgical controls: a comparison with general population suicide mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 153-5.

TURECKI G, BRIERE R, DEWAR K, et al.

Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *Am J Psychiatry*, 1999; 156: 1456-8.

UNDERWOOD MD, MANN JJ, ARANGO V.

Serotonergic and noradrenergic neurobiology of alcohol suicide. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (5 Suppl): 57S-69S.

WINCHEL RM, STANLEY B, STANLEY M.

Biochemical aspects of suicide, en *Suicide over the life cycle*. Blumenthal SJ, Kupfer DJ (eds.). American Psychiatric Press. Washington DC, 1909; 97-126.

Jorge Téllez-Vargas, MD

Impulsividad y suicidio

- El modelo estresor-diátesis
- Definición y evaluación de la impulsividad
- La impulsividad como rasgo
- Impulsividad, trastornos afectivos y suicidio
- Impulsividad, esquizofrenia y suicidio
- Impulsividad, trastornos de alimentación y suicidio
- Corolario

EL SUICIDIO es considerado por la OMS (2000) como un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

La prevención de los intentos de suicidio y de los suicidios constituye un reto para el personal médico y especialmente, para quienes trabajamos en salud mental. La población en riesgo es muy alta, en promedio 5 de cada 100.000 personas se suicidan pero el número de intentos que no tuvieron un desenlace fatal es tres o cuatro veces mayor. Además, se estima que quien se suicida lo ha intentado, por lo menos, una vez.

En los pacientes con enfermedad mental el riesgo es mayor; y puede llegar al 29% como lo demostraron CHENG y colaboradores (1996) en una muestra de pacientes con trastorno afectivo bipolar. En los pacientes depresivos la tasa de mortalidad por suicidio se calcula en 2-15%, tasa que es mayor (15-20%) en los enfermos hospitalizados.

En los diferentes estudios prospectivos se han identificado como factores de riesgo para el comportamiento suicida a la historia de un intento previo, historia individual o familiar de trastornos afectivos, abuso de sustancias psicoactivas o de alcohol, sentimientos de desesperanza, pérdida o ruptura afectiva, y presencia de ideas suicidas.

Sin embargo, no se ha medido el impacto real de cada uno de los factores de riesgo. El grupo de MANN (1999) considera que en los pacientes con enfermedad mental que intentan el suicidio se observan altos niveles de respuestas agresivas o impulsivas, pocas razones para vivir y mayor frecuencia de ideas de autoeliminación que en los pacientes que no intentan el suicidio. Los autores observaron la existencia en los pacientes que intentaron el suicidio de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, abuso de tabaco, historia de abuso de sustancias psicoactivas o de alcohol, historia familiar de actos suicidas, historia de abuso en la infancia y trauma craneoencefálico.

EL MODELO ESTRESOR-DIÁTESIS

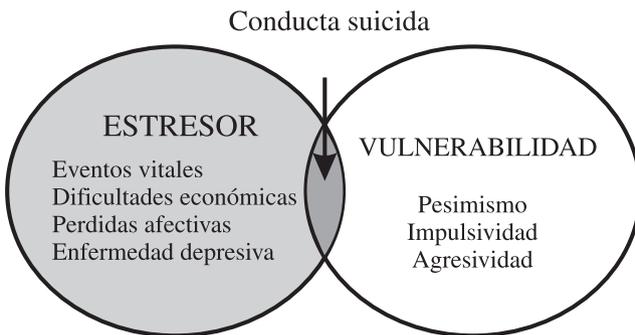
Con frecuencia se asume que la causa del suicidio o del intento de suicidio es la presencia de un estresor (una pérdida afectiva, un descalabro económico) que el individuo es incapaz de afrontar o que superó su capacidad de adaptación. Esta posición, que con frecuencia resulta simplista al tratar de entender las causas del comportamiento suicida, además de no brindar luces sobre el problema, sólo logra desencadenar sentimientos de culpa en los sobrevivientes y discriminación y rechazo para quien intenta suicidarse.

Los estresores vitales, como lo han demostrado los estudios retrospectivos, requieren de la presencia en mayor o en menor grado de una vulnerabilidad biológica o psicológica (diátesis) para que se desencadene el comportamiento suicida.

OQUENDO y su grupo (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. (Figura 1).

FIGURA 1.

Esquema del modelo estresor-diátesis del comportamiento suicida propuesto por OQUENDO y colaboradores (2004)



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.

Los estudios muestran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y la conducta suicida son distintos a los factores genéticos que predisponen a los trastornos mentales. COURTET y colaboradores (2004) consideran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y el suicidio sugieren una alteración en el sistema serotoninérgico al haberse identificado como genes candidatos al gen que codifica la producción de la enzima triptofano hidroxilasa (TPH), enzima que regula la cantidad de serotonina producida y al gen que codifica la proteína transportadora de serotonina. Sin embargo, aun falta por dilucidar la relación entre el genotipo (alteración en el metabolismo de la serotonina) y el fenotipo (impulsividad, incapacidad para controlar la ira, etc.).

El factor impulsividad/agresividad puede ser evaluado mediante escalas como la escala de agresión de Brown-Goodwin, el inventario de hostilidad de Buss-Durkee o la escala de impulsividad de Barrant.

OQUENDO y colaboradores (2004) encontraron en un estudio con 308 pacientes hospitalizados con episodio depresivo mayor diagnosticado de acuerdo con el DSM-III-R (21% con trastorno afectivo bipolar) a quienes observaron durante dos años, que los pacientes que habían intentado el suicidio presentaron mayores puntuaciones en las escalas mencionadas anteriormente y mayor frecuencia de trastornos de personalidad del grupo B, comparados con quienes no lo hicieron. Además, en el grupo que intentó el suicidio se observó mayor frecuencia de antecedentes de abuso en la infancia, trauma craneoencefálico y abuso de sustancias psicoactivas o de alcohol, así como antecedentes de intentos suicidas en los familiares de primer grado.

Los individuos pesimistas, comparados con los no pesimistas, al afrontar una enfermedad o un estresor vital tienden a presentar mayores sentimientos 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 teniendo en cuenta, exclusivamente, la percepción del paciente, o en algunos casos al utilizar el ítem de pesimismo del Inventario de Depresión de Beck. Para valorarlo con objetividad es necesario emplear escalas como el Inventario de depresión de Beck, el inventario de razones para vivir y la escala para la ideación suicida (*Scale for Suicide Ideation*). El grupo de la doctora OQUENDO encontró que los pacientes que intentaron suicidarse en el estudio comentado anteriormente, mostraron mayores niveles de pesimismo comparados con quienes no lo intentaron.

Los resultados obtenidos por este grupo de investigadores les permitió concluir que los altos niveles de impulsividad/agresividad y de pesimismo son predictores de la conducta suicida y que cada factor incrementa el riesgo de suicidio 2-4 veces y, que con frecuencia, los niveles altos en uno de ellos estimula la intensidad del segundo factor.

Los resultados de los diferentes estudios prospectivos indican que la presencia de ideas de suicidio y específicamente de un plan suicida puede ser considerada como un marcador que sugiere un suicidio inminente que requiere la hospitalización inmediata del paciente y su seguimiento al ser dado de alta, porque el factor de riesgo se mantiene aun cuando haya remitido el cuadro depresivo.

La desesperanza es un sentimiento que se comporta en forma idéntica a la presencia de un plan suicida y como factor se asocia con un mayor riesgo de comportamientos suicidas que parasuicidas.

DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA IMPULSIVIDAD

El acto suicida con frecuencia se asocia con depresión y desesperanza pero requiere la presencia de factores capaces de reducir la inhibición que

existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación.

La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, que no son valorados adecuadamente por los clínicos para identificar el riesgo de un nuevo intento de suicidio, que se presenta durante el año siguiente, con consecuencias fatales.

Existen diferentes definiciones de impulsividad, pero en general, se la considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los otros y para sí mismo. El individuo percibe una sensación de tensión o activación interior previa a cometer el acto y posteriormente puede experimentar placer, gratificación y liberación de la tensión. Tras el acto puede tener o no arrepentimiento y presentar sentimientos de culpa o autorreproches.

La impulsividad es un constructo complejo y se refiere a una acción que se realiza sin planificación o sin reflexión sobre las consecuencias de la acción realizada. Se asocia con fallas en el nivel de la conciencia que comprometen la habilidad para reflexionar e impedir los actos o en la inteligencia o el conocimiento para guiar el comportamiento.

El comportamiento impulsivo difiere de las acciones premeditadas por tratarse de conductas inapropiadas y de respuesta rápida frente al estímulo desencadenante, falta de reflexión, no modulación de la respuesta y falta de evaluación de la ganancia potencial, elementos que originan disociación entre el acto realizado y la intención de la conducta.

La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. Los individuos que intentaron suicidarse en forma impulsiva comparados con quienes lo hicieron premeditadamente tienen menores expectativas de morir al momento de realizar el acto suicida y utilizan métodos más violentos que con frecuencia originan secuelas físicas severas. Estos dos elementos ponen de manifiesto la discordancia entre intención y acción.

Algunos individuos presentan un patrón estable y permanente de comportamientos impulsivos ante diversas situaciones (rasgo-dependen-

cia) en tanto que otros muestran comportamientos impulsivos pasajeros frente a situaciones biológicas o ambientales (estado-dependientes). Los individuos con impulsividad como rasgo-dependencia (diátesis) son proclives a presentar sentimientos de pesimismo y desesperanza y mayor frecuencia de comportamientos suicidas, en tanto que los individuos con impulsividad estado-dependiente son más “sensibles” a los factores ambientales, que con frecuencia desencadenan la conducta suicida, como una “forma de escapar” de la situación percibida como amenazante o intranquilizadora.

La impulsividad como rasgo clínico puede ser identificada mediante una entrevista estructurada y evaluada su intensidad con la aplicación de escalas como la escala de impulsividad de Barratt.

Algunos autores como SWANN (2005) y HORESH (2001) consideran que la impulsividad puede ser evaluada mediante la aplicación del Continuos Performance Test (CPT) y que las respuestas impulsivas se asocian con una mayor frecuencia de intentos de suicidio, lo cual permitiría identificar a los individuos con mayor riesgo de cometer o intentar el suicidio.

Al aplicar el CPT se ha observado que la impulsividad se relaciona con aumento de respuestas impulsivas en la prueba memoria inmediata/memoria remota que sugiere la presencia de un trastorno de atención subyacente o una incapacidad para inhibir las respuestas rápidas lo que impide un buen desempeño en la prueba. Estas alteraciones se han observado en pacientes con trastornos explosivos de la conducta, comportamientos agresivos, trastorno bipolar e incluso en familiares de primer grado.

El método empleado en el intento de suicidio está relacionado con los niveles de impulsividad. DUMAIS y colaboradores (2005) utilizaron el método de la autopsia psicológica en la investigación de 310 suicidas, mediante entrevistas estructuradas con los familiares de los fallecidos y el empleo de escalas de rasgos de la personalidad. La utilización de métodos violentos se relacionó con mayores niveles de impulsividad y agresividad, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y trastornos psicóticos a lo largo de la vida. Una vez controlados la edad, el sexo, los trastornos por consumo de sustancias y otros cuadros psicopatológicos

graves, los autores comprobaron que la agresividad a lo largo de la vida y la interacción entre impulsividad y conducta agresiva seguían asociados a los métodos de suicidio violentos. Estos resultados confirman que el empleo de un método violento de suicidio puede ser considerado como un marcador comportamental de un nivel elevado de conductas agresivo-impulsivas.

LA IMPULSIVIDAD COMO RASGO

La impulsividad es un constructo que puede ser definido como una disminución en la capacidad para demorar o inhibir el comportamiento como respuesta a un estímulo y puede ser definida operacionalmente de diferentes formas: impulsividad o desinhibición motora, toma de riesgos, comportamientos no planificados, preferencia por pequeñas e inmediatas recompensas, insensibilidad al castigo o no valoración de las consecuencias de una acción determinada.

La impulsividad se asocia con comportamientos como despilfarro, conducción irresponsable de vehículos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, robos en tiendas, comidas copiosas, falta de control de la ira, automutilaciones y conductas suicidas.

El rasgo de impulsividad para algunos autores como FLORY (2006) comprende tres dimensiones: búsqueda de emociones, conductas no planificadas y comportamiento desinhibido, que están presentes tanto en individuos normales como en quienes presentan trastornos de personalidad, especialmente del tipo antisocial o límite.

La dimensión de *búsqueda de emociones* puede ser modificada con la educación y se relaciona fuertemente con el factor apertura a la experiencia del Inventario de Personalidad NEO (COSTA y MACCRAE, 1992) que evalúa cinco dimensiones de la personalidad: neuroticismo (N), extroversión (E), apertura a la experiencia (O), cordialidad (A) y conciencia (C). Los individuos con altos puntajes en la dimensión "apertura a la experiencia" tienden a ser no convencionales, curiosos, a experimentar ideas y comportamientos novedosos y a obtener altos puntajes en las pruebas de inteligencia. Este hecho permite suponer que algunos aspectos de la impulsividad son adaptativos y funcionales.

Por el contrario, la impulsividad sin planificación y la desinhibición del comportamiento son, a todas luces, desadaptativos. Se asocian con sentimientos de rabia y agresión, y los individuos son incapaces de resistir las tentaciones, “actúan sin pensar” y el aburrimiento se convierte en un motivo para la búsqueda de nuevas emociones. Los altos niveles de estas dimensiones se relacionan con un mayor nivel de neuroticismo en el NEO.

En el estudio de FLORY y colaboradores (2006) la impulsividad no planeada y la conducta desinhibida mostraron correlación con un bajo nivel educativo, bajos ingresos económicos, abuso de cigarrillo e historia de intentos de suicidio en los pacientes con trastorno de personalidad del grupo B. Es más, los autores encontraron, que la impulsividad sin planificación se asociaba, tanto en pacientes como en el grupo control, con comportamientos que sugieren una disminución de la función serotoninérgica cerebral como abuso de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, comportamientos agresivos y suicidio.

Resultados similares fueron hallados por ZOUK y colaboradores (2006) al estudiar mediante autopsias psicológicas y aplicación de escalas el componente impulsivo en 164 suicidas.

Los individuos impulsivos cuando se deprimen, o se desinhiben por el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas o cuando están sometidos a un estrés significativo son más proclives al suicidio. La impulsividad parece ser el componente más importante de la suicidalidad, a tal punto, que los individuos con altos niveles de impulsividad presentan un mayor riesgo de suicidio, aunque no padezcan un trastorno mental.

La relación entre comportamiento impulsivo e intento de suicidio presenta dos dimensiones: la impulsividad del acto y las características del individuo que lo comete. Si bien, más de la mitad de quienes intentan suicidarse presentan altos niveles de impulsividad no siempre el acto suicida es impulsivo, sino que por el contrario, puede ser premeditado, pero los suicidios impulsivos son llevados a cabo, más frecuentemente, por jóvenes.

Se ha observado en diferentes estudios que la impulsividad se asocia con estresores intensos en la infancia, como rechazo, abandono o abuso sexual, que si bien no son la causa directa del aumento en la impulsividad

sí contribuyen a desarrollar una expresión anormal de la impulsividad y de la conducta agresiva, que puede manifestarse en la edad adulta como comportamientos impulsivos, conductas de autoagresión, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas o conformar un trastorno de personalidad del tipo antisocial o límite.

En la personalidad límite la inestabilidad afectiva es el criterio clínico que se relaciona más frecuentemente con suicidio, especialmente si se asocia con la impulsividad y el antecedente de abuso sexual, de acuerdo con los resultados obtenidos por YEN y colaboradores (2002) en un estudio con 621 pacientes con trastorno de personalidad *borderline*.

IMPULSIVIDAD, TRASTORNOS AFECTIVOS Y SUICIDIO

El factor impulsividad/agresividad cuando se asocia a enfermedad mental incrementa el riesgo de suicidio.

Trastornos depresivos

Aproximadamente el 60% de los suicidas padecen un trastorno afectivo y se calcula que el riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos que han sido hospitalizados es del 15%, riesgo que es mayor en hombres que en mujeres. 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 incrementan el riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos.

La depresión mayor es un factor de riesgo importante para el suicidio pero también se cierto, que no todos los individuos con depresión mayor intentan el suicidio. 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.

Las investigaciones de OQUENDO y colaboradores (2004) muestran que la presencia de rasgos de impulsividad y agresividad se asocia con comportamientos suicidas en los pacientes con trastornos depresivos, se trate de depresión unipolar o bipolar. Al parecer, la impulsividad se relaciona con una mayor frecuencia de intentos de suicidio que con la misma letalidad del acto suicida. Los enfermos depresivos que requieren hospitalización para tratar las secuelas físicas del intento de suicidio presentan menores niveles de impulsividad y con frecuencia se observan mayores niveles de pesimismo, que como lo anotamos anteriormente se relacionan con la presencia de un plan suicida.

La impulsividad en los pacientes deprimidos presenta tres dimensiones: la pérdida de control en el comportamiento, la no planificación y la impulsividad cognoscitiva, que son estado-dependientes. Al parecer, como lo sugiere el trabajo realizado por CORRUBLE y colaboradores (2003) la pérdida de control en el comportamiento y la impulsividad cognoscitiva son las responsables de los intentos de suicidio en los enfermos con depresión mayor.

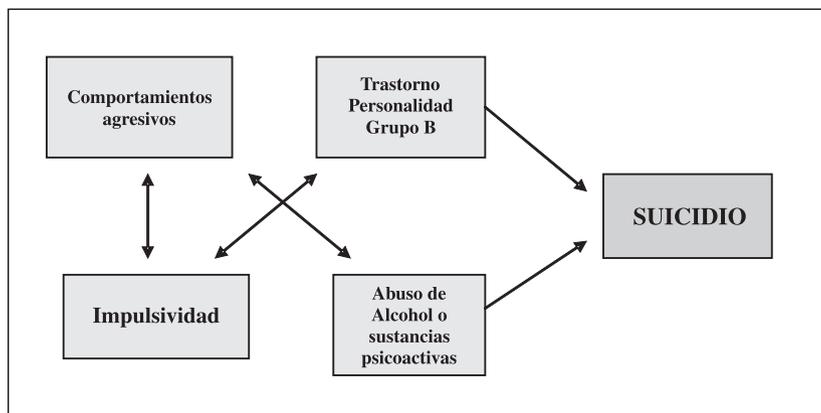
BACA-GARCÍA y colaboradores (2001) afirman que los individuos que tienen un plan suicida durante un lapso más o menos largo muestran comportamientos suicidas más letales. En forma paradójica, la impulsividad incrementa el riesgo de futuros intentos de suicidio pero impide la planeación del acto suicida, razón por la cual con frecuencia, el intento de suicidio no es letal.

Los individuos que intentan suicidarse presentan mayor frecuencia de comportamientos agresivos comparados con quienes no lo hacen, como se ha observado en estudios con individuos con trastornos de personalidad, trastorno afectivo bipolar o depresión monopolar, pero no se ha estudiado la relación entre la conducta agresiva y el riesgo del comportamiento suicida. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la presen-

cia de sentimientos de rabia hacia sí mismo con frecuencia ocasiona la aparición de ideación suicida.

DUMAIS y colaboradores (2005) realizaron un estudio de caso-control para comparar los comportamientos impulsivos y agresivos y el predominio de la psicopatología asociada al cuadro clínico primario en 104 hombres que se suicidaron durante un episodio de depresión mayor comparados con 74 sujetos masculinos depresivos vivos mediante entrevistas estructuradas y evaluaciones de los rasgos de personalidad. Los autores encontraron que los niveles elevados de impulsividad y agresividad, el abuso o dependencia actual al alcohol o a las sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad del grupo B incrementan el riesgo de suicidio en individuos con depresión mayor. El análisis por edad mostró que estos factores de riesgo son más específicos para las víctimas más jóvenes de suicidio (18-40 años de edad) quienes emplearon los métodos más violentos. El análisis multivariado indicó que el abuso o dependencia actual al alcohol o a las sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad del grupo B son dos predictores independientes del suicidio y que la presencia de comportamientos impulsivos y agresivos constituye la base de estos factores de riesgo. (Figura 2).

FIGURA 2
Interacciones entre los rasgos impulsivos y agresivos, el abuso de sustancias y la conducta suicida.



Los autores suponen que la presencia de altos niveles de impulsividad y agresividad originan una cascada comportamental al incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad del grupo B, el cual incrementa a su vez, el riesgo de abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas. Esta hipótesis puede ser apoyada por el hecho de que el trastorno límite de la personalidad por sí mismo no constituye un factor de riesgo para el suicidio pero cuando se asocia con una depresión severa el riesgo de morir por suicidio se incrementa 450 veces.

Trastorno afectivo bipolar

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. 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.

HOYER y colaboradores (2004) observaron en un estudio de seguimiento a 53.446 pacientes diagnosticados con TAB durante veinte años que el 6% se suicidó durante este período. El trabajo realizado por TSAI y colaboradores (2002) mostró que los pacientes con TAB que se suicidan realizaron un intento previo en los siete años anteriores a su muerte.

SWANN y colaboradores (2005) han observado que la historia de intentos previos de suicidio en pacientes bipolares a quienes se aplicó el CPT se asocia con una mayor probabilidad de respuestas impulsivas en la prueba de memoria inmediata y una menor duración del período de latencia de la impulsividad, de tal manera, que a medida que aumenta la severidad de los intentos previos aumenta la frecuencia de respuestas impulsivas y disminuye la latencia de las mismas. Los resultados obtenidos en el CPT se correlacionaron positivamente con altos puntajes en la escala de impulsividad de Barrant y fueron más intensos en los pacientes que se encontraban maníacos o presentaban estados mixtos y en quienes

presentaban las más severas secuelas físicas como consecuencia del intento de suicidio. Los autores concluyen que el desempeño en la prueba memoria inmediata se relaciona con un mayor riesgo y severidad del comportamiento suicida.

Los resultados de las investigaciones de DOUGHERTY y colaboradores (2004) en pacientes bipolares con abuso de sustancias psicoactivas indican que tanto el trastorno bipolar como el abuso de sustancias forman parte de espectro de la impulsividad que se incrementan cuando las dos entidades coexisten; que los enfermos bipolares presentan altos niveles de impulsividad y un alto riesgo para el abuso de sustancias y que el abuso de sustancias incrementa los niveles de impulsividad independientemente de las fases clínicas del trastorno bipolar.

IMPULSIVIDAD, ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. 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.

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, la presencia de depresión, los intentos previos de suicidio y las pérdidas afectivas, que son los mismos factores de riesgo en la población general. Sin embargo, algunos factores de riesgo son más 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) y la pérdida de confianza o las actitudes negativas hacia el tratamiento.

Los estudios muestran que los intentos de suicidio con frecuencia no se relacionan con eventos vitales desencadenantes y que en algunos casos, como los observados por FENNIG y colaboradores (2005) el intento de suicidio lo desencadena la evaluación negativa que el enfermo hace del suceso.

Se han invocado diversos factores para explicar este fenómeno y se aduce que la presencia de síntomas depresivos puede desencadenar la conducta suicida, que es más frecuente en el período posterior a la hospitalización.

BACA-GARCÍA y colaboradores (2005) evaluaron la frecuencia de intentos de suicidio en una muestra de 25 pacientes esquizofrénicos comparados con 107 pacientes con depresión no psicótica sin encontrar diferencias significativas en los métodos empleados, pero observaron en los pacientes esquizofrénicos un menor número de eventos desencadenantes (2.0 vs. 2.6), menor influencia de los eventos vitales en la tentativa de suicidio (42% vs. 83%), mayor número de intentos letales (40% vs. 29%) y una tendencia mayor hacia las conductas agresivas ($p=0-08$).

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.

En los pacientes con esquizofrenia, como en la población general, el abuso de sustancias psicoactivas se asocia con mayores niveles de impulsividad y suicidalidad. De acuerdo con las investigaciones de GUT-FAYAND y colaboradores (2001) el abuso se inicia antes de la aparición del primer brote esquizofrénico. En la fase prodrómica de la esquizofrenia los niveles altos de impulsividad originan comportamientos desadaptativos en los adolescentes que facilitan el abuso de sustancias como respuesta a las exigencias ambientales o a la sensación de malestar que experimenta el paciente, abuso que puede actuar como un factor precipitante de los síntomas psicóticos. Para estos autores, es la impulsividad y no la anhedonia, el factor desencadenante del abuso de sustancias psicoactivas.

La conducta impulsiva se asocia, como se comentó anteriormente, con alteraciones en la biodisponibilidad de la serotonina cerebral, razón por la cual el litio y la clozapina han mostrado disminuir la frecuencia de los intentos suicidas en los esquizofrénicos, como lo han comunicado ALPHS y colaboradores (2004) en el informe preliminar del *International suicide prevention trial (InterSePT)*.

Otros investigadores, como ATMACA y colaboradores (2003) han encontrado asociación entre las bajas cifras de colesterol y leptina y la mayor frecuencia de intentos de suicidio con características violentas en los pacientes esquizofrénicos que han intentado suicidarse utilizando métodos violentos comparados con el grupo control, pero se precisan nuevos estudios para esclarecer las causas de esta relación.

IMPULSIVIDAD, TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y SUICIDIO

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.

Lo 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. Además, los pacientes con TCA presentan comorbilidad con abuso de sustancias psicoactivas o trastorno de personalidad límite, con otros comportamientos impulsivos como promiscuidad sexual y conductas de automutilación. En algunos casos, el TCA se presenta en enfermos bipolares.

Se ha observado que los enfermos con anorexia nerviosa que hacen intentos de suicidio tienden a perder más peso y la enfermedad es significativamente más larga, comparados con quienes no han intentado el suicidio. 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.

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

El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos, que si bien nos ha permitido conocer el lado humano del fenómeno, al no estudiarlo en forma integral, nos ha alejado de la posibilidad de comprenderlo adecuadamente y, por lo tanto, lo ha condenado a la discriminación y al rechazo.

El suicidio es un problema grave de salud pública y no solamente una reacción emocional frente a una situación vital. Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

Los resultados de las investigaciones sobre la conducta suicida sugieren la necesidad de evaluar no solamente los diagnósticos del eje I (depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia) sino los patrones de la personalidad para identificar y valorar los rasgos de impulsividad y agresividad que están íntimamente ligados a la precipitación de comportamientos suicidas, comportamientos que se incrementan cuando coexisten con el abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.

Es necesario continuar las investigaciones de tipo multimodal de la impulsividad (autorreportes, estudios fisiológicos, pruebas en laboratorios comportamentales) para lograr identificar y valorar en forma integral y adecuada su asociación con el suicidio, para poder detectar en forma temprana los grupos en riesgo de suicidarse y mejorar las estrategias para tratarlos.

LECTURAS SELECCIONADAS

ALPHS L, ANAND R, ISLAM MZ, MELTZER HY, KANE JM, KRIBHANNAN R, *et al.*

The international suicide prevention trial (interSePT): rationale and design of a trial comparing the relative ability of clozapine and olanzapine to reduce suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective patients. *Schizophr Bull* 2004; 30 (3): 577-86.

ATMACA M, KULOGLU M, TEZCAN E, USTUNDAG B.

FERUM leptin and cholesterol levels in schizophrenic patients with and without suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (3): 208-14.

BACA-GARCÍA E, DÍAZ-SASTRE C, BASURTE E, PRIETO R, CEVERINO A, *et al.*

A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 560-4.

- BACA-GARCÍA E, PÉREZ-RODRÍGUEZ MM, DÍAZ SASTRE C, SAIZ-RUIZ J, DE LEÓN J.**
Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res* 2005; 75 (1): 77-81.
- 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.
- CHEN YW, DILSALVER SC.**
Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 896-9.
- CORRUBLE E, BENYAMINA A, BAYLE F, FALISSARD B, HARDY P.**
Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progr Neuro_Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27: 829-33.
- COURTET P, JOLLANT F, CASYTELNAU D, BURESI C, MALAFOSSE A.**
Implication of genes of serotonergic system on vulnerability to suicidal behavior. *J Psychiatry Neurosci* 2004; 29 (5): 350-9.
- DOUGHERTY DM, MATHIAS CW, MARSH DM, MOELLER FG, SWANN AC.**
Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug Alcohol Dep* 2004; 76S:S93-S105.
- DUMAIS A, LESAGE A, LALOVIC A, SEGUIN M, TURECKI G, et al.**
Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry* 2005; 162 (7): 1375-8.
- DUMAIS A, LESAGE A, LALOVIC A, SEGUIN M, TURECKI G, et al.**
Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (11): 2116-24.
- 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.
- FENNIG S, HORESH N, ALONI D, APTER A, WEIZMAN A.**
Life events and suicidality in adolescents with schizophrenia. *Eur Chile Adolesc Psychiatry* 2005; 14 (8): 454-60.
- FLORY JD, HARVEY PD, MITROPOULOU V, NEW A, MANUCK SB, et al.**
Dispositional impulsivity in normal and abnormal samples. *J Psychiatry Res* 2006; 40: 438-47.
- GUT-FAYAND A, DERVAUX A, OLIE JP, LOO H, POIRIER ME, KREBS MO.**
Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res* 2001; 102 (1): 65-72.
- HOYER EH, OLESEN AV, MORTENSEN PB.**
Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *J Affect Disord* 2004; 78: 209-17.

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.

MASER JD, AKISKAL HS, SCHESSLER P, SCHEFTNER W, ENDICOTT J, *et al.*

Can temperament identify affective ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-years prospective study. *Suicide Threat Behav* 2002; 32: 10-32.

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.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales. *Ginebra*, 2000.

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.

SWANN AC, DOUGHERTY DM, PAZZAGLIA PJ, PHAM M, MOELLER FG.

Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1680-7.

TSAI SY, KUO CJ, CHEN CC, LEE HC.

Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 469-76.

YEN S, SHEA T, SANISLOW M, *et al.*

Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (7): 1296-8.

ZOUK H, TOUSIGNANT M, SEGUIN M, LESAGE A, TURECKI G.

Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affec Disord* 2006; 92: 195-204.

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 PÁNKRATZ (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.

Jorge Forero Vargas, MD

Suicidio: muerte en vida.

El papel del psiquiatra

- Aspectos históricos
- Visión médica del suicidio
- Visión socioantropológica
- Visión neurobiológica
- Factores protectores y factores de riesgo
- La vivencia de la desesperanza
- Papel del psiquiatra en la predicción y prevención del suicidio
- Impacto del suicidio en el psiquiatra y grupo de salud mental
- Corolario

LA ALTA PREVALENCIA del suicidio en algunos países, la no disminución de las tasas a pesar del aumento en la prescripción de antidepresivos, la alta frecuencia observada en los jóvenes, nos hacen pensar que aunque se trata de un acto personal conlleva un significado social y posee características sociales específicas.

En el presente capítulo se revisan los factores que condicionan la voluntad de quienes deciden ponerle fin a la vida, la vivencia de desesperanza y se analiza el papel del psiquiatra en la prevención del suicidio, un acto que no siempre es voluntario y libre.

ASPECTOS HISTÓRICOS

A través de la historia el suicidio ha sido visto desde diferentes ópticas. Para los egipcios el suicidio no tuvo connotaciones morales, se trataba simplemente del paso de una forma de existencia a otra. En la cultura griega el tema fue controvertido, con amplias discusiones filosóficas y posturas diferentes de varios eminentes filósofos, como PLATÓN (427-347 a. de C.) que lo consideró como una ofensa a la sociedad o ARISTÓTELES (384-322 a. de C.) quien lo consideró como un acto de cobardía.

En Europa antigua, especialmente durante el Imperio Romano fue una práctica ampliamente aceptada, especialmente en las clases sociales altas y una manera de preservar el honor y SÉNECA lo ensalzaba como el acto último de una persona libre. En la comunidad cristiana, el episodio del suicidio de Judas es ampliamente condenado en las sagradas escrituras y para san AGUSTÍN era un pecado.

En 1670 la legislación francesa reglamentó el suicidio como un acto no aprobado y ordenó que el cuerpo del suicida fuera arrastrado por la calle y posteriormente desmembrado, antes de introducirlo en un tonel para arrojarlo al río, para que de esta forma se alejara para siempre.

El cada siglo y aún hoy en día, el suicidio sigue siendo tema de debate. En 1897 ÉMILE DURKHEIM postuló que el suicidio es un acto social y no moral al considerarlo como un fenómeno sociológico y no un puro acto individualista, resultado de la desadaptación social del individuo. El autor lo definió como “todo caso de muerte que resulte directa o indi-

rectamente de un acto, positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.

VISIÓN MÉDICA DEL SUICIDIO

El suicidio ha sido considerado por diferentes culturas como un acto de heroísmo, de sacrificio y defensa del honor. Algunos filósofos y escritores de los siglos XVII y XVIII reconocieron una conexión entre el suicidio y la melancolía y otras alteraciones mentales. ROBERT BURTON (1577-1640) en *Anatomy of melancholy* señaló que el suicidio puede representar la expresión de una severa depresión.

El acto de suicidio involucra aspectos de la personalidad, el estado de salud, las circunstancias de vida y la presencia de enfermedad psiquiátrica; por esta razón, ha intrigado a filósofos y clínicos y la explicación de esta compleja conducta humana ha interesado a la biología, la medicina, la psiquiatría, la psicología y la sociología entre otras disciplinas.

Hoy en día, se acepta que las diferentes aproximaciones contribuyen al entendimiento de los factores relacionados con la decisión suicida y que las diferentes disciplinas involucradas pueden ayudar a identificar los factores de riesgo y crear un mapa epidemiológico que permita evitar nuevos casos. Sin embargo, la atención se ha centrado en la psiquiatría como ciencia y en los psiquiatras como estudiosos de la conducta humana para dar respuesta a los interrogantes que el acto suicida genera, porque se le concibe como un acto psicopatológico.

Para los psiquiatras el suicidio es frecuente en los pacientes con enfermedad mental. Sin embargo, las diferentes aproximaciones y posturas que se han asumido universalmente, frente al suicidio nos obliga a preguntarnos si detrás de toda conducta suicida subyace una enfermedad mental.

Se calcula que más del 60% de quienes se suicidan padecen un trastorno mental y que han consultado al médico en los seis meses anteriores al fatal desenlace. Es reconocido como una complicación de las siguientes enfermedades psiquiátricas: trastorno bipolar, depresión mayor, esquizofrenia y trastorno límite de la personalidad.

BOSTWICK y PANKRATZ (2000) consideran que la depresión mayor y el trastorno bipolar están asociados con alrededor del 50% de todos los

suicidios, que el 25% de los suicidios son cometidos por abusadores de alcohol o de drogas psicodislépticas, conducta, comportamiento que es frecuente entre pacientes con trastornos del afecto. Los trastornos de ansiedad en comorbilidad con depresión y abuso de sustancias están implicados en el 15-20% de los suicidios. ROY (1989) considera que los trastornos psicóticos incluyendo esquizofrenia son responsables del 10-15% de los suicidios.

VISIÓN SOCIOANTROPOLÓGICA

La sociología ha identificado elementos de la estructura social que están relacionados con el suicidio como la familia, la cultura, la religión, la profesión, o la clase socioeconómica. Por ejemplo, siguen siendo bajas las tasas de suicidio entre casados que tienen la responsabilidad de criar hijos y, en contraste, se observan altas tasas en los viudos, especialmente entre los hombres.

La relación entre suicidio y desempleo muestra datos inconsistentes. El desempleo podría contribuir indirectamente por el impacto que esta situación puede conllevar al interior de la familia y por sus consecuencias, como privación económica, pérdida de estatus social, desesperanza, abuso de alcohol y violencia.

Las distintas religiones tienen posturas diferentes frente al suicidio pero se observa que el riesgo de suicidio es menor en personas practicantes de sus creencias religiosas.

El suicidio sigue siendo más frecuente en los extremos del espectro socioeconómico y se incrementa cuando se cambia de estatus; sin embargo, se observa un menor riesgo de suicidio en los individuos con los mayores niveles de educación o con los mínimos niveles de preparación académica.

Existen condiciones globales como, por ejemplo, la crisis financiera generalizada, la guerra o los desastres naturales, que siguen siendo estudiadas para evaluar su grado de influencia en el comportamiento suicida.

VISIÓN NEUROBIOLÓGICA

Los resultados de las investigaciones han puesto en evidencia la existencia de anomalías en el funcionamiento del sistema serotoninérgico cerebral en la patogénesis de la enfermedad depresiva y en el comportamiento suicida, como disminución de las concentraciones de la proteína transportadora de la serotonina o el aumento de la densidad de los receptores 5-HT_{2A} en el cerebro de pacientes con depresión y en víctimas del suicidio.

Actualmente, se consideran como genes candidatos asociados con la conducta suicida a los genes que codifican proteínas como triptofano hidroxilasa, el transportador de serotonina o los receptores 5-HT_{2A}. Estos resultados permiten suponer que factores genéticos pueden modular el riesgo de suicidio al influir sobre la actividad serotoninérgica.

En los estudios *post mortem* se ha observado disminución de las concentraciones de serotonina en los cerebros de los suicidas, especialmente a nivel de la corteza cerebral prefrontal, lo cual sugiere una disfunción que sería la responsable de la desinhibición y de la conducta impulsiva y agresiva. Los estudios clínicos también sugieren que la agresión es más común en los individuos con intentos previos de suicidio.

La serotonina es el neurotransmisor que modula las respuestas del individuo frente a los factores ambientales como el estrés, las pérdidas afectivas y está involucrado en la patogénesis de trastornos como el abuso de sustancias psicoactivas y la enfermedad depresiva, todos ellos factores asociados con el suicidio.

FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO

Es esencial reconocer que sólo podemos hablar de factores de riesgo y factores protectores porque aún no se han establecido las causas definitivas de suicidio. Sin embargo, estos factores no identifican con exactitud a quienes cometerán suicidio.

Existen factores predisponentes generales como la presencia de enfermedades médicas o mentales, de sentimientos de desesperanza, historia de intentos de suicidio previos y abuso de alcohol y de psicodislépticos.

pero también es necesario tener en cuenta otros factores como la edad, matrimonio temprano, embarazo no deseado, ausencia de apoyo de los padres, historia de abuso sexual, problemas escolares y pobre aceptación social.

Factores de riesgo

En general se acepta por consenso que los mayores factores de riesgo son:

- Ser hombre joven o anciano.
- Estar viudo, separado, divorciado y vivir solo.
- Estrés ocupacional o económico.
- Antecedentes personales de ludopatía o juego patológico.
- Fácil acceso a armas de fuego, toxinas letales y medicamento.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica especialmente enfermedad depresiva.
- Trastorno de personalidad límite, narcisista o antisocial.
- Impulsividad o historia de conductas violentas.
- Historia familiar de suicidio.
- Historia previa de intento de suicidio o conductas impulsivas de autolesión.
- Ambivalencia acerca de vivir o morir.
- Planes de suicidio y preparaciones para la muerte.

Los factores de riesgo pueden ser desencadenados por las situaciones precipitantes que anotamos anteriormente.

Una situación que nos debe alarmar es la inhabilidad, especialmente entre adolescentes para resolver problemas. Las pérdidas en general, impactan negativamente en el estado de ánimo y los adolescentes, debido al momento en el desarrollo de su ciclo vital, están expuestos a sufrir pérdidas afectivas, como la separación de los padres, ruptura de sus primeras relaciones de pareja o no alcanzar los objetivos académicos. Es necesario que padres de familia, comunidad académica, grupo de amigos y profesionales de la salud mental participen en las estrategias para eva-

luar el manejo de las pérdidas, reconocer las estructuras de personalidad y advertir la predisposición al suicidio en los adolescentes.

Factores protectores

Se consideran como factores protectores a:

- Red social de apoyo funcional.
- Matrimonio y presencia de hijos dependientes.
- Tener creencias y actividades religiosas.
- Ausencia de depresión y consumo de sustancias.
- Tener habilidad para resolver problemas.

También son considerados como factores de protección a la ausencia de enfermedad física grave o de enfermedad o mental o las leyes severas que restringen el porte de armas.

Aunque no se ha evaluado sistemáticamente, si se reconoce el papel primordial que cumple, como factor protector, la presencia de un núcleo familiar íntegro y funcional, en el cual a los hijos se les educa con amor, se les instruye con paciencia, se les enseña acerca del manejo de las frustraciones y se alientan en la adversidad.

No todos los suicidios están asociados con patología mental. En algunos casos se observan rasgos de comportamiento inadecuados o manejo infortunado de las crisis emocionales sin que ello configure un trastorno mental. Son múltiples las circunstancias que ponen a prueba nuestra flexibilidad y capacidad de adaptación: dificultades y cambios en las relaciones interpersonales, conflictos que son considerados como sin solución al interior de la familia o el trabajo, separaciones, pérdidas de diferente índole, enfermedades médicas, jubilación, disfunción sexual, desavenencia con la imagen corporal, sentimientos marcados de vergüenza o culpa que pueden, en algunos casos, desencadenar un comportamiento suicida.

LA VIVENCIA DE LA DESESPERANZA

Un factor de riesgo importante es la desesperanza. Es la necesidad de escapar de circunstancias dolorosas, unida a la percepción por parte del individuo de no encontrar salida a esta situación y considerar que única-

mente la muerte puede proporcionarle alivio. El sentirse incapaz de cambiar las circunstancias de la vida en medio de una sensación general de desesperanza, acompañado por sentimientos crecientes de soledad, desarraigo y falta de sentido de vida con frecuencia origina ideas y planes suicidas.

La siguiente cita pertenece a una paciente con depresión e ideas de suicidio:

“la desesperanza, el sentirse impotente ante la vida, de pronto es mejor huir que seguir el resto de la vida con temor, con angustia... El quitarse la vida puede resultar aparentemente más fácil que seguir con tantas preocupaciones que cada día son más y más: el trabajo, el estudio, la crianza de los hijos, no tener dinero para las necesidades básicas...”.

No deja duda que la idea de suicidio que acompaña a un paciente, conlleva un intenso sufrimiento. La desesperanza es un sentimiento de pérdida que impacta el estado de ánimo ante la percepción de no tener la posibilidad de alcanzar lo deseado. La desesperanza que sufre la persona con ideas de suicidio no le permite analizar objetivamente la situación ni formular alternativas diferentes al suicidio, para mejorar su condición agobiante.

La sensación de impotencia es el reconocimiento de la incapacidad y pérdida del poder y voluntad para ejecutar algo o producir un efecto y se constituye en una condición que agobia y constriñe al individuo. La desesperanza es fuente de desánimo acompañada de intenso agotamiento.

El suicidio puede concebirse como una solución, una forma posible de huir, de evitar el sufrimiento, terminar de una vez por todas con el temor que no desaparece y la angustia que acosa, aunque por ello se deba pagar el costo más alto que puede pagar un ser humano: su vida.

Con el suicidio se sacrifica la vida ante la visión de no poder encontrar una salida diferente a una situación que le es imposible manejar con una perspectiva distinta. El suicidio es el testimonio de la rendición del individuo ante la adversidad. Es una decisión aparentemente fácil para no continuar con la carga de la vida pero a su vez, es una decisión difícil de tomar que está precedida de la búsqueda de otras soluciones.

Quienes han sobrevivido a un intento de suicidio no dudan en afirmar que el suicidio no fue la primera alternativa contemplada para resolver los problemas, y que por el contrario, fue la última solución en aparecer, después de haber luchado por resistir... por luchar hasta el final... por sobrevivir...

La depresión que acompaña al paciente con ideación de suicidio le impide ver soluciones e incrementa la sensación de haber perdido la batalla y alimenta los sentimientos de fracaso. Las situaciones que son motivo de conflicto adquieren dimensiones desproporcionadas para el paciente que tiende a ver la situación en forma negativa y pesimista, magnificando la gravedad de los hechos. La visión que tiene del panorama está reducida y el juicio y el raciocinio comprometidos por su estado depresivo.

El paciente con ideas de suicidio asociadas a una enfermedad mental como depresión, en general, ha recorrido un largo camino de sufrimientos que le han impedido disfrutar de su existencia. Su vida marcada por los síntomas de la enfermedad se hace difícil de sobrellevar. La inseguridad para realizar sus actos, lo confina a escoger conductas de evitación para no exponerse ante una sociedad que percibe amenazante y en algunos casos, demandante de respuestas y resultados que no está en condiciones de cumplir. La vergüenza y culpa por no poder satisfacer las exigencias del entorno aparecen y el individuo se concentra en la incapacidad que tiene para responder con el papel que ha caracterizado en su vida. Experimenta sentimientos de abatimiento, de pérdida de energía vital lo que ayuda a propiciar la aparición de la idea de muerte como solución.

Aún en los individuos con profundas creencias religiosas es frecuente escuchar "si Dios se acordara de mí" lo que denota un profundo sentimiento de desprotección y una actitud de rendición frente a los primeros asomos de la muerte como solución. La pérdida progresiva de la credibilidad y la no mejoría de los síntomas, le facilitan mover la idea de muerte de las manos divinas a sus propias manos, e iniciar la búsqueda de un plan suicida.

El sentimiento de tristeza y desolación se hace más grande cuando la idea de suicidio se vuelve una posibilidad que obliga a la propia intervención para lograrlo y la muerte se ve como la única salida hacia el futuro.

El paciente comienza una etapa de desapego de sus sentimientos, experimenta la sensación de no recibir ni ser capaz de dar afecto. Las personas significativas que antes eran motivo de vida dejan de serlo y percibe que todos los de su entorno funcionan armónicamente y en concordancia con la vida mientras que él no logra mantenerse dentro del sistema que posibilita la vida. Pierde los lazos conectores con la vida, desaparece la motivación, siente que no le interesa nada, se suspenden sus deseos y deja de vivir en vida.

La sensación de vacío se apodera de él junto con incapacidad de sobreponerse, dos penosas condiciones que vienen de la mano con el sentimiento de que merece vivir, que acerca al paciente al suicidio y finalmente la decisión es consecuencia de su vivencia de desamor, de su desesperanza.

PAPEL DEL PSIQUIATRA EN LA PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Los pacientes con enfermedad mental tienen un alto riesgo de suicidio. Se estima que el 30-87% de los suicidios son cometidos por pacientes con trastornos depresivos, 19-50% por pacientes con trastornos depresivos en comorbilidad con abuso de sustancias y 13% entre individuos con esquizofrenia.

Aunque existen dificultades para identificar plenamente los factores de riesgo el psiquiatra debe emplear su juicio clínico y su experiencia y utilizar los instrumentos adecuados para predecir y tratar adecuadamente los comportamientos suicidas.

Hospitalización

En primer lugar, es necesario valorar si el paciente puede ser tratado en forma ambulatoria o debe ser hospitalizado. BECK y colaboradores (1999) proponen identificar y medir la intensidad de las ideas de suicidio en todo paciente depresivo ambulatorio para identificar los pacientes con mayor riesgo de suicidio, quienes deben ser hospitalizados. Sin embargo, los resultados de la predicción sigue siendo limitada y es necesario monitorear periódicamente la ideación de suicidio y desesperanza para reducir el riesgo a largo término.

También es cierto que los pacientes internados en un hospital psiquiátrico tienen alto riesgo de suicidio. POWEL y colaboradores (2000) recomiendan que al ingreso del paciente se elabore una historia clínica completa para evaluar los antecedentes familiares de suicidio, las ideas de suicidio, los gestos suicidas y los intentos previos, la razón de la hospitalización actual, los diagnósticos previos y finalmente formular un diagnóstico que oriente un plan de tratamiento.

Es imperioso hacer claras recomendaciones al personal médico y paramédico de la institución sobre el riesgo de suicidio del paciente durante la hospitalización y tomar todas las medidas preventivas para evitar que ocurra. Los factores de riesgo entre pacientes hospitalizados no son necesariamente los mismos de los pacientes ambulatorios y de la población general.

Manejo farmacológico

Si predecir es difícil lo es aún más la prevención. Entre 20-36% de quienes cometieron suicidio visitaron al médico general 4 semanas antes de hacerlo.

Es necesario indagar en cada entrevista por el riesgo de suicidio. La credibilidad y confianza que le generamos al paciente son importantes herramientas que contribuyen a crear una relación médico-paciente funcional capaz de apoyarlo e intentar disuadirlo de su idea suicida.

Un conocimiento adecuado y un manejo racional de los psicofármacos para aliviar los síntomas contribuyen a disminuir las ideas de suicidio. KUO considera que la medicación utilizada para el tratamiento de las enfermedades mentales resulta ser efectiva para disminuir la conducta suicida.

Estrategias psicoterapéuticas

Conjuntamente con el tratamiento farmacológico se debe implementar el apoyo psicoterapéutico que le permita al paciente analizar y revalorar las circunstancias y situaciones que lo han conducido por el camino del suicidio. En pacientes con historia de intentos de suicidio la terapia cognitiva puede disminuir el riesgo de un nuevo intento.

Es necesario que el paciente:

- Comprenda su estado de desolación e incapacidad para afrontar las situaciones difíciles y que descubra nuevas maneras de enfrentar la adversidad.
- Relativice en el tiempo los eventos desencadenantes de la conducta suicida.
- Identifique los factores precipitantes y redimensione su gravedad.
- Identifique y movilice sus recursos cognoscitivos para reconocer sus logros en otras circunstancias de vida y de esta manera incrementar la confianza en sí mismo y en sus posibilidades.

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales contribuyen a prevenir el riesgo de suicidio entre individuos que no padecen de una patología psiquiátrica pero que sin embargo, albergan ideas de suicidio. Para estos individuos las líneas telefónicas de soporte social han demostrado ser útiles. El endurecimiento de las leyes de tenencia de armas de fuego también contribuye a disminuir los índices de suicidio.

Es necesario desarrollar campañas de divulgación para llevar a la población general un mensaje adecuado: los pacientes se favorecen del tratamiento farmacológico y de técnicas psicoterapéuticas apropiadas que impliquen continuo contacto del paciente con el terapeuta. Si se emplea solamente uno de ellos reaparece el riesgo de suicidio.

Desafortunadamente en algunos casos las estrategias de prevención de suicidio, como lo señalan EAGLES y colaboradores (2003) son formulas sin tener en cuenta a los pacientes con enfermedades psiquiátricas y al ignorarlos les limitan la red de apoyo, y terminan comentando sus sentimientos entre sus amigos y familiares.

Es necesario disminuir el estigma que crea la asistencia a consulta para atención psiquiátrica para que los pacientes puedan encontrar la ayuda idónea que les permita prevenir un desenlace fatal.

Es necesario que tomemos conciencia que la ayuda psicoterapéutica debe ser brindada por un profesional idóneo. Muchas organizaciones, de buena voluntad, inclusive profesionales de salud mental sin el entrena-

miento necesario hacen intervenciones para prevenir el suicidio, teniendo en cuenta únicamente, la problemática psicosocial y corriendo el riesgo de no brindar una completa orientación. Es necesario analizar con detalle si las ideas de suicidio están enmarcadas dentro de una patología mental para que el paciente reciba oportuna ayuda de un profesional especialista con el conocimiento suficiente o un equipo de salud mental en el cual participe un psiquiatra.

IMPACTO DEL SUICIDIO EN EL PSIQUIATRA Y GRUPO DE SALUD MENTAL

Para los psiquiatras y el personal de salud mental el suicidio de un paciente tiene un impacto significativo en su vida profesional y personal. Como lo han puesto de manifiesto varias investigaciones como las de HENDIN y colaboradores (2004) y RUSKIN y colaboradores (2004) la tercera parte de terapeutas presentan síntomas de estrés severo después del suicidio de un paciente bajo su cuidado y para muchos psiquiatras y para el personal de salud mental el suicidio de uno de sus pacientes desencadenó sentimientos de culpa, frustración y rabia, que son más intensos en los psiquiatras más jóvenes y, en algunos casos han sido tan intensos, que los psiquiatras más veteranos adelantaron su decisión de retiro anticipado de la práctica profesional.

De acuerdo con las recomendaciones de ALEXANDER y colaboradores (2000) para mitigar la sensación de malestar es necesario buscar el apoyo de los colegas después del suicidio de un paciente.

COROLARIO

El suicidio es una conducta que ha sido abordada a lo largo de la historia de la humanidad por diferentes vertientes de pensamiento que han aportado con su conocimiento luces para poder entender las motivaciones que encierran esta conducta.

Hoy reconocemos unas bases neurobiológicas que están asociadas con la conducta suicida que no explican totalmente la razón del suicidio. Aunque no todos los suicidios tienen de base una enfermedad mental no hay dudas de que las más altas tasa de suicidio ocurren entre personas afectadas por una enfermedad psiquiátrica, lo que obliga a los es-

pecialistas de salud mental a hacer el mayor esfuerzo para reconocer los factores de riesgo y analizar con cuidado la presencia de otros factores predisponentes.

A lo largo de las investigaciones sobre el suicidio no se cuenta con cifras consistentes de predicción y prevención. Los factores de riesgo constituyen una aproximación que orienta y puede evitar consecuencias fatales.

Los pacientes aquejados por una enfermedad mental, elaboran sus planes de suicidio en medio de un gran sufrimiento personal. Para los pacientes que tienen depresión, el suicidio llega asociado más como una consecuencia del padecimiento de la enfermedad que como una decisión impulsiva.

La comunidad le ha confiado a los psiquiatras la atención de pacientes con factores de riesgo aumentados para suicidio, razón por la cual debemos afinar los instrumentos disponibles para evitarlo. Debemos cuidar con esmero a quienes poseen factores de riesgo y tener el conocimiento para manejar los psicofármacos que ayuden a disminuir el impacto de las enfermedades mentales, además, conocer una técnica psicoterapéutica comprobada para movilizar cognitivamente a nuestros pacientes a encontrar diferentes soluciones a los problemas que los agobian.

LECTURAS SELECCIONADAS

ALEXANDER DA, KLEIN S, GRAY N, DEWAR I, EAGLES JM.

Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000; 320:1571-4.

BECK AT, BROWN GK, STEER RA, *et al.*

Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1999; 29: 1-9.

BOSTWICK JM, PANKRATZ VS.

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

BURTON R.

Anatomy of Melancholy. Faulkner TC, Nicolas K, Kiessling NK, Blair RL, (eds.) Oxford, England: Clarendon Press; 1989.

EAGLES JM, CARSON DP, BEGG A, NAJI S.

Suicide prevention: a study of patients' views. *Br J Psychiatry* 2003; 182 (3): 261-5.

HENDIN H, HAAS AP, MALTSBERGER JT, SZANTO K, RABINOWICZ H.

Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *Am J Psychiatry* 2004;161:1442-6.

KUO I.

Psychopharmacology and suicide prevention. 16th Congress on European College of Neuropsychopharmacology.

MOSQUERA F.

El comportamiento suicida, en *Avances*, vol. 7. Yepes LE, Téllez J, Alarcón R. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Bogotá, 2006; 78-88.

POWELL J, GEDDES J, HAWTON K.

Suicide in psychiatric hospital in-patients Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry* 2000; 76: 266-72.

ROY A.

Suicide. In. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. vol. 2. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. 5th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1989; 1414-27.

RUSKIN R, SAKINOFSKY I, BAGBY M, DICKENS S, SOUSA G.

Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. *Academic Psychiatry* 2004; 28: 104-10.

TONDO L.

Prima del tempo. Capire e prevenire il suicidio. Rome. Carocci; 2000.

Rosaura Cortés Noriega.

El suicidio en estudiantes de enfermería

- **Introducción**
- **Prevalencia**
- **Prevalencia en estudiantes de enfermería**
- **Factores asociados o predictores de suicidio**
- **Factores relacionados con el rol profesional de enfermería**
- **Prevención y abordaje**

EL SUICIDIO en estudiantes universitarios no ha sido estudiado adecuadamente lo que ha dado paso a la aparición de algunos mitos como que el índice de suicidios es mayor en estudiantes de ciencias de la salud, que la cifra se incrementa en época de exámenes o que la exigencia académica de algunos centros y programas universitarios es la responsable de un mayor número de suicidios en la población estudiantil.

El análisis de la conducta suicida es necesario para evaluar el riesgo de suicidio en la población universitaria, identificar en forma precoz los síntomas y comportamientos de riesgo, diseñar programas de prevención y apoyo, y desmitificar algunas creencias.

Durante muchos años se mantuvo la creencia de que en la Universidad de Cambridge un alto número de estudiantes se suicidaba debido a la alta exigencia académica y que el mayor número de suicidios ocurría en el período de exámenes. El análisis realizado por COLLINS y PAYKEL (2000) de los suicidios ocurridos entre 1970-1996 mostró que la tasa observada en ese grupo (11.3x100.000) era menor a la de la población general y no encontraron asociación entre la época de exámenes y la realización del acto suicida.

Respecto a los estudiantes de ciencias de la salud, la actitud que asumen los estudiantes frente al suicidio puede variar si la concepción del suicidio se hace desde el modelo médico o si está basada en factores cognoscitivos e influenciada por los medios de comunicación. ETZERSDORGER y colaboradores (1998) al comparar las actitudes frente al suicidio de estudiantes de medicina en Madras (India) y en Viena (Austria) encontraron francas diferencias. Los estudiantes de la India consideraban el suicidio dentro del modelo médico como el resultado de una enfermedad mental o de la impulsividad y se mostraron renuentes a aceptar el derecho al suicidio y mucho menos a aceptar el suicidio asistido. Los estudiantes de Viena, por el contrario, se mostraron partidarios del derecho al suicidio y del suicidio asistido, porque consideraban el suicidio dentro de un modelo de "racionalidad", hacían énfasis en los factores cognoscitivos y minimizaban la influencia de la enfermedad mental. El grupo de estudiantes austriacos, además, había escuchado o

leído sobre la controversia sobre el suicidio asistido y el derecho a morir a través de los medios de comunicación. De otra parte, los estudiantes de Madras presentaron un menor grado de ideación suicida (16,8%) comparados con los austriacos (51,5%).

Para la conducta suicida se han identificado varios factores de riesgo como género femenino, baja autoestima, falta de control, bajo rendimiento académico, clima familiar negativo, abuso físico o sexual. Sin embargo, los análisis de regresión estadístico de varias investigaciones, han identificado a la depresión, a la impulsividad y al abuso de sustancias psicoactivas, como predictores del suicidio.

A pesar de los avances de la suicidología en la comprensión y prevención del suicidio, en muchos países no se cuenta con las políticas adecuadas, y en la mayoría de los países, no se tienen estudios en poblaciones en riesgo, como por ejemplo, estudiantes superdotados, en quienes según la creencia general son más frecuentes los comportamientos suicidas.

PREVALENCIA

El suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes con edad de 15-24 años, después de los accidentes y los homicidios; y a nivel mundial es una de las cinco causas de mortalidad entre los 15-19 años, con una incidencia anual de 10-20x100.000 habitantes en la población general.

De acuerdo con los datos suministrados por la Academia Americana de Suicidología, en Estados Unidos la tasa de suicidios en este grupo de edad se incrementó en un 200% en el período 1950-1970 y a partir de ese año se ha mantenido estable, e incluso, desde 1990 se observa un leve descenso. La tasa de suicidios en estudiantes de educación media es de 6.5x100.000, la mitad de la tasa de la población general en ese país.

Aunque no existen estadísticas oficiales sobre los intentos de suicidio se considera que la relación entre un suicidio consumado y los intentos de suicidio es de 1:25, cifra que se incrementa a 1:100 en las mujeres y en los jóvenes con edades de 15-24 años.

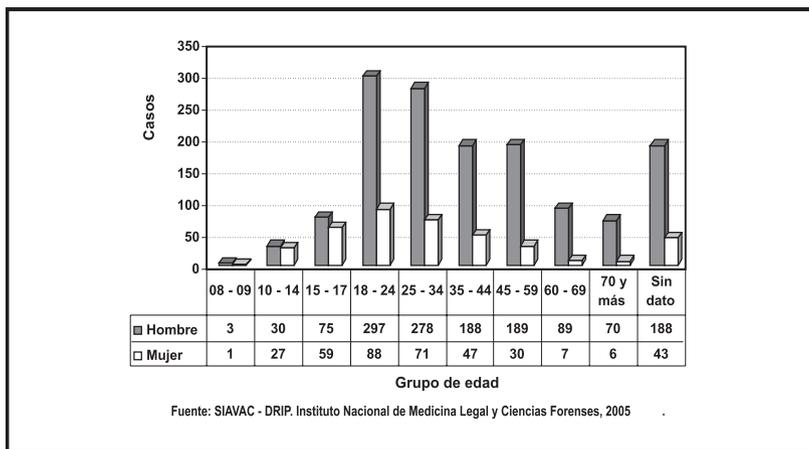
La encuesta de REY y colaboradores (1998) realizada en Suiza, país con uno de los índices más altos de suicidio de adolescentes en Europa, mostró que el 26% de los 9.368 encuestados reportaron pensamientos

suicidas, el 15% confesó planes suicidas y el 3% comunicó haber hecho intentos de suicidio; quienes intentaron el suicidio presentaron mayor compromiso en las áreas de comportamiento, salud, acontecimientos de la vida, relaciones sociales y salud mental.

SCHWEITZER y colaboradores (2000) encontraron en una muestra de 1.678 estudiantes universitarios en Australia, que el 62% presentaban algún grado de planeación suicida y el 6,6% había intentado suicidarse, pero menos de la mitad de los individuos de este grupo había solicitado ayuda en los servicios de salud mental.

En Colombia, el análisis de las autopsias que realizó el Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses, a suicidas, durante el año 2005, mostró que el mayor número de suicidios se presentó en el grupo de 18-24 años (21,6%), seguido por el grupo de 25-34 años (19,5%). Este hecho señala que la edad promedio de los hombres suicidas fue de 36.2 años y la de las mujeres de 28,3 años, cifras muy similares a las observadas en el análisis que hizo el mismo Instituto de Medicina Legal con las autopsias de 2004. (Figura 1).

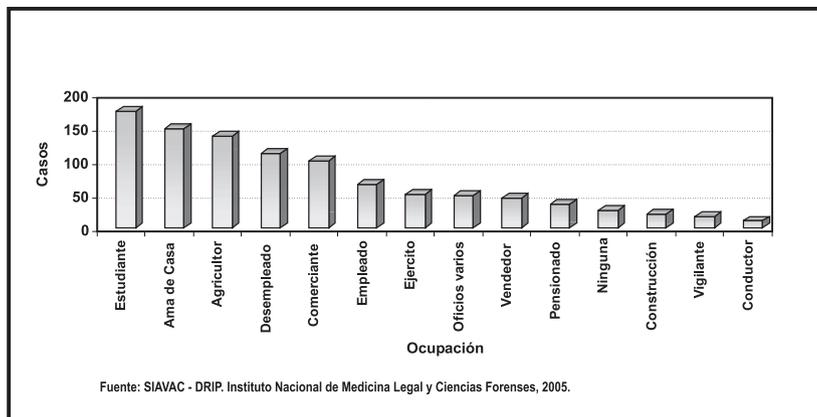
FIGURA 1
Suicidios en Colombia según edad y sexo. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



En el mismo estudio se encontró que el suicidio consumado fue más frecuente en estudiantes, seguido por las amas de casa y por los agricultores. (Figura 2).

FIGURA 2

Suicidios en Colombia según ocupación. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



PREVALENCIA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

En la revisión que se hizo de la literatura no se encontraron estudios específicos sobre la incidencia del suicidio en estudiantes de enfermería.

En Colombia, cuatro estudios realizados en 3 universidades: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Caldas y Universidad Nacional de Colombia, incluyeron estudiantes de enfermería como parte de las muestras de estudio, con los siguientes resultado.

En el estudio de CÁRDENAS y colaboradores (1996) realizado en la Pontificia Universidad Javeriana, se encuestaron 1.120 estudiantes de 31 carreras (57% mujeres y 43% hombres, la mayoría entre 17-21 años) siendo 20 de la Facultad de Enfermería (1,78%). De la muestra total, 113 estudiantes (11%) entre ellos 5 de enfermería (0,45%), habían realizado por lo menos un intento de suicidio. El porcentaje de enfermería ocupó el sexto lugar en prevalencia.

AMÉZQUITA y colaboradores (2000) en la Universidad de Caldas, utilizaron como muestra a 625 estudiantes de pregrado, de la población

matriculada en los dos primeros semestres en el año 2000, en la modalidad presencial, de ambos sexos, de diferentes edades, de todos los estratos socioeconómicos, de diferentes sitios de procedencia y de todos los programas excepto medicina. De los 625 estudiantes, 260 reportaron ideación suicida, y de ellos, 26 expresaron deseo de suicidarse, y 9 comunicaron que se suicidarían si tuvieran la oportunidad. Fue estadísticamente significativa la asociación de conducta suicida con los programas de: filosofía y letras, diseño visual, educación física, y biología y química; con el período académico (primer semestre), con pérdidas académicas, económicas y de salud; con la satisfacción con la carrera, con las dificultades con compañeros y con docentes, con las responsabilidades académicas y con el sitio de residencia (apartamento compartido con compañeros).

En el primer estudio de la Universidad Nacional, realizado por SÁNCHEZ y colaboradores (2002), de una muestra de 197 de los 1.985 estudiantes menores de edad admitidos hasta el primer semestre de 2000, (47% mujeres y 53% hombres), con una mediana de 17 años, de la población de 1.985, 7 de ellos (3,6%) eran de enfermería. Los resultados reportaron 9 estudiantes (5%) con ideación suicida actual y 26 (13,2%) la habían tenido durante más de una semana en el último año. De los 9, cinco realizaron intento de suicidio en el último año; seis vivían solos y tres aseguraron no tener una red de apoyo. Para la población total de estudiantes menores de edad de la universidad, se estimó un total de 258 estudiantes con ideación suicida en el último año (por lo menos un episodio de más de una semana con ideación suicida persistente) y entre 170 y 346 (13%) con ideación suicida actual.

En el segundo estudio de esta misma universidad, realizado por CALVO y colaboradores (2003), con una muestra de 110 estudiantes de las 11 facultades (incluye enfermería) matriculados en 2001, con una mediana de edad de 21 años, se encontró que el 5% tenía ideación suicida actual y el 20% la tuvieron por más de una semana en el último año. Ninguno realizó intento de suicidio en el último año. El estudio estimó para la población total de estudiantes de la universidad, 962 con ideación suicida actual (3,6%), más frecuente en mujeres sin ser significativa la diferencia, con mayor prevalencia en las facultades de Agronomía, Derecho,

y Ciencias; y 5.067 (18,9%) con ideación suicida en el último año, concentrada en las facultades de Ingeniería, Ciencias, Economía, y Ciencias Humanas. Este estudio concluyó que la frecuencia de ideación suicida fue menor que la reportada en la población general colombiana para este grupo de edad, siendo posible que la pertenencia activa a una institución académica se constituyera en factor protector de la conducta suicida.

FACTORES ASOCIADOS O PREDICTORES DE SUICIDIO

Género

SILVERMAN y colaboradores (1997) al analizar los 261 suicidios ocurridos en 12 universidades de Estados Unidos durante la década 1980-1990 encontraron que el 46% de los suicidas tenían entre 20-24 años y el 32% estaba recién graduado y calcularon la tasa de suicidio en 7.5×100.000 que corresponde a la mitad de la tasa nacional. Aunque se trata de una tasa de suicidio baja, los análisis revelaron que los estudiantes mayores de 25 años tienen un riesgo significativamente alto de suicidio y que las mujeres tienen un menor riesgo que los varones, pero al graduarse, el riesgo es similar (9.1×100.000 vs. 11.6×100.000).

En la encuesta realizada por STEPHENSON y colaboradores (2006) a una muestra de 630 estudiantes encontraron que la depresión y la desesperanza son predictores de ideación suicida; en tanto que un intento de suicidio previo, es indicador de un nuevo intento. Al discriminar por género, identificaron el abuso de alcohol y el abuso sexual como predictores en las mujeres; y el abuso físico en los hombres.

En el estudio de CÁRDENAS y colaboradores (1996) realizado en la Pontificia Universidad Javeriana, el 53% del grupo que había intentado suicidarse pertenecía al sexo femenino.

La revisión de literatura realizada por SUN (2005) confirma que en la población general, los hombres se suicidan más que las mujeres al usar métodos más violentos.

En estudio realizado por PAYCI y colaboradores (2005) con una muestra de estudiantes de 82 universidades de Estados Unidos, con edad entre 14-21 años, se encontró que el 50,5% reportó desesperación severa,

22,4% pensamientos suicidas, 14,1% planearon cometer suicidio, y 6,2% intentaron suicidarse, siendo en todos ellos significativamente mayor el porcentaje en mujeres que en hombres.

El estudio llevado a cabo por ULUSOY y NILÜFER (2005) identificó mediante análisis de regresión estadística, que el género femenino, el rendimiento académico, la presencia de ansiedad o depresión, y el abuso de cigarrillo, guardaron relación con la ideación suicida.

Abuso sexual y físico

Es bien conocido que los adolescentes que han sido víctimas de maltrato físico o abuso sexual presentan con frecuencia, conducta sexual riesgosa, abuso de sustancias, comportamientos agresivos e ideación suicida. Sin embargo, no existen datos concluyentes sobre la prevalencia de depresión y estrés postraumático, porque frecuentemente los adolescentes abusados y maltratados no comunican el hecho violento.

GUTIÉRREZ y colaboradores (2000) señalan que el abuso sexual origina en las estudiantes universitarias sentimientos de repulsión hacia la vida y disminuye los sentimientos de repulsión hacia la muerte, lo cual origina intensas y prevalentes ideas de suicidio, que requieren de atención psicoterapéutica por largos períodos.

El estudio de metaanálisis realizado por PAOLUCCI y colaboradores (2001) con 37 trabajos publicados señaló que el abuso sexual en la infancia origina en orden de importancia estadística: estrés postraumático, depresión, suicidio, promiscuidad sexual, repetición del ciclo víctima-victimario y bajo rendimiento académico; variables que no mostraron relación con género, estrato socioeconómico, tipo de abuso, edad al momento de ser abusado, relación con el abusador y número de episodios de abuso.

El estudio de SÁNCHEZ y colaboradores (2002), en la Universidad Nacional, reportó que de los estudiantes menores de edad con conducta suicida, uno informó maltrato físico en el momento de la entrevista y 16 (8%) maltrato físico persistente durante la infancia. Datos similares reportó el estudio de CALVO y colaboradores (2003), realizado en esa misma universidad: dos reportaron maltrato físico actual y 16 (15%) maltrato físico persistente durante la infancia.

Violencia intrafamiliar

Diferentes investigadores han observado relación entre el abuso sexual y el maltrato físico de los padres hacia sus hijos y el desarrollo de síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza y comportamiento suicida. En el estudio retrospectivo realizado por LANGHINRICBSEN y colaboradores (1998) en un grupo de estudiantes de bachillerato, en Nebraska, se encontró que la violencia intrafamiliar desencadena en los hijos abusados o maltratados: depresión, desesperanza e intentos de suicidio y que los síntomas depresivos fueron más frecuentes en los individuos maltratados por la madre.

Trastornos afectivos

En el estudio realizado en la Universidad Nacional (2002) a 33 estudiantes menores de edad de la muestra (17%) se les hizo diagnóstico psiquiátrico en el eje I, de acuerdo con el sistema DSM-IV, la mayoría del espectro depresivo. Dichos diagnósticos fueron: trastorno distímico, trastorno adaptativo, abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, trastorno depresivo mayor. En el estudio realizado en 2003 con una muestra de estudiantes matriculados en la universidad, siete estudiantes (6%) presentaron uno o más diagnósticos psiquiátricos de dicho eje I.

VINAS y colaboradores (2004) estudiaron la desesperanza en la población universitaria española, y su relación con la adaptación a la universidad, la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Los resultados mostraron que 13,9% de los estudiantes presentaba grado moderado o severo de desesperanza; los de mayores niveles, estaban insatisfechos con diferentes aspectos de la vida universitaria, participaban menos tiempo en actividades extracurriculares y dedicaban menos tiempo a la preparación de exámenes; encontrándose una clara relación entre desesperanza, depresión, e ideación suicida.

Antecedentes en el bachillerato

Diferentes estudios muestran que 26-29% de los estudiantes de bachillerato se encuentran en situación de riesgo para intentar un acto suicida por presentar baja autoestima, depresión y sentimientos de desesperan-

za. El trabajo de WILBURN y SMITH (2005) señala que los eventos vitales estresantes y una baja autoestima, se relacionan significativamente con la aparición de ideas de suicidio, aunque no se pudo comprobar si los bajos niveles de autoestima fueron producidos por los eventos vitales negativos o estaban presentes antes del evento estresante.

Es sabido que los sentimientos de pesimismo y desesperanza, así como algunos síntomas depresivos, persisten aunque el intento de suicidio haya sido realizado varios años antes. KNOT y RANGE (1998) al aplicar el Cuestionario para Comportamientos Suicidas (SBC) a 40 estudiantes de bachillerato que habían realizado intentos de suicidio, encontraron que más de la mitad de la muestra presentaba comportamientos moderadamente suicidas, a pesar de que el intento de suicidio había ocurrido, en promedio, tres años antes. Los estudiantes evaluados señalaron que la familia, los amigos y el personal del colegio fueron definitivos para su recuperación y sobrevivencia.

En el estudio realizado en la Pontificia Universidad Javeriana por CÁRDENAS y colaboradores (1996) de los 113 estudiantes que habían intentado suicidarse, el 59% lo había intentado durante la secundaria, el 4% durante la primaria, y el 23% durante sus estudios universitarios. El 7% había realizado intentos de suicidio en la secundaria y en la universidad, y el 3% en estas tres épocas de la vida académica.

Carga académica

El rendimiento académico es una variable que se relaciona con la aparición de ideación suicida.

La mayoría de los estudios se ha realizado con estudiantes de medicina. Uno de ellos, la encuesta realizada por DAHLIN y colaboradores (2005) a 342 estudiantes de la Facultad de Medicina del Instituto Karolinska, en Estocolmo, mostró que los estudiantes de primer año tenían sobrecarga académica constituyéndose en un estresor muy importante; los estudiantes de tercer año tenían preocupaciones acerca de su futuro en términos de competencia y capacidad de afrontamiento y rendimiento académico en el corto plazo; los estudiantes de sexto año presentaron índices mayores de ansiedad comparados con los dos grupos anteriores, y se quejaron de la falta de un clima organizacional adecuado. Comparados con los

varones, las mujeres presentaron mayores puntuaciones tanto en los estresores como en el Inventario para Depresión Mayor. La prevalencia de síntomas depresivos en la muestra fue de 12,9%, cifra significativamente mayor a la observada en la población general y el 2,7% de todos los estudiantes habían intentado el suicidio, aunque ninguno lo había hecho en el año anterior.

Relaciones interpersonales

El estudio de las tentativas de suicidio llevado a cabo por HAWTON y colaboradores (1995) analiza los 254 estudiantes que intentaron suicidarse (más mujeres que hombres) y requirieron atención hospitalaria, durante los años 1976-1990. Los estudiantes adujeron como causa para el intento de autoeliminación, en primer lugar, las dificultades interpersonales, especialmente con su novio o pareja; y en segundo lugar, los problemas académicos, referidos al rendimiento durante el semestre, ocasionalmente relacionado con los exámenes finales. El 30% de la muestra había realizado intentos previos y cerca del 25% tenía trastornos mentales, especialmente trastornos afectivos.

El estudio de la Pontificia Universidad Javeriana (1996) reportó que el 60% del grupo que había intentado suicidarse tenía cercanía afectiva con personas que habían intentado o se habían suicidado, en contraste con el 32% reportado por el grupo sin intento de suicidio.

En el estudio de la Universidad Nacional (2002), 10 de los estudiantes menores de edad refirieron antecedentes familiares de suicidio en familiares de segundo grado, 26 (13%) informaron antecedentes de familiares que habían intentado suicidarse, y 56 (28%) tenían información de una persona diferente de su familia que se había suicidado, principalmente amigos. La mayoría (79%) no pertenecía a grupos sociales. Datos similares reportó el estudio de 2003 con una muestra de estudiantes matriculados en la universidad: 10 estudiantes refirieron antecedentes familiares de suicidio, 20 refirieron antecedentes de familiares que han intentado suicidarse, 47 estudiantes (42%) tenían información de una persona diferente de su familia que se había suicidado, principalmente amigos; y la mayoría (73%) no pertenecían a ningún grupo.

Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas

En la última década se ha observado, a nivel mundial, un aumento de la prevalencia de intentos de suicidio en los adolescentes, que puede atribuirse al aumento en el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas. Este hecho fue comprobado en Noruega por ROSSOW y colaboradores (2005) al comparar los resultados de una encuesta aplicada en 1992, a 11.000 estudiantes con edades de 13-19 años, con los resultados obtenidos al aplicar la misma encuesta, en 2002, a 12.000 estudiantes con el mismo rango de edad.

BURGE y colaboradores (1995) al analizar los datos de la Young Risk Behavior Survey en 1990, encontraron una relación significativa entre el abuso de cocaína y la severidad de los intentos de suicidio, y una relación menor entre comportamiento suicida y abuso de alcohol y marihuana.

Autoimagen

La autoimagen y la autoestima están íntimamente ligadas con los resultados obtenidos en el afrontamiento de las situaciones estresantes y con la capacidad de tolerancia a la frustración. El afrontamiento del estrés es dimórfico y tanto hombres como mujeres presentan diferencias que están dadas por el grado de variación de algunas dimensiones de la personalidad como el neuroticismo en mujeres o la extroversión en los hombres.

EDWARDS y HOLDEN (2006) encontraron al evaluar las dimensiones (de desesperanza, sentido de coherencia, propósitos en la vida, capacidad de afrontamiento de las situaciones difíciles) y las variables (ideación suicida, intento previo de suicidio y autorreporte de la probabilidad de un nuevo intento suicida) que la interacción entre sentido de coherencia y afrontamiento emocional de las situaciones difíciles predice la aparición de ideas suicidas en los hombres; en tanto que en las mujeres, predice, las ideas e intentos de suicidio y la probabilidad de realizar un nuevo intento de suicidio. Este hecho podría explicar el mayor número de intentos de suicidio que se observa en el género femenino.

Las personas con tendencia al perfeccionismo toleran la frustración en menor grado y son proclives a presentar síntomas depresivos e ideación suicida. HAMILTON y SCHWEITZER (2000) observaron en una muestra de 405 estudiante universitarios en Australia, que la presencia de ideas de

suicidio se asocia con alto niveles de perfeccionismo medidos mediante la aplicación de la *Multidimensional Perfectionism Scale*, resultado que no mostró relación con edad ni con el género. Resultados similares habían sido observados por ADKINS y PARKER (1996) en estudiantes de educación media.

Eventos vitales

Los resultados del estudio de la Pontificia Universidad Javeriana (1996) llevó a los autores a agrupar las razones y motivos que los estudiantes consideraron como motivos del intento de suicidio en tres subgrupos: familia, mundo interno y problemas. En el subgrupo familia los estudiantes adujeron rechazo, incomprensión, estrés, apatía, individualismo, malas relaciones, falta de hogar, falta de principios y valores y presión. Relacionados con el tema mundo interno: razones que tenían que ver con el proyecto de vida, la tolerancia a la frustración, estrés, conflictos y presiones, autoconcepto y autoestima y sentido de la vida; y relacionados con el tema de problemas: problemas sin solución, problemas académicos y simultaneidad de problemas.

Impulsividad

En los últimos años diversos autores han hecho énfasis en la necesidad de evaluar la impulsividad porque constituye un factor íntimamente ligado al comportamiento suicida y cuando se asocia con depresión, abuso de sustancias o trastornos de personalidad, como el trastorno límite o *borderline*, se incrementa el riesgo de suicidio en forma significativa.

En la revisión realizada no se encontraron estudios de evaluación de la impulsividad en estudiantes universitarios. El estudio de BARRIOS y colaboradores (2000) al comparar el grupo de estudiantes universitarios que reportó haber tenido ideas suicidas, con el grupo que no presentó ideación suicida, mostró mayor frecuencia de comportamientos impulsivos o agresivos como: portar armas, ser pendencieros, nadar o manejar un bote después de consumir alcohol o no usar el cinturón de seguridad, en el primer grupo.

FACTORES RELACIONADOS CON EL ROL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Hay evidencias que demuestran que unos suicidios se pueden prevenir si los pacientes son asesorados del riesgo del suicidio y si las enfermeras suministran un cuidado afectivo centrado en las técnicas de comunicación terapéutica.

APPLEBY y colaboradores (1999) citada por SUN y colaboradores (2005) examinaron 10.040 suicidios ocurridos entre abril de 1996 y marzo de 1998 en Inglaterra y Gales, encontrando que el 24% (2.370 personas) habían estado en contacto con servicios de salud mental en el año anterior de su muerte y que el 24% de esas muertes había ocurrido durante los 3 meses siguientes al ser dados de alta, ocurriendo el mayor número de casos durante la primera semana. Igualmente, el equipo de salud consideró que el suicidio se hubiera podido prevenir en un 22% de los casos y recomienda desarrollar en los servicios, aspectos relacionados con la prevención del suicidio, con medidas para mejorar el acatamiento de la medicación y prevenir la pérdida de contacto con el servicio.

Esta misma autora cita a MIDENCE y colaboradores (1996) quien reporta que el 45% de la enfermeras, consideraron que el suicidio podía ser prevenido, si todos los pacientes fueran asesorados sobre el riesgo del suicidio, para lo cual resultaba indispensable: elaborar una historia psicosocial completa del paciente, valorar su estado mental, indagar pensamientos e intentos de suicidio hablando directamente del tema, conocer sus necesidades, garantizar un ambiente seguro restringiendo el acceso a equipos y materiales peligrosos, reconocer las señales de alerta, que clasificaron en 4 grupos: situaciones suicidiogénicas (pérdidas: afectivas, laborales, económicas; de autoestima, salud, rol); síntomas depresivos; señales de comportamiento (cambios en el comportamiento, escritos sobre suicidio o muerte); alertas verbales (declaraciones sobre vivir o morir, tomar riesgos peligrosos) y establecer con el paciente el “contrato de no suicidio”.

SUN y colaboradores (2005) citan desde otros estudios realizados, la importancia que tiene para el paciente suicida, una relación enfermera-paciente consistente, con la consecuente estabilidad y continuidad del cuidado, que permita acompañarlo, guiarlo, asesorarlo en sus necesida-

des y aspiraciones. De igual manera, la importancia de la observación como práctica para proteger al paciente (sin abusar de ella porque origina deshumanización del cuidado); y de dos aspectos básicos para suministrar el cuidado: compromiso y esperanza inspirada; soportado todo ello en la importancia de la comunicación terapéutica, como medio para crear empatía con el paciente que permita la expresión de sentimientos, necesidades, traumas y experiencias estresantes; para escucharlo, entender su mundo, percibir, interpretar y comunicar comprensión de sus sentimientos; y para proveer las mejores intervenciones terapéuticas posibles.

Para tal fin, es importante apoyar desde el proceso formativo de las enfermeras, el desarrollo de la habilidad comunicativa terapéutica, y desmitificar desde la evidencia científica, criterios equivocados aceptados culturalmente, acerca del paciente y de la conducta suicida, que dificultan su abordaje.

PÉREZ (2005) identificó los siguientes mitos acerca del suicidio que es preciso desvelar: “el que se quiere matar no lo dice”, “el que lo dice no lo hace”, “los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde”, “si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren”, “quien se repone de una crisis suicida no corre peligro de recaer”, “todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida”, “todo el que se suicida está deprimido”, “el que se suicida es un enfermo mental”, “el suicidio se hereda”, “el suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso”, “hablar de suicidio con una persona en este riesgo la puede incitar a que lo realice”, “acercarse a una persona en crisis suicida, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde tiempo para su abordaje adecuado”, “sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio”, “los que intentan suicidarse y los que se suicidan son personas peligrosas, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás”, “el tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona”, “una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer”, “el suicida desea morir”, “el que intenta el suicidio es un cobarde o es un valiente”, “sólo los pobres o sólo los ricos se suicidan”, “sólo los viejos se suicidan”, “los niños no se suicidan”, “si se reta a un suicida éste no lo intenta”, “cuando una

depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio”, “los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio”.

DA SILVA (2005) en su trabajo de tesis identificó varios de estos mitos en una muestra de 35 estudiantes de diferentes carreras de la Pontificia Universidad Javeriana.

Otro aspecto fundamental en la formación de profesionales de enfermería para el abordaje de esta problemática de salud pública, es la identificación de barreras personales para el manejo del riesgo de suicidio. Esta necesidad fue explorada por VALENTE y SAUNDERS (2004) en el estudio realizado con 1.200 enfermeras, de diferentes países, miembros de la Asociación de Enfermería Oncológica que fueron conscientes de la evidencia observada en la práctica, del rol central de la enfermera en la detección, evaluación, intervención y manejo del riesgo suicida, pero también de las pocas investigaciones que exploran las barreras que ellas tienen para asumir este rol. Para el estudio utilizaron tres instrumentos: el cuestionario de opinión sobre el suicidio (SOQ), la medición de actitudes hacia el suicidio (SUIATT) y una situación de un paciente suicida. Como barreras para el manejo del paciente suicida se identificaron: deficiencias en habilidades, conocimientos y enseñanza con el paciente; defensa de una causa, la religión y otros valores personales, la falta de empatía, experiencias personales, y la responsabilidad profesional. Como estrategias para disminuir estas barreras plantearon: educación para la prevención del suicidio, consulta especializada, clarificación de valores, análisis ético y resolución de conflictos; y soporte psicosocial.

PREVENCIÓN Y ABORDAJE

Existe el mito social que considera que preguntar por las ideas suicidas puede disparar un intento de suicidio. GOULD y colaboradores (2005) evaluaron la aparición de ideas suicidas en un grupo de estudiantes universitarios a quienes aplicaron una encuesta que indagaba sobre la presencia de ideas de suicidio, comparado con un grupo control al cual no se aplicó la encuesta, y no encontraron diferencias significativas en cuanto a la aparición de ideas de suicidio, ni observaron aumento del riesgo en los estudiantes del primer grupo que habían sido identificados como gru-

po en riesgo por presentar síntomas depresivos, abuso de sustancias psicoactivas e intentos previos de suicidio. Por el contrario, la literatura recomienda, considerar este aspecto para evaluar el riesgo de suicidio.

ESCALAS PARA EVALUAR EL RIESGO SUICIDA

En las últimas décadas, se han desarrollado para uso clínico y de investigación, numerosas escalas para evaluar y predecir el suicidio. Son muy utilizadas: la Escala para Evaluar el Riesgo de Suicidio (SARS), la Escala del Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles (LASPC), la Escala de Intención de Suicidio (SIS) la Escala de Predicción de Muerte por Suicidio (SDPS), el Índice de Suicidio Potencial (IPS), el Estimador para el Riesgo de Suicidio (RES) y la Escala de Riesgo de Suicidio (SRS), algunas de ellas convalidadas en español.

Para identificar y medir los factores protectores se emplea el Inventario de razones para vivir (Reasons for living, RFL), que se incluye en un apéndice de este libro.

Implementación de programas

SCHWARTZ (2006) analizó el suicidio en varias instituciones educativas americanas durante el período 1920-2004, agrupándolo en cuatro eras: 1920-1960, 1960-1980, 1980-1990, 1990-2004, encontrando una disminución progresiva de las tasas de suicidio: 13.4; 8; 7.5; y 6.5, siendo cercana a la mitad de la tasa de la población general de Estados Unidos comparados por edad y género. La disminución se atribuye a la reducción del número de suicidios en hombres, a la prohibición del uso de armas en los colegios, y al desarrollo de modelos y programas basados en necesidades poblacionales y en grupos de riesgo.

El programa *Signos de Suicidio (SOS)* ha mostrado ser eficaz al reducir la cifra de intentos de suicidio en los estudiantes universitarios en Estados Unidos, de acuerdo con la evaluación de ASELTINE y DEMARTINO (2004).

Con base en los buenos resultados obtenidos en la Universidad de Makerere donde se hizo seguimiento durante tres años a 619 estudiantes que aceptaron contestar un cuestionario autoadministrado, es necesario tener en cuenta, al diseñar un programa de seguimiento, las siguientes

recomendaciones: todos los estudiantes deben ser admitidos en el servicio al momento de ingresar a la universidad; el asesoramiento debe ser atractivo para los estudiantes; los estudiantes pueden participar en los servicios de asesoramiento, especialmente en las emergencias; debe existir un sistema rápido y eficiente para remitir a los estudiantes que requieren cuidado psiquiátrico; debe existir una línea telefónica directa que puede ser manejada por los estudiantes, y por último, es necesario evaluar los resultados y desarrollar nuevas investigaciones para mejorar la calidad del servicio de asesoría para los estudiantes.

Como parte de la iniciativa mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2001) para la prevención del suicidio (*SUPRE*) se ha elaborado una serie de documentos dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales.

Como parte de estos planteamientos podrían identificarse las siguientes etapas para el manejo de estudiantes con riesgo suicida en las instituciones educativas:

1. Identificación de la aflicción: identificación de cambios repentinos o dramáticos en su desempeño o comportamiento personal (falta de interés, descenso en calificaciones, inasistencia, incidentes, consumo de alcohol o drogas, fumar excesivamente).
2. Evaluación del riesgo suicida, considerando su carácter multidimensional: factores culturales y sociodemográficos, patrones familiares y eventos negativos durante la niñez, estilo cognoscitivo y de personalidad, trastornos psiquiátricos (depresión, comportamiento antisocial, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios; los más frecuentes en la población adolescente con intento de suicidio), ideación suicida, intentos previos de suicidio, acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparador del comportamiento suicida.
3. Manejo, orientado al apoyo del estudiante en crisis, que incluye la intervención, la remisión y el seguimiento; centrado en dar esperanza, estimular la independencia y ayudarlo a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

El “contrato de no suicidio” se considera una técnica útil en la prevención del suicidio, dado que en la mayoría de los casos el paciente respeta la promesa que hizo a su terapeuta, siempre y cuando tenga control sobre sus actos.

Si se considera la conducta suicida como un problema de salud frecuente en la población adolescente, las instituciones educativas harían un gran aporte al instaurar programas de prevención, orientados al fortalecimiento de la salud mental de la comunidad educativa, a la educación sobre el tema con especial énfasis en la identificación del riesgo suicida, al fortalecimiento de la autoestima, a la expresión de emociones, a la prevención de la intimidación y de la violencia; al ofrecimiento de líneas de apoyo y de servicios de atención; basados en experiencias exitosas.

En tal sentido, sería importante considerar en dichos programas, las siguientes recomendaciones de los suicidólogos, planteadas por PÉREZ S. (2005):

- Informar sobre los signos de alarma de una crisis suicida (llanto incontrolable, tendencia al aislamiento, amenazas suicidas, deseos de morir, desesperanza; cambios súbitos de conducta, afecto o hábitos; aislamiento, consumo excesivo de alcohol o drogas, notas de despedida) y sobre los grupos de riesgo suicida (personas deprimidas, con ideas o amenazas de suicidio, con intentos previos de suicidio, en situaciones de crisis, sobrevivientes, familiares y amigos del suicida);
- Informar los sitios y apoyos a los que se puede acudir en caso de una crisis suicida (instituciones, organizaciones, personas a las que se puede recurrir para recibir una primera ayuda psicológica);
- Divulgar medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar una persona con riesgo suicida (preguntarle si ha pensado en el suicidio y si es así evitar el acceso a cualquier método, no dejarlo solo mientras persistan las ideas suicidas, avisar a otras personas significativas como grupo de apoyo y acercarlos a atención especializada).

Particularmente desde la enfermería, GOETZ (1998) plantea que los estudiantes de enfermería tienen mayor riesgo de suicidio que los estudiantes de otras carreras, porque además de la carga académica que implica un programa teórico con prácticas clínicas intensivas, en su mayoría son mujeres, que con frecuencia asumen otros roles (cuidadoras, esposas, madres, cabezas de hogar) que las hace más susceptibles a situaciones de crisis, manifestaciones de síntomas depresivos y conducta suicida. Por tanto, considera que es responsabilidad de las enfermeras profesoras, quienes tienen la preparación y comparten períodos de tiempo importantes con los estudiantes, la detección e intervención de estudiantes en riesgo suicida, para lo cual propone un programa que denomina S.A.V.E. en razón a sus cuatro componentes:

S: *Suicidal behaviors*, consistente en la identificación de estudiantes con riesgo potencial de suicidio, reconociendo indicadores, dentro de los cuales la depresión es el más frecuente predictor y otras conductas como: amenaza verbal de suicidio, informe a otras personas de sus conductas depresivas o suicidas, cambios abruptos de personalidad, disminución en el desempeño académico, leer o escribir sobre suicidio, realizar arreglos finales sobre sus posesiones u otros deseos, recuperación inesperada de la depresión, frases como “no puedo más con esto”, aislamiento, cambios de conducta.

A: *Assessment Interview*, evaluación del riesgo, siendo las metas a lograr: ayudar al estudiante a sentirse valioso, a expresar sus pensamientos y sentimientos; valorar el peligro que representa para sí mismo y para otros, realizar la valoración mental; y de acuerdo a la evaluación, proveer de ser el caso, la remisión adecuada. Para alcanzar estas metas se recomienda: transmitir la sensación de confianza y el deseo de ayuda, realizar la valoración en un lugar confortable y asegurar su disponibilidad de tiempo; escuchar no juzgar, ser comprensivo, ser genuino en sus expresiones; observar; permitir que el estudiante se alivie de sus sentimientos preguntando según necesidad, por la intención de hacerse daño.

V: *Value student*, la intervención no puede dirigirse solamente a valorar la vida del estudiante, sino a evaluar la calidad de su vida.

E: *Evaluation-referral*, la evaluación debe determinar el plan a seguir: seguimiento o remisión a valoración psiquiátrica, garantizando la seguridad del estudiante: no dejarlo solo, asegurar apoyos (contactar otras personas, servicios de la universidad, servicio de urgencias). Aunque lo remita mantenga canales de comunicación para mostrarle apoyo continuo e interés en su proceso de recuperación.

La enfermera es recurso fundamental para apoyar programas institucionales de prevención del suicidio, que deben incluir servicios de salud mental; por su capacidad de observación y comunicación, de identificación, valoración y evaluación. Pero no sólo el paciente suicida requiere la atención de enfermería, también la requieren la familia, los amigos y la comunidad que se afecta con una acción suicida; al desencadenar sentimientos de confusión, dolor e incertidumbre.

LECTURAS SELECCIONADAS

ADKINS K, PARKER W.

Perfectionism and suicidal preoccupation. *J Personality* 1996; 64 (2): 529-43.

AMÉZQUITA ME, GONZÁLEZ RE, ZULUAGA D.

Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, 2000.

BARRIOS LC, EVERETT SA, SIMON TR, BRENER ND.

Suicide planeation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health*. 2000; 48 (5): 229-33.

BURGE V, FELTS M, CHENIER T, PARRILLO AV.

Drug use, sexual activity, and suicidal behavior in U.S. high school students. *J Sch Health* 1995; 65 (6): 222-7.

CALVO JM, SÁNCHEZ R, TEJADA P.

Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev. Salud Pública* 2003; 5 (2): 123-43.

CÁRDENAS I, CHINGAL JC, FRANCO MC, MARTÍNEZ M, RAMOS V, ROLÓN I, SÁNCHEZ JM.

¿Suicidio, una alternativa de muerte, suicidio, una alternativa de vida? Pontificia Universidad Javeriana 1996.

COLLINS IP, PAYKEL ES.

Suicide amongst Cambridge University students 1970-1996. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology* 2000; 35 (3): 128-35.

DAHLIN M, JONEBORG N, RENESON B.

Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education* 2005; 39 (6): 594-604.

DA SILVA V.

El suicidio como opción: ¿qué piensa el joven universitario? Tesis, Pontificia Universidad Javeriana, 2005.

EDWARDS M. HOLDEN R.

Coping, meaning in life and suicidal manifestations: examining gender differences. *J Clin Psychology* 2003; 59 (10): 1133-50.

ETZERSDORFER E, VIJAYAKUMAR L, SCHÖNY W, SONNECK G.

Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madrás (India) and Vienna (Austria). *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology* 1998; 33 (3): 104-7.

GOETZ C.S.

Are you prepared to S.A.V.E. your nursing student from suicide? *J Nursing Education* 1998; 37 (2): 92-5.

GOULD M, MARROCCO K, KLEINMAN M, THOMAS JG, MOSTKOFF K, et al.

Evaluating iatrogenic risk in youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293 (13): 1635-43.

GREEN B, KUPNICK J, STOCKTON P, GOODMAN L, CORCORAN C, et al.

Effects of adolescent trauma exposure on risk behavior in college women. *Psychiatry Interpersonal Biol Proc* 2005; 68 (4): 363-78.

GUTIÉRREZ P, THAKAR R, KUCZEN C.

Exploration of the relationship between physical and/or sexual abuse, attitudes about life and death, and suicidal ideation in young women. *Death Studies* 2000; 24 (8): 675-88.

HAMILTON T, SCWEITZER R.

The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Aus New Zeal J Psychiatry* 2000; 34 (5): 829-35.

HAWTON K, HAIGH R, SIMKIN S, FAGG J.

Attempted suicide in Oxford University students, 1976-1990. *Psychol Med* 1995; 25 (1): 179-88.

KNOT EC, RANGE LM.

Content analysis of previously suicidal college student's experiences *Death Studies* 1998; 22 (2): 171-80.

LANGHINRICBSEN-ROHLING J, MONSON C, MEYER K, CASTER J, SANDERS A.

The associations among family-in-origin violence and young adults' current depressed, hopeless, suicidal and life-threatening behavior. *J Fam Violence* 1998; 13 (3): 243-61.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

SUPRE. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra, 2001.

PAOLUCCI E, GENIUS ML, VIOLATO C.

A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001; 135 (1): 17-36.

-
- PAYCI SO, ERGIN A, SAATCI E, BOZDEMIR N, AKPINAR E, ERGUN G.
Suicidal thought and behavior in high school students in Adana, Turkey.
Coll Antropol 2005; 29 (2): 527-31.
- PÉREZ S.
Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Rev Col Psiquiatr* 2005; XXXIV (3): 387-94.
- REY G, NARRING F, FERRON C, MICHAUD PA.
Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 98 (1): 28-33.
- ROSSOW I, GROHOLT B, WISHSTROM L.
Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. *Addiction* 2005; 100 (1): 79-88.
- SÁNCHEZ R, CÁCERES H, GÓMEZ D.
Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002; 22: 407-16.
- SCHWARTZ AJ.
Four eras of study of college student suicide in the United States: 1920-2004. *J Am Coll Health* 2006; 54 (6): 353-66.
- SCHWEITZER R, KLAYICH M, MCLEAN J.
Suicidal planeation and behaviours among university students in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29 (3): 473-9.
- SILVERMAN MM, MEYER PM, SLOANE F, RAFFEL M, PRATT DM.
The Big Ten Student Suicide Study: a 10-year study of suicides on midwestern university campuses. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27 (3): 285-303.
- STEPHENSON H, PENA-SHAFF J, QUIRK P.
Predictors of College student suicidal ideation: gender differences. *College Students J* 2006; 40: 109-117.
- SUN F.K, LONG A, BOORE J, TSAO L.
Suicide: a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *J Psychiatric Mental Health Nursing* 2005; 12: 447-55.
- ULUSOY M, NILÜFER O.
Suicidal ideation in turkish adolescents. *Soc Behav Personality* 2005; 33 (6): 541-52.
- VINAS P, VILLAR E, CAPARROS B, JUAN J, CORNELLA M, PÉREZ I.
Feeling of hopelessness in a spanish university population – descriptive analysis and its relationship to adapting to university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004; 39 (4): 326-34.
- WILBURN V, SMITH D.
Stress, self-esteem and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence* 2005; 40 (157): 33-45.

Iris Luna Montaña, MD

Los mártires de la perfección: Suicidio y psicopatología asociada a la imagen corporal

- Psicopatología ligada a la imagen corporal
- Trastornos de la conducta alimentaria y suicidio
- Trastorno dismórfico corporal y suicidio
- Corolario

“¡La belleza es cosa terrible y espantosa! Es terrible debido a que jamás podremos comprenderla, ya que Dios sólo interrogantes nos plantea. En el seno de la belleza, las dos riberas se juntan y todas las contradicciones coinciden”.

DOSTOIEVSKI (*Los hermanos Karamazov*)

EL SUICIDIO se ha constituido en un fenómeno de gran impacto sobre la población general y el personal que trabaja en las áreas de salud pública y mental.

Se calcula que cada 40 segundos se autoelimina un individuo, razón por la cual el suicidio se constituye en la primera causa de muerte a nivel mundial, con una tasa de mortalidad calculada por la OMS de 14.5x100.000 habitantes al año. Colombia presenta una de las tasas más bajas de Latinoamérica, cercana al 4x100.000, tasa que se ha mantenido estable en los últimos cinco años, de acuerdo con los estudios del Instituto de Medicina Legal de Bogotá.

El estudio y prevención del suicidio debe ser abordado por los profesionales de salud en forma multidimensional, porque se trata de un fenómeno clínico y social que es el resultado de la interacción compleja de varios factores causales, entre los que se incluyen enfermedades mentales, pobreza, abuso de sustancias psicoactivas, aislamiento social, pérdidas afectivas y económicas, dificultades de relaciones y problemas laborales.

Los factores relacionados con el comportamiento suicida se agrupan en factores biológicos (alteración en la biodisponibilidad de la serotonina cerebral, excesiva actividad del sistema noradrenérgico, hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal o disminución del colesterol acompañado de niveles altos de cortisol sérico), genéticos, psicológicos (baja autoestima, pobre autoimagen, pobre autoconcepto, ideas de culpa, ideas de vergüenza, autorreproche, desesperanza, narcisismo, ambivalencia, aislamiento social, impulsividad), factores sociodemográficos (pérdidas afectivas, secuestro, abuso sexual, desempleo, desplazamiento, emigración) y presencia de enfermedad mental (trastornos

afectivos, consumo de sustancias psicoactivas, esquizofrenia y trastornos de personalidad).

Sin lugar a dudas los trastornos afectivos, el abuso de alcohol y de sustancias, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad son y seguirán siendo un foco de atención primordial en quienes estudian el fenómeno del suicidio. No obstante es importante tener en mente, como lo sugieren CASH y PRUZINSKY (2002) otras patologías psiquiátricas que tienen como común denominador la presencia de una imagen corporal distorsionada que puede ocasionar un gran sufrimiento al paciente e incrementar el riesgo suicida.

Dentro de este grupo de trastornos haré énfasis en los llamados trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia nervosa) y el trastorno dismórfico corporal, trastornos que son frecuentes en los jóvenes y con frecuencia se asocian con otras patologías mentales o con situaciones de estrés psicosocial que incrementan la impulsividad y el riesgo suicida.

PSICOPATOLOGÍA LIGADA A LA IMAGEN CORPORAL

Un número cada vez mayor de individuos se mueve alrededor del concepto de la belleza durante la mayor parte de su existencia y la calidad de vida de varios de ellos puede verse seriamente afectada, tanto en su carácter subjetivo (sentimiento personal o capacidad de comparación), como en el carácter multidimensional de su personalidad (cognoscitivo, afectivo, cultural y social) al enfrentar sin éxito los avatares relacionados con su “imagen corporal”.

A pesar de los avances de las neurociencias en la identificación de las alteraciones neurobiológicas subyacentes en los trastornos mentales asociados a distorsiones de la imagen corporal es preciso aceptar que los modelos socioculturales del mundo actual tienen gran relevancia en la propagación y mantenimiento de estas patologías.

Para algunos especialistas como YARYURA-TOBIAS y colaboradores (2003) y POPE (2000) la anorexia, la bulimia, la vigorexia, el trastorno dismórfico corporal y los trastornos de la alimentación inespecíficos son entidades íntimamente relacionadas, y tienen en común una obsesión

por la aceptación social, el culto al cuerpo, y el deseo de tener una «imagen perfecta» de acuerdo con los cánones dictados por la moda.

Estos individuos son más proclives a experimentar sentimientos de fracaso o rechazo caracterizados por baja autoestima, pobre autoimagen, pobre autoconcepto, ideas de culpa, ideas de vergüenza, autorreproche, desesperanza, narcisismo, ambivalencia, aislamiento social, comportamientos impulsivos o agresivos, ansiedad, disforia, ambivalencia, rigidez mental y pensamientos dicotómicos. Además, en ellos se observa una mayor frecuencia de abuso de alcohol y sustancias psicoactivas y de trastornos de la personalidad del grupo B, como personalidad histriónica o limítrofe (*borderline*).

POMPILI y colaboradores (2005) en un estudio de metaanálisis observaron que el comportamiento suicida es mayor en los individuos con trastorno *borderline* de la personalidad comparados con la población general.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SUICIDIO

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están íntimamente ligados al género femenino y configuran cuadros sindromáticos graves que pueden conducir a la muerte por su creciente frecuencia, y como lo afirma BEHAR (2005) por su comorbilidad que complica significativamente su desenlace y por su innegable repercusión social.

La anorexia nerviosa es, junto con la bulimia, el trastorno de la alimentación más frecuente y conocido debido a su incremento en los últimos años propiciado por la «cultura de la delgadez» que se ha instalado en las sociedades desarrolladas actuales.

Cuando definimos la anorexia nerviosa en términos estrictos, su prevalencia en mujeres adolescentes y jóvenes se sitúa alrededor del 0.5-1% pero si se utilizan criterios más laxos se alcanzan tasas de 3,7%. En cuanto a la bulimia nervosa, la prevalencia en la población femenina y juvenil se sitúa alrededor del 1% cuando se usan criterios diagnósticos estrictos. Estudios de prevalencia durante un año, han ofrecido tasas del 170/100000 en asistencia primaria y de 87/100000 en la población general.

La anorexia nerviosa es considerada como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso (“autoinanición”), inducida o mantenida por el propio paciente, en tanto que la bulimia está definida por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el autocontrol del peso. En ambas entidades la insatisfacción corporal y la distorsión perceptiva del tamaño corporal (alteraciones de la imagen corporal) son consideradas como los pilares para el diagnóstico y seguimiento de las pacientes y como lo afirman TORO y CASTRO (2005) existe una fijación obsesiva por mantener el peso en los límites que se fija el paciente.

Las investigaciones clínicas han identificado a la alteración de la imagen corporal como un criterio necesario para el diagnóstico de los TCA, pero desafortunadamente se ha dado demasiada importancia a este criterio y se han dejado de lado otros elementos diagnósticos. Es cierto que quienes padecen los TCA, exhiben una preocupación constante por el peso y la figura corporal, pero también es cierto, como lo señala BRUCH (1962) que la anorexia nerviosa posee tres características: un sentimiento paralizante de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal.

En la bulimia nerviosa se presentan episodios alimentarios desenfrenados, o comilonas que van seguidas de vómito autoinducido, consumo excesivo de laxantes u otras tentativas de purga (eliminación) de lo ingerido.

El pronóstico de la anorexia nerviosa es reservado. Al cabo de 10 años desde el inicio del trastorno, alrededor de la mitad de los pacientes continúan presentando trastornos de la conducta alimentaria: aproximadamente un 10% persiste con la anorexia, un 10% presenta un cuadro subclínico o no especificado y en otro 10% el cuadro puede haber evolucionado y se puede haber convertido en bulimia nerviosa. El pronóstico, como lo señalan PLA y TORO (1999), es mejor para los casos de anorexia iniciados en la adolescencia que para los iniciados en etapas posteriores.

En la anorexia nerviosa, el paciente sólo ingiere mínimas cantidades de alimentos, de modo que su peso corporal se reduce a veces con grandes

riesgos para la salud, razón por la cual la mortalidad se sitúa alrededor de un 10%, índice que de acuerdo con autores como AGRAS (2001) y SULLIVAN (2002) es el más elevado entre los trastornos psiquiátricos, con altas tasas de suicidio y muertes por causas médicas asociadas.

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.

En la bulimia el pronóstico varía en el tiempo y en el mediano y largo plazo (10 años) suele ser más optimista que la evolución de la anorexia porque alrededor del 70% de las pacientes no presentan TCA, un 20% aún presenta síntomas suficientes para diagnosticar un TCA no especificado y un 10% presentan criterios de bulimia nervosa. De acuerdo con SULLIVAN (2002) la tasa de mortalidad es de 0,5-1%.

El estudio de seguimiento a 100 pacientes bulímicas realizado por BEHAR (2005) mostró que un tercio de las pacientes había realizado al menos un intento serio de autoeliminación alguna vez en su vida. El trabajo reciente 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 limítrofe de la personalidad.

Los TCA particularmente la bulimia nervosa y el trastorno por atracción (*binge eating disorder*) se asocian de manera importante con el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, comorbilidad que aumenta la impulsividad y el riesgo suicida.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y SUICIDIO

Esta alteración grave de la imagen corporal, anteriormente denominada como dismorfofobia u obsesión con vergüenza corporal, hoy en día se considera como una entidad nosológica independiente desde 1987 (DSM-III-R).

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es definido como la preocupación por un defecto físico imaginado o la focalización exagerada en una ligera anomalía física.

Para hacer el diagnóstico el paciente debe presentar al menos tres características:

- Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico o excesiva preocupación por anomalías físicas leves reales.
- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales como se observa en la anorexia nerviosa.

No existe consenso sobre la prevalencia del trastorno dismórfico corporal en la población general. Diversos estudios realizados en muestras poblacionales utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV obtienen datos de prevalencia bastante dispares. El estudio de OTTO y colaboradores (2001) llevado a cabo en una amplia muestra de mujeres, con edades entre los 36 y los 45 años, estimó la prevalencia en 0,7%, en tanto que el trabajo de BOHNE y colaboradores (2002) en una muestra estudiantes universitarios alemanes encontró una prevalencia del 5%.

Se estima que la prevalencia del TDC en la población psiquiátrica está alrededor del 3% y la prevalencia en la vida es del 5%.

No parece haber diferencias en cuanto a la distribución por sexo de la enfermedad.

Con frecuencia el TDC es subdiagnosticado. Los estudios en pacientes dermatológicos y en pacientes que solicitan cirugía cosmética muestran alta prevalencia de este trastorno, como lo demuestra el trabajo de SARWER y colaboradores (2005) quienes encontraron tasas del 6,6% o las investigaciones de ALTAMIRA y colaboradores (2001) que observaron cifras del 18,4% para las formas subclínicas el TDC.

El trastorno presenta comorbilidad con los trastornos de ansiedad social, que como lo señala el trabajo de COLES y colaboradores (2006) es del 39% y con el trastorno obsesivo compulsivo, que de acuerdo con las investigaciones de FRARE y colaboradores (2004) es del 15%.

Vale la pena resaltar el estudio de prevalencia del TDC en los trastornos de la conducta alimentaria llevado a cabo por GRANT y colaboradores (2002) quienes encontraron que un 39% de las pacientes anoréxicas estudiadas presentaban un TDC.

Existen algunos reportes de caso que subrayan la ideación suicida, el intento de suicidio y los suicidios consumados que pueden ocurrir en los pacientes que padecen TDC. Los estudios retrospectivos transversales realizados por PERUGI y colaboradores (1997) y PHILIPS y colaboradores (1994) encontraron que el 45 y 70% de los pacientes, respectivamente, reportó una historia de ideación suicida atribuida al TDC. VEALE y colaboradores (1996) reportan una incidencia de intentos de suicidio del 22% en pacientes con TDC, en tanto que PHILIPS y DÍAZ (1997) comunican una cifra de 24%.

PHILLIPS y MENARD (2006) investigaron el riesgo suicida mediante un estudio prospectivo del curso del TDC en 185 individuos durante cuatro años y encontraron ideación suicida en el 57,8% de la muestra por año, 2,6% intentaron suicidarse por año y dos personas se suicidaron por año (0,3%).

Los individuos con TDC tienen varios factores de riesgo del suicidio. Generalmente son personas solas o divorciadas, con autoestima pobre, altos niveles de ansiedad, depresión y hostilidad, pésimas redes de apoyo social, elevada comorbilidad y frecuentes hospitalizaciones por enfermedad mental.

COROLARIO

El comportamiento suicida es frecuente en los pacientes que presentan trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno dismórfico corporal originados por la interacción de los factores etiológicos de la enfermedad, los trastornos afectivos asociados y la gran intensidad de los factores socioculturales que los desencadenan.

En la evaluación y tratamiento de estos trastornos es imperioso identificar el riesgo de intentos de suicidio para prevenirlo y manejarlo en forma oportuna y mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta extrema tiranía de la perfección.

LECTURAS SELECCIONADAS

AGRAS WS.

The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24 (2): 371-9.

ALTAMIRA C, PALVELLO MM, MURIDO E.

Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2001; 251: 105-8.

BACA GARCÍA E, AGUILAR EJ.

Suicidio, en *Tratado de psiquiatría*, volumen II, Ars Médica (Editorial), Barcelona, 2005; 1445-55.

BEHAR R.

Trastornos de la conducta alimentaria, en *Psicopatología de la mujer*, 2ª ed. Correa E. Jadresic E (eds.). Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile, 2005.

BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A, DE LEO D, WASSERMAN D.

Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*. 2005; 26 (4): 192-3.

BOHNE A, WILHEMS, KEVTHEN NJ.

Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatr Res* 2002; 109: 101-4.

BRUCH H.

Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962; 24: 187-94.

CASH F T, PRUZINSKY T.

Body image. A handbook of theory, Research, and Clinical Practice. The Guilford Press (Ed.). New York; 2002.

CAYKOYLU A, CAPOGLU I, OZTURK I.

The possible factors affecting suicide attempts in the different phases of the menstrual cycle. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58 (5): 460-4.

CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE LA VIOLENCIA.

Subdirección de Servicios Forenses: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Lesiones de causa externa: Colombia, 1998.

COLES ME, PHILLIPS KA, MENARD W, PAGANO ME, FAY C, WEISBERG RB, et al.

Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*. 2006; 23 (1): 26-33.

FRARE F, PERUGI G, RUFFOLO G, TONI C.

Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* 2004;19 (5): 292-8.

FU Q, HEATH AC, BUCHHOLZ KK, NELSON EC, GLOWINSKI AL, *et al.*

A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med* 2002;32: 11-24.

GONZÁLEZ JO, PERDOMO M. Y HERNÁNDEZ W.

Epidemiología del suicidio. *Boletín del Centro Nacional de Referencia sobre Violencia*, vol. 3, No. 7, julio 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.

Informe estadístico. Bogotá; 1994.

LATZER Y, HOCHDORF Z.

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

LUNA I.

Belleza, mujer y psicopatología, en *Psicopatología de la mujer*, 2ª ed. Correa E. Jadresic E (eds.). Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile, 2005.

MICHAELIS BH, GOLDBERG JF, DAVIS GP, SINGER TM, GARNO JL, *et al.*

Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: A preliminary study. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 172-6.

MOSQUERA F.

El comportamiento suicida, en *Avances*, volumen 7, Yepes LE, Téllez-Vargas J, Alarcón R (ed.), Bogotá, 2006, 78-83.

OSVATH P, KELEMEN G, ERDOS MB, VOROS V, FEKETE S.

The main factors of repetition: Review of some results the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis* 2003; 24 (4): 151-4.

OTTO MW, WILHEM S, COHEN LS, HARLOW BL.

Prevalence of Body dysmorphic disorder in a community sample of woman. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2061-3.

PANDEY GN, DWIVEDI Y, REN X, RIZAVI HS, FALUDI G, *et al.*

Regional distribution and relative abundance of serotonin(2c) receptors in human brain: effect of suicide. *Neurochem Res* 2006; 31 (2): 167-76. Epub 2006 Mar 29.

PERUGI G, GIANNOTTI D, FRARE F, DI VAIO S, VALORI E, MAGGI L, CASSANO GB, AKISKAL HS.

Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *Int J Clin Pract* 1997; 1: 77-82.

PHILLIPS KA, MCELROY SL, KECK PE JR, HUDSON JI, POPE HG JR.

A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30: 179-86.

PHILLIPS K.

Somatoform and factitious disorders, en Oldham J, Riba M (eds.) Review of Psychiatry Series. Washington DC: American Psychiatric Press, 2001.

PHILLIPS KA, MENARD W.

Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (7): 1280-2.

PHILLIPS KA, STOUT RL.

Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia. *J Psychiatr Res* 2006; 40 (4): 360-9.

PLA C, TORO J.

Anorexia nervosa in a spanish adolescent sample. An 8 years longitudinal Study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 441-6.

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

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

SARWER DB, WADDEN TA, PERSTCHUCK MJ.

Body image dissatisfaction and Body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstruct Surg* 1998; 101: 1644-9.

SUBLETTE ME, HIBBELN JR, GALFALVY H, OQUENDO MA, MANN JJ.

Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (6): 1100-2.

SULLIVAN PK.

Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn C G, Brownell KD (eds.). Eating disorders and obesity. A Comprehensive hand book, 2a. ed. Nueva York: Guilford, 2002; 226-30.

TORO TRALLERO J, CASTRO FORNIELES J.

Trastornos del comportamiento Alimentario, en *Tratado de psiquiatría*, vol. II, Ars Médica (Editorial), Barcelona, 2005.

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.

VAN HEERINGEN K.

The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (5): 289-91.

VEALE D, BOOCOCK A, GOURNAY K, DRYDEN W, SHAH F, WILLSON R, WALBURN J.

Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 196-201.

YARYURA-TÓBIAS JA, NEZIROGLU F, PÉREZ RIVERA R.

Obsesiones corporales. Editorial Polemos. Buenos Aires, 2003.

Humberto Molinello B, MD

Suicidio en niños y adolescentes

- La conducta suicida
- Factores predisponentes y protectores
- Factores relacionados con la enfermedad mental
- Conductas de riesgo
- Prevención del intento de suicidio
- Manejo del intento de suicidio

LA MUERTE de niños o adolescentes por suicidio produce un gran impacto en la población general e infortunadamente se ha incrementado en los últimos años. En Estados Unidos constituye la sexta causa de muerte en el grupo de 5-14 años y la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15-24 años.

De acuerdo con las investigaciones de GÓMEZ y colaboradores (2002) en Colombia el grupo de mayor riesgo lo representan los jóvenes con edades entre los 15-34 años. GONZÁLEZ (2005) al analizar las necropsias realizadas por el Instituto de Medicina Legal encontró una tasa de 4.8×100.000 en el grupo de 15-17 años de edad, cifra mayor a la observada para todo el país en ese año (3.9×100.000).

En el estudio del comportamiento suicida es necesario tener en cuenta la existencia de ideas y planes suicidas y evaluar los gestos suicidas o conductas parasuicidas, los intentos de suicidio (conducta suicida no mortal) y los suicidios consumados (conducta suicida mortal) y relacionarlos con los factores individuales, desencadenantes y protectores para instaurar un tratamiento adecuado que permita prevenir el acto suicida o limitar sus consecuencias físicas y emocionales, tanto a nivel individual, como familiar o social.

LA CONDUCTA SUICIDA

En primer lugar, es importante tener en cuenta el concepto de inmadurez cognoscitiva para entender las características de la conducta suicida en el paciente prepúber.

De acuerdo con PIAGET e INHELDER (1969) en el niño predomina el pensamiento operacional concreto razón por la cual realiza soluciones de forma dicotómica, que le impiden crear soluciones múltiples frente a las situaciones que experimenta como problemáticas y no puede reconocer los elementos de causalidad.

Cuando el prepúber decide realizar actos autodestructivos es incapaz de reconocer el grado de letalidad del acto que va a realizar y sólo puede comprender el concepto de finalidad en forma temporal. El concepto de

suicidio, entendido como el acto de intentar matarse a sí mismo, lo adquiere el niño alrededor de los 10 años de edad.

El prepúber con vulnerabilidad para realizar conductas suicidas experimenta sentimientos de rechazo hacia la vida, la cual experimenta como una sensación de sufrimiento psicológico y físico. Esta experiencia le permite percibir a la muerte como atractiva y le desencadena actitudes de rechazo, por lo cual atentar contra su vida no es percibido como un problema.

La inmadurez del prepúber le impide evaluar adecuadamente las situaciones críticas y buscar ayuda oportuna, apoyarse en su familia, en sus compañeros y en su entorno escolar.

Los niños proclives a realizar conductas suicidas han sido descritos como impulsivos, incapaces de tolerar la frustración y planear el futuro y presentan dificultad para evaluar las situaciones en forma realista y para tomar decisiones acertadas. Ante las situaciones de estrés utilizan, en forma masiva, mecanismos de defensa como introyección, desplazamiento, proyección y regresión.

Estos comportamientos poco exitosos intensifican los sentimientos de frustración, el afecto disfórico y la conducta impulsiva colocándolos en alto riesgo de presentar pensamientos y actos suicidas.

Según PFEFFER (1997) el comportamiento suicida debe ser valorado dentro de la perspectiva del desarrollo ontogenético. El prepúber es más dependiente de sus padres, en tanto que el adolescente se torna más independiente en la medida que va adquiriendo mayores habilidades cognoscitivas con su pensamiento formal, que le permiten afrontar en forma más exitosa las situaciones estresantes.

Es bien sabido que la autoestima actúa como un elemento protector en los prepúberes y adolescentes cuando deben afrontar situaciones difíciles. El fracaso en la solución de los problemas produce sentimientos de desesperanza que afectan su autoestima y competitividad social e intensifican los sentimientos de vergüenza y culpa, que pueden actuar como detonantes del comportamiento suicida.

Los niños y adolescentes con alta vulnerabilidad para la conducta suicida, experimentan tensión interna con mezcla de emociones (depre-

sión y ansiedad), se hallan confundidos, dudosos, con muchas incertidumbres hacia el futuro, y presas de miedos y temores.

Los eventos vitales como el divorcio de sus padres, la presencia de nuevos miembros en su familia como un padrastro, el cambio a una nueva comunidad pueden empeorar su tensión interna e incrementar las dudas y hacerles pensar que el suicidio es la solución a su sobrecarga emocional.

FACTORES PREDISPONENTES Y PROTECTORES

En términos generales las niñas realizan más intentos de suicidio que los varones (4:1). Las niñas que realizan intentos de suicidio durante su etapa prepuberal poseen un mayor riesgo de realizar nuevos intentos durante su adolescencia.

GREENHILL y WASLICK (1997) señalan que el 1,9-9,0% de los estudiantes de bachillerato han intentado suicidarse. La presencia de ideas de suicidio asociadas a un plan suicida aumenta el riesgo de un suicidio consumado.

En Estados Unidos la muerte por arma de fuego generalmente ocurre en áreas rurales donde al parecer hay mayor disponibilidad de ellas; en el área urbana es común el salto desde alturas y el ahorcamiento. Igual comportamiento se ha observado en los adolescentes colombianos, de acuerdo con el trabajo de GONZÁLEZ (2005).

GREENHILL y WASLICK (1997) en un estudio de varones suicidas con edades de 18-19 años encontraron antecedentes de abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas en los dos tercios de los varones estudiados, antecedentes de un intento previo de suicidio en un tercio de la muestra pero que sólo la mitad de los integrantes de este subgrupo había buscado ayuda especializada.

Los estudios de PFEFFER (1997), GREENHILL y WASLICK (1997), MOSCICKI (1999) y EOSVATH y colaboradores (2003) han descrito los siguientes factores relacionados con la conducta suicida en prepúberes y adolescentes:

Factores predisponentes:

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Presencia de trastornos del afecto (depresión, distimia).
- Historia personal de abuso de sustancias.
- Experiencias de abuso sexual.
- Violencia intrafamiliar.
- Presencia de trastornos de la conducta.
- Conducta impulsiva.
- Conducta agresiva en niñas y conducta dependiente en niños (grupo de 5 -10 años).

Factores precipitantes:

- Fallas académicas.
- Eventos vitales recientes como la muerte de un familiar cercano o la muerte de un amigo.
- Ruptura amorosa.
- Embarazo no deseado.
- Disminución de la autoestima.
- Sensación de vacío afectivo.
- Conductas de imitación de casos en la comunidad o de personajes públicos que se han suicidado.
- Sensación de desesperanza hacia el futuro.

Factores protectores:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) considera que los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son:

- Patrones familiares: buena relación con los miembros de la familia, apoyo de la familia.
- Estilo cognoscitivo y personalidad: buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, en su propia situación y logros obtenidos.

- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar; búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes, receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, receptividad hacia conocimientos nuevos.
- Factores culturales y sociodemográficos: integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades; buenas relaciones con sus compañeros; buenas relaciones con sus profesores y otros adultos; apoyo de personas relevantes.

FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD MENTAL

De acuerdo con los anteriores autores y el trabajo de SHAFFER y CRAFT (1999) se calcula que el 90% de los niños y adolescentes que realizan conductas suicidas padecen un trastorno mental.

Los trastornos psiquiátricos que predisponen a la conducta suicida son:

- Los trastornos del afecto (depresión mayor, distimia o trastornos del ajuste con ánimo depresivo). Entre las niñas la presencia de un trastorno depresivo incrementa hasta 12 veces el riesgo de un suicidio consumado.
- El abuso de alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva incrementa el riesgo 2 veces.
- Los trastornos de ansiedad.
- Los trastornos de conducta que incrementan 2 veces la conducta suicida.
- La esquizofrenia, que a pesar de ser poco frecuente en pacientes prepúberes su asociación con conductas suicidas es alta, especialmente en adolescentes. En pacientes con esquizofrenia crónica la conducta suicida se explica por los episodios depresivos comórbidos, que producen una alta letalidad y el acto suicida generalmente tiene características de gran violencia.

CONDUCTAS DE RIESGO

De acuerdo con las guías elaboradas por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP-2004) es imperioso identificar los siguientes comportamientos como conductas relacionadas con un alto riesgo de suicidio:

- Cambio en los hábitos de la alimentación y el sueño.
- Aislamiento de los amigos, la familia y de sus actividades regulares.
- Rebeldía, comportamientos agresivos o violentos o escapar de la casa.
- Uso de alcohol o drogas psicoactivas.
- Descuido en su apariencia personal.
- Cambios marcados en su personalidad.
- Persistente sensación de aburrimiento, dificultades en la concentración o disminución en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos, a menudo relacionados con las emociones, como cefaleas, dolores estomacales, sensación de fatiga, etc.
- Pérdida del interés en las actividades placenteras.
- Intolerancia frente a comentarios negativos sobre su conducta.
- Sensación de ser una mala persona o sentirse “sucio” interiormente.
- Emisión frecuente de frases negativas como: *“No quiero ser un problema por mucho más tiempo, nada importa, no deseo verlos por más tiempo”*.
- Poner en orden sus pertenencias “como si se estuviera despidiendo”: regala sus cosas favoritas, limpia su cuarto, se deshace de sus objetos o juguetes preferidos.
- Cambios súbitos en su estado de ánimo: se torna alegre después de un período de depresión.
- Síntomas psicóticos: en este grupo etéreo son más frecuentes las alucinaciones auditivas que las ideas delirantes.

PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA

Cualquier amenaza verbal o intento de suicidio siempre debe ser tomada en serio e indagar sobre la intensidad del riesgo suicida. Preguntar en forma directa al prepúber o al adolescente no incrementa el riesgo y sí disminuye la ansiedad en el paciente.

Los estudios revelan que más del 20% de los pacientes que han intentado suicidarse han consultado previamente a su médico en los meses anteriores al suceso.

Como la depresión es el trastorno psiquiátrico que se asocia con mayor frecuencia a la conducta suicida es preciso sospecharla y reconocerla en forma precoz para tratarla en forma integral y adecuada y disminuir el riesgo de suicidio.

Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio.

El mejor enfoque de las actividades de prevención del suicidio en el colegio, lo constituye un trabajo de equipo que incluya maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales quienes laboren en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias.

Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes y en algunos de ellos se constituyen en situaciones traumáticas que no son superadas que originan un grado variable de vulnerabilidad para presentar trastornos afectivos o de la personalidad.

La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo provienen de familias con más de un problema y, es bien conocido, que los riesgos son acumulativos. Dado que los niños y adolescentes son leales a sus padres y algunas veces no desean revelar los secretos familiares o se les ha prohibido hacerlo, con frecuencia se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia.

De acuerdo con la OMS (2000) los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son:

- Psicopatología de los padres con presencia de trastornos psiquiátricos especialmente del tipo afectivo.
- Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas o comportamiento antisocial en los padres y familiares.
- Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.
- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño).
- Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia.
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes.
- Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores.
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.
- Rigidez familiar.

MANEJO DEL INTENTO DE SUICIDIO

El objetivo primordial es salvar la vida del niño o adolescente y limitar al máximo la intensidad de las secuelas físicas y psicológicas.

Una vez superada la emergencia médica es necesario elaborar un plan de intervención terapéutica que debe involucrar al paciente y a su familia, que incluya estrategias para tranquilizar al paciente y su familia,

identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, diagnóstico de la psicopatología psiquiátrica subyacente, evaluación de la estructura y dinámica familiar e implementación de estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas.

Intervenciones psicoterapéuticas

Se recomienda emplear las terapias con enfoque cognitivo-comportamental para entrenar al paciente en la adquisición de habilidades sociales, manejo de la ansiedad, negociación estratégica con la familia con el fin de buscar experiencias y respuestas que le permitan hacer introspección, reducir los síntomas agudos y disminuir la probabilidad de repetir la conducta suicida.

Si se considera necesario los padres o la familia deben asistir a una terapia grupal.

Manejo farmacológico

La prescripción de psicofármacos depende de la edad del paciente, de su estado físico y de la patología subyacente clasificada en los ejes I y II del DSM-IV.

Como la depresión es la patología subyacente más comúnmente asociada a la conducta suicida en prepúberes y adolescentes los fármacos antidepresivos pueden estar indicados.

Es necesario recordar que en los últimos años se ha desatado una controversia sobre la prescripción de antidepresivos en niños y adolescentes y el riesgo de que los fármacos desencadenen comportamientos suicidas. Diferentes agrupaciones científicas y varios organismos de control, como la FDA de Estados Unidos, han realizado diversos estudios sobre este tema.

La FDA después de analizar el riesgo de suicidio en varios antidepresivos mediante un análisis combinado de corto plazo (aproximadamente 4 meses), con ensayos controlados con placebo, comunicó a la opinión pública el 13 de septiembre de 2004 que el riesgo de *suicidabilidad*, entendido como el riesgo de tener pensamientos y conductas suicidas, es alto durante los primeros meses del tratamiento con

antidepresivos en niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos psiquiátricos.

El promedio de riesgo es del 4% el doble del observado en los pacientes que recibieron placebo. Es preciso aclarar que en la muestra de 4.400 individuos no se presentaron suicidios consumados durante el ensayo clínico.

Con base en estos resultados FDA recomienda tener en cuenta las siguientes advertencias al prescribir antidepresivos en niños o adolescentes:

- Tener siempre en mente que los antidepresivos incrementan el riesgo de pensamientos y conductas suicidas en los pacientes con trastornos afectivos u otros trastornos psiquiátricos.
- Valorar el riesgo-beneficio al prescribir los antidepresivos frente al riesgo de incrementar la suicidalidad.
- Observar en forma cuidadosa la evolución clínica de los pacientes a quienes se ha prescrito antidepresivos y estar alerta frente a cambios inusuales de la conducta, empeoramiento del cuadro clínico o incremento del grado de suicidalidad. Es necesario estar muy atentos cuando el paciente presente irritabilidad, agitación, suicidalidad o cualquier otro cambio inesperado, especialmente en los primeros meses de iniciado el tratamiento psicofarmacológico, período cuando ocurre el ajuste de la dosis del fármaco.
- Aconsejar y motivar a los familiares y cuidadores para observar en forma adecuada el comportamiento del enfermo e informar al médico cualquier cambio en la conducta del paciente.
- Observar cuidadosamente si la medicación elegida tiene una indicación aprobada para su uso en la población infantil.

Al respecto de la población infantil, actualmente la fluoxetina ha sido aprobada para el manejo del trastorno depresivo mayor y la fluoxetina, la sertralina, la fluvoxamina y la clomipramina tienen aprobación para el

manejo del trastorno obsesivo-compulsivo. Ninguna de estas drogas ha sido aprobada para otras indicaciones en la población infantil.

Hospitalización

En pacientes con alto riesgo de realizar conductas suicidas es necesaria la hospitalización para estabilizar la crisis y brindarles herramientas a corto plazo para que ellos puedan realizar conductas de autocuidado.

Manejo de la familia

El impacto en la familia del paciente es diferente si éste realiza un intento de suicidio o si el suicidio es consumado.

En el primer caso la familia y el paciente tienen la oportunidad de interpretar el significado del comportamiento suicida, hacer los correctivos terapéuticos para prevenir y evitar la repetición de la conducta suicida y realizar un manejo adecuado e integral de la patología mental subyacente.

En el caso del suicidio consumado es necesario trabajar terapéuticamente con la familia para elaborar el duelo y los sentimientos de vergüenza, rabia y culpa que han desencadenado la fatal decisión tomada por el niño o el adolescente.

LECTURAS SELECCIONADAS

AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY - AACAP.

Guides of the Teen suicide Facts for Families, Number 10. Updated July 2004.

AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEINGS THERAPY.

Adverse drug reactions advisory committee. Use of SSRI antidepressants in children and adolescents 17 June 2004, Updated 15 October 2004.

DIEKSTRA RFW.

Depression and suicidal behaviors in adolescence: sociocultural and time trends.

En: Psychosocial Disorders in Young People: Time Trends and Their Causes. Rutter M & Smith DJ. (eds.) Wiley, Chichester. UK, 1995; 212-43.

EOSVATH P, KELEMEN G, ERDOS MB, VOROS V, FEKETE S.

The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis* 2003; 24 (4): 151-4.

FDA PUBLIC HEALTH ADVISORY.

Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. October 15, 2004.

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

Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatría* 2002; (4): 283-98.

GONZÁLEZ J.

Los suicidios en Colombia 2005, en *Forensis, datos para la vida*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, 2006

GREENHILL L.L, WASLICK B.

Management of suicidal behavior in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20 (3): 641-66.

JUREIDINI JN, DOECKE CJ, MANSFIELD PR, HABY MM, MENKES DB, et al.

Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004; 328: 879-83.

MARCH J.

Antidepressants for children and adolescents: dangerous medicine? Duke University School of Medicine. Dukehealth.org.

MORALES ML, JIMÉNEZ IA.

El suicidio desde la perspectiva forense. *Rev Col Psiquiatría* 1996; 35 (1): 29-37.

MOSCICKI EK.

Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 20 (3): 499-517.

MOSQUERA F.

El comportamiento suicida, en *Avances*, Yepes LE, Téllez J, Alarcón R (eds.) Volumen 7. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica, Bogotá. 2006; 78-88.

NIMH (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH).

Antidepressant medications for children and adolescents: information for parent and caregivers 02-08-2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra, 2000.

PFEFFER CR.

Childhood suicidal behavior a developmental perspective. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20 (3): 551- 62.

PIAGET J, INHELDER B.

The Psychology of the child. New York, Basic Books, 1969.

Rafael Vásquez R., MD

Una urgencia singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes

- Introducción
- El intento de suicidio
- Objetivos de la intervención
- La atención de la urgencia
- Corolario

INTRODUCCIÓN

UNA DE LAS PEORES experiencias con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio o el intento de suicidio de un niño o de un adolescente. Las reacciones más comunes de los médicos que han pasado por esta situación son incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. El suicidio de un paciente puede desencadenar sentimientos de inutilidad, dudas sobre su propia competencia y temor por su reputación. Además, los médicos confrontan la enorme dificultad de tratar con la familia y los amigos del suicida.

La literatura sobre los procedimientos a realizar en la atención de urgencias psiquiátricas del intento de suicidio es muy amplia y varias de ellas hacen énfasis en la necesidad de instaurar un tratamiento farmacológico. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que al tratamiento farmacológico se debe agregar la intervención psicoterapéutica para abordar las necesidades del paciente y su familia.

El mejor trato es la actitud de apoyo y comprensión hacia el niño o adolescente y hacia sus familiares durante el período de la atención de la urgencia, actitud que debe basarse en el conocimiento de la patología del paciente y en las habilidades de su cuidado, con el objetivo de limitar el daño físico y emocional.

En el presente capítulo abordaremos el análisis de los diferentes factores relacionados con la actitud a asumir en el manejo de los intentos de suicidio en niños y adolescentes en la consulta de urgencias.

EL INTENTO DE SUICIDIO

El intento de suicidio se atiende en urgencias, generalmente, en niños mayores de 7 años, porque en niños más pequeños el intento se confunde con un accidente. El prototipo más frecuente de intento de suicidio es el de una adolescente que consume uno o varios medicamentos con la intención de quitarse la vida, intento que en la mayoría de los casos, deja pocas secuelas físicas. Con menos frecuencia se observan intentos de suicidio por heridas en las muñecas o en el cuerpo y, últimamente, en Bogotá, han ido en aumento el número de suicidios por suspensión o por defenestración en adolescentes.

El intento de suicidio es frecuente en niños o adolescentes deprimidos crónicamente, en quienes la ansiedad aumenta intensamente, como una vivencia aguda e intolerable que los conduce a la decisión suicida.

No hacemos diferencia entre gestos, amenazas y verdaderos intentos porque en todos los casos es preciso actuar de igual manera. Es imperioso considerar todo intento de suicidio en forma seria y responsable y estudiar los factores asociados o desencadenantes de esta conducta para mejorar la condición física del paciente y tratar el cuadro clínico subyacente.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Es necesario tener en cuenta que el paciente y sus familiares han acudido a urgencias para salvar la vida del paciente y para encontrar ayuda y comprensión. Por estas razones el médico o el psiquiatra deben evitar los reclamos o regaños y toda actitud que haga sentir despreciados, censurados o culpables al paciente o a sus familiares.

Cuando un muchacho llega a urgencias con su familia porque intentó suicidarse requiere de una atención especializada que debe tener los siguientes objetivos:

- Control de la lesión autoinflingida.
- Mantenimiento de las condiciones de vida.
- Comprensión de la naturaleza del daño y sus secuelas.
- Disminución de la angustia que genera la emergencia.
- Evitación de un nuevo intento de suicidio.

LA ATENCIÓN DE LA URGENCIA

Las siguientes recomendaciones deben ser tenidas en cuenta al atender la urgencia de un intento de suicidio en un niño o en un adolescente.

- El primer paso es asignar un tiempo adecuado al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera del consultorio. Al mostrarse bien dispuesto a entender, el médico empieza a establecer una relación positiva con el paciente.

- No pretenda como médico tratante de urgencias conocer la causa del intento de suicidio; por ahora es necesario centrarse en mantener con vida y estabilizar al paciente.

En la atención de la urgencia el identificar los factores desencadenantes no es importante, aunque es bien sabido que el intento de suicidio es predictor de nuevos intentos. La identificación de los antecedentes será el objetivo de la intervención del psiquiatra, quien las valorará y tratará.

El control de la reincidencia o la posibilidad de un nuevo intento se logra con la prescripción de ansiolíticos, que deben ser suministrados por el personal de enfermería o bajo el cuidado de los padres, mientras el niño o adolescente empieza a recibir un tratamiento especializado.

- No censure ni regañe al paciente, que en ese momento alberga múltiples sentimientos: angustia, depresión, miedo, autorreproche y culpa.

Es muy seguro que su conducta ya haya sido reprochada o censurada por sus padres en forma emotiva, al ser presos de la angustia y el miedo, ante el peligro inminente de muerte que puede representar el intento de autoeliminación.

El ser reprochado o censurado por el médico no es terapéutico y, por el contrario, incrementa los sentimientos de abandono y desesperanza.

- Intente tranquilizar a los padres quienes se encuentran asustados y por esta razón presionan y exigen una explicación no solamente para comprender la situación sino también para disminuir la ansiedad y la culpa.

Con frecuencia para ellos no existe una justificación para la conducta suicida: “es que en mi familia nadie ha hecho eso... pero si se le da de todo... acaba de llegar de Miami...no entiendo qué le pasó... deben ser que las malas amistades lo llevaron a cometer esa locura... ¿será que está embarazada la niña?... ¿cómo nos va a hacer esto?”.

- No deje que la angustia lo contamine para que pueda actuar serenamente y poder brindarle su apoyo al paciente. Acérquese al

joven con amabilidad, háblele despacio y claro, inicie la conversación preguntándole por cosas elementales para romper el hielo y disminuir la tensión, tome la mano del paciente y hágale sentir que comprende su situación.

Las preguntas cerradas y directas al comienzo de la entrevista no son muy útiles. Comentarios como “Te ves muy alterado; cuéntame más al respecto” da mejores resultados. Escuchar con empatía es de por sí un gran paso para reducir el nivel de desesperación del suicida.

Por ningún motivo, adopte el papel de padre o cónyuge traicionado.

- Asegure las condiciones vitales del paciente, explicando los procedimientos al paciente y a los familiares. Hágalos sentir que está haciendo lo necesario para preservar la vida del paciente, sin dejarle sentir que está consultando con ellos los procedimientos a seguir. Muéstrese sereno y conecedor de las lesiones, la naturaleza del daño, las secuelas y del tratamiento a seguir.
- Informe a los familiares sobre el alto riesgo que existe de un nuevo intento de suicidio, especialmente durante el primer año, y de la necesidad de instaurar un tratamiento especializado para disminuir este riesgo.
- Solicíteles a los familiares que acompañen al paciente para disminuir la sensación de abandono e identificar y disminuir la posibilidad de un nuevo intento de autoeliminación.

Es conveniente que les explique en forma serena y clara, sin alarmarlos, hasta cuando tenga la certeza que los familiares comprendieron el riesgo y las recomendaciones que les ha dado para evitar un nuevo intento de suicidio.

- Mantenga la serenidad frente a las preguntas insistentes de los familiares sobre las causas del intento de suicidio. No se trata de una simple actitud de acoso, es un comportamiento perseverante fruto de la angustia.

Cuando los padres tienen la sensación de haber salvado a su hijo, de haberlo rescatado de la muerte, quieren saber cómo superar las posibles

causas del comportamiento suicida. Explíqueles de nuevo la necesidad de buscar la ayuda especializada que los guíe en la identificación de los factores protectores y desencadenantes de la conducta suicida y motive-los para que adopten una actitud de comprensión hacia el hecho.

- Informe al paciente, en forma serena y clara, sobre su estado de salud, el riesgo de un nuevo intento y los cuidados que debe tener. Tenga en cuenta la condición del paciente; si tiene una sonda nasogástrica no pretenda que hable, con que asienta con la cabeza es suficiente.
- Resuelva las preguntas que el paciente tiene sobre su salud y, no le minimice el significado del incidente, pero tampoco lo alarme.
- Si el paciente no recibe atención psiquiátrica en la sala de urgencia, haga lo necesario, desde el punto de vista administrativo, para que sea atendido en las próximas 72 horas. Es importante que este hecho les quede claro a los pacientes y a sus familiares.
- Si prescribe ansiolíticos debe asegurarse que sea un adulto quien le suministre la medicación al paciente. Por ningún motivo el paciente debe responsabilizarse de la medicación en los primeros días posteriores al intento de suicidio.

Esta decisión puede ser catalogada por el paciente como una actitud de desconfianza en él y es preciso aclararle que se trata de un acto de desconfianza, que está basado en el alto riesgo que existe de un nuevo intento de suicidio, que es independiente del estado emocional, del arrepentimiento y del compromiso del paciente con el tratamiento. Por ningún motivo “negocie” esta responsabilidad con el paciente.

- Escuche y apoye a los padres y trate de disminuir los sentimientos de culpa. Escoja un lugar adecuado lejos del paciente. Si bien los sentimientos de culpa y los autorreproches son intensos en primera instancia comienzan a disminuir con el paso del tiempo y en la medida en que se recupera el paciente.
- Valore el intento de suicidio en su verdadera dimensión. Todo intento de suicidio, aunque su grado de letalidad sea mínimo puede ser seguido por un nuevo intento de autoeliminación.

Si con el paso de las horas ha disminuido la angustia en los padres y en el paciente y observa que ha reaparecido entre ellos un clima de confianza, no crea “que no ha pasado nada”. Se trata solamente de la aparición de una actitud de apoyo y comprensión que es incapaz de disminuir los riesgos de un nuevo comportamiento suicida.

- Algunos médicos se sienten incómodos con estos pacientes. Es importante tomar conciencia de ese sentimiento y buscar ayuda de colegas, y posiblemente profesionales en salud mental, cuando se enfrentan a estos pacientes. No crea en los mitos que existen sobre el suicidio. Los individuos que comunican su decisión de suicidarse en un buen porcentaje lo logran.
- Los mitos impiden que el paciente sea valorado en forma adecuada, que pueda identificar y modificar los factores relacionados con su conducta suicida y disminuir el riesgo de un nuevo intento.

| Mitos | Realidad |
|--|--|
| Los pacientes que hablan sobre suicidio raramente cometen suicidio. | Los pacientes que se suicidan han dado algún indicio o advertencia de antemano. |
| Preguntarle sobre suicidio a un paciente, puede desencadenar actos suicidas. | Preguntar sobre el suicidio reduce la ansiedad que rodea el suceso; el paciente puede sentirse liberado y mejor comprendido. |

COROLARIO

Las consideraciones y recomendaciones que han sido evaluadas y comentadas anteriormente pretenden ser solamente una guía, que el médico debe ajustar teniendo en cuenta las diferencias individuales de cada paciente y las circunstancias del intento de suicidio.

La atención adecuada y comprensiva de la urgencia desencadenada por el intento de suicidio en un niño o en un adolescente resulta primordial no solamente para salvar su vida y limitar las secuelas físicas sino

para darle oportunidad de recuperar su bienestar emocional y su calidad de vida.

Todo suicidio es un acto de expresión del dolor emocional. Es esencial no ignorar ni negar el riesgo.

REFERENCIAS SELECCIONADAS

VÁSQUEZ R.

Atención del intento de suicidio, en *Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia*. Ucrós, Caicedo y Llano editores. Departamento de Pediatría Fundación Santa Fe de Bogotá. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2003; 410-3.

VÁSQUEZ R.

La atención del intento de suicidio, en *Pediatría. Diagnóstico y tratamiento*. Universidad Nacional de Colombia. Hospital Pediátrico Universitario de la Misericordia. Rojas E, Sarmiento F (eds.) Editorial Celsus. Santa Fe de Bogotá. 2003; 783-6.

VÁSQUEZ R.

Familia e intento de suicidio, en *La niñez, la familia y la comunidad*. Castro, Maldonado y Benguigui (eds.), Editorial Organización Panamericana de la Salud (OPS) programa AIEPI. Washington D.C., 2004; 502-9.

VÁSQUEZ R.

Urgencias en psiquiatría infantil. *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace*, No. 27, septiembre de 2005; 18-22.

Organización Mundial de la Salud
Ginebra, 2000

Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales (1, 2)

- **Introducción**
- **La carga del suicidio**
- **El suicidio y los trastornos mentales**
- **El suicidio y los trastornos físicos**
- **¿Cómo identificar los pacientes con alto riesgo de comportamiento suicida?**
- **Manejo de los pacientes suicidas**
- **Resumen de los pasos en la prevención del suicidio**

-
1. Este documento ha sido preparado como parte de SUPRE la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio.
 2. Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud y la organización se reserva todos los derechos. No obstante, este documento puede ser libremente revisado, resumido, reproducido o traducido en parte o en su totalidad pero no para la venta con fines comerciales. Los puntos de vista expresados en los documentos son responsabilidad solamente de estos autores.

INTRODUCCIÓN

EL SUICIDIO es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés ALBERT CAMUS es el único problema filosófico serio (*El Mito de Sísifo*),

Como se trata de un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (suicide prevention - prevención del suicidio); una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades.

* * *

Una de las peores cosas con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio de un paciente. Las reacciones más comunes de los médicos que han pasado por esta situación son incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. El suicidio de un paciente puede desencadenar sentimientos de insuficiencia, dudas sobre su propia competencia y temor por su reputación. Además, los médicos confrontan la enorme dificultad de tratar con la familia y los amigos del suicida.

Este instrumento está dirigido principalmente a los médicos generales. Su objetivo es resaltar los trastornos principales y otros factores aso-

ciados con el suicidio y proveer información sobre la identificación y el manejo de pacientes suicidas.

LA CARGA DEL SUICIDIO

De acuerdo con los estimativos de la OMS, es probable que aproximadamente un millón de personas cometa suicidio en el año 2000. El suicidio está entre las 10 causas mayores de muerte en cada país, y una de las tres principales causas de muerte en la franja de edad entre 15-35 años.

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

La carga del suicidio puede estimarse en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). De acuerdo con este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2,3% en los países con altos ingresos y 1,7% en los de ingresos bajos. Esto es igual a la carga debida a guerras y homicidios, casi el doble de la carga por diabetes e igual a la carga por asfixia al nacimiento y trauma.

EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

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

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

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

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

No obstante, una proporción importante de las personas que cometen suicidio, muere sin haber consultado a un profesional en salud mental. Por lo tanto, el mejoramiento en el descubrimiento, la remisión y el manejo de trastornos psiquiátricos en la atención primaria en salud es un paso importante en la prevención del suicidio.

Un hallazgo común en aquellos que cometen suicidio es la presencia de más de un trastorno. Todos los tipos de trastornos mentales pueden asociarse con el suicidio. Los trastornos comunes que ocurren al mismo tiempo son alcoholismo y trastornos del humor (depresión), trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos.

Una función crucial del médico es colaborar con el psiquiatra y asegurarse de que se dé un tratamiento adecuado y apropiado al paciente.

Trastornos depresivos

Éstos incluyen trastornos afectivos bipolares, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente y trastornos del humor persistentes (ciclotimia y distimia) las cuales forman las categorías F31- F34 en la CIE - 10. Por lo tanto, el suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada.

La depresión tiene una alta prevalencia en la población general y muchos no la reconocen como una enfermedad. Se estima que 30% de los pacientes atendidos por un médico sufren depresión. Alrededor de 60% de los pacientes que sí buscan tratamiento se contactan inicialmente con un médico general. Trabajar con enfermedades físicas y trastornos psicológicos es un reto especial para el médico. En muchas instancias la depresión se enmascara y los pacientes sólo presentan enfermedad somática.

-
- En los episodios depresivos típicos, el individuo usualmente sufre de:
- Ánimo depresivo (tristeza).
 - Pérdida de interés y capacidad de goce.
 - Energía disminuida (fatiga y actividad disminuidas).

Los signos comunes de depresión presentes son:

- Cansancio.
- Tristeza.
- Falta de concentración.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Trastornos del sueño.
- Dolor en diferentes partes del cuerpo.

Estos síntomas deberán alertar al médico sobre la presencia de depresión y conducirlo a una valoración del riesgo de suicidio.

Los síntomas clínicos específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio en la depresión son:

- Insomnio persistente.
- Descuido consigo mismo.
- Enfermedad severa (en especial depresión psicótica).
- Deterioro de la memoria.
- Agitación.
- Ataques de pánico.

Los siguientes factores aumentan el riesgo de suicidio en personas con depresión:

- Edad menor de 25 años en varones.
- Fase depresiva de un trastorno bipolar.

- Estado mixto (maniaco-depresivo).
- Manía psicótica.

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

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

Alcoholismo

El alcoholismo (tanto el abuso del alcohol como la dependencia del mismo) es un diagnóstico frecuente en aquéllos que han cometido suicidio, particularmente en personas jóvenes. Existen explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la correlación entre suicidio y alcoholismo.

Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio entre los alcohólicos son:

- Iniciación temprana del alcoholismo.
- Largo historial de abuso de alcohol.
- Alto nivel de dependencia.
- Humor depresivo.
- Salud física deficiente.
- Desempeño laboral pobre.
- Antecedentes familiares de alcoholismo.
- Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante.

Esquizofrenia

El suicidio es la mayor causa individual de muerte prematura entre los esquizofrénicos.

Los factores específicos de riesgo de suicidio son:

- Varón joven desempleado.
- Recaídas recurrentes.
- Temor al deterioro, en especial en aquéllos con alta capacidad intelectual.
- Síntomas positivos de suspicacia e ilusiones falsas.
- Síntomas depresivos.

El riesgo de suicidio es más alto en las siguientes épocas:

- Etapas tempranas de la enfermedad.
- Recaída temprana.
- Recuperación temprana.

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

Trastornos de la personalidad

Estudios recientes en personas jóvenes que cometieron suicidio han mostrado una alta prevalencia (20-50%) de trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad que están más frecuentemente asociados con el suicidio son la personalidad limítrofe y la personalidad antisocial.

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

Trastornos de ansiedad

Entre los trastornos de la ansiedad, el trastorno del pánico ha sido más frecuentemente asociado con el suicidio, seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los trastornos somatomorfos y los trastor-

nos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) están también asociados con el comportamiento suicida.

EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS FÍSICOS

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

Enfermedades neurológicas

La epilepsia se ha asociado con un aumento en el suicidio, incremento que se atribuye al aumento en la impulsividad, la agresividad y la inhabilidad crónica asociadas con la epilepsia.

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

Neoplasias

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

VIH/sida

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

Otras condiciones médicas

Otras condiciones médicas crónicas tales como enfermedades renales, hepáticas, óseas y articulares, cardiovasculares y trastornos gastrointes-

tinales están implicadas en el suicidio. Las inhabilidades para moverse, ver u oír pueden precipitar el suicidio.

Eutanasia

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

¿CÓMO IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON ALTO RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

En primer lugar, es necesario tener en cuenta que varios factores individuales y sociodemográficos clínicamente útiles están asociados con el suicidio, como por ejemplo:

- Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad).
- Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, sida).
- Intentos suicidas previos.
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/u otros trastornos psiquiátricos.
- Estatus de divorcio, viudez o soltería.
- Vivir solo (aislado socialmente).
- Desempleo, retiro o jubilación.
- Pérdida afectiva significativa en la infancia.

En segundo lugar, si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es mayor en:

- Aquéllos que han sido dados de alta del hospital.
- Aquéllos que han cometido intentos de suicidio previos.

En tercer lugar, los acontecimientos estresantes recientes asociados con un aumento en el riesgo de suicidio incluyen:

- Separación marital.
- Pérdida afectiva significativa.
- Problemas familiares.
- Cambio en el estatus ocupacional o financiero.
- Rechazo por parte de una persona importante.
- Vergüenza o temor a ser encontrado culpable.

Existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio a través de encuestas, pero son menos útiles que una buena entrevista clínica para identificar la persona que está en inminente riesgo de cometer suicidio.

El médico puede verse enfrentado a varias condiciones y situaciones asociadas con comportamientos suicidas. Un varón de edad, recientemente viudo, tratado por depresión, que vive solo, con una historia de intento de suicidio, y una dama joven con unos pocos rasguños en el antebrazo, a quien su novio acaba de dejar, son dos ejemplos contrastantes. En realidad, la mayoría de los pacientes caen entre estos dos extremos y pueden fluctuar de una categoría a otra.

Cuando los médicos poseen un indicio razonable de que el paciente podría ser suicida, enfrentan el dilema de cómo proceder. Algunos médicos se sienten incómodos con estos pacientes. Es importante para ellos tomar conciencia de ese sentimiento y buscar ayuda de colegas, y posiblemente profesionales en salud mental, cuando se enfrentan a estos pacientes. Es esencial no ignorar ni negar el riesgo.

Si el médico decide proceder, el primer paso y el más inmediato es asignar mentalmente un tiempo adecuado al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera del consultorio. Al mostrarse bien dispuesto a entender, el médico empieza a establecer una relación positiva con el paciente. Las preguntas cerradas y directas al comienzo de la entrevista no son muy útiles. Comentarios como "Te ves muy alterado; cuéntame más al respecto" son útiles. Escuchar con empatía es de por sí un gran paso para reducir el nivel de desesperación del suicida.

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

¿Cómo preguntar?

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

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

¿Cuándo preguntar?

Es importante hacer estas preguntas:

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

Preguntas adicionales

El proceso no termina con la confirmación de la presencia de ideas suicidas. Continúa con preguntas adicionales, encaminadas a valorar la frecuencia y la severidad de la idea y la posibilidad de suicidio. Es importante saber si el paciente ha hecho planes y posee los medios para cometer

suicidio. No obstante, si el paciente ha planeado un método y posee los medios (por ejemplo, píldoras), o si el medio propuesto está fácilmente a su alcance, el riesgo de suicidio es más alto. Es crucial que las preguntas no sean exigentes ni coercitivas, sino que se planteen de manera cálida, mostrando la empatía del médico hacia el paciente.

Estas preguntas podrían incluir:

- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder píldoras, armas, otros medios?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

Advertencia

- *Mejoría engañosa o falsa.* Cuando un paciente agitado se calma súbitamente, puede haber tomado la decisión de cometer suicidio, y por lo tanto, se siente tranquilo después de haberlo hecho.
- *Negativa.* Los pacientes que tienen serias intenciones de matarse pueden deliberadamente negar tales ideas.

MANEJO DE LOS PACIENTES SUICIDAS

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la oportunidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social.

Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y desespero. Los tres estados más comunes son:

1. *Ambivalencia.* La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir. Si esta ambivalencia es usada por el médico para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse.

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

Obtención de apoyo

El médico deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente, y solicitar su ayuda.

Contratación

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

En ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos, y terapia psicológica (comportamiento cognitivo). La mayoría de las personas se benefician al continuar en contacto con el médico; este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades individuales.

Exceptuando el caso de tratamiento de enfermedades subyacentes, pocas personas requieren apoyo por más de dos o tres meses y este apoyo deberá centrarse en dar esperanza, estimular la independencia y ayudar al paciente a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

REMISIÓN AL ESPECIALISTA

¿Cuándo remitir un paciente?

Los pacientes deberán remitirse a un psiquiatra cuando presenten:

- Trastorno psiquiátrico.
- Historia de intento de suicidio previo.
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico.
- Mala salud física.
- Ningún apoyo social.

¿Cómo remitirlo?

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

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

¿Cuándo hospitalizar un paciente?

Estas son algunas de las indicaciones para hospitalización inmediata:

- Pensamientos recurrentes de suicidio;
- Nivel alto de intención de morir en el futuro inmediato (las siguientes horas o días);
- Agitación o pánico;
- Existencia de un plan para usar un método violento e inmediato.

¿Cómo hospitalizar al paciente?

Al hospitalizar un paciente

- No lo deje solo;
- Disponga la hospitalización;
- Disponga el traslado al hospital en ambulancia o a través de la policía;
- Informe a las autoridades pertinentes y a la familia.

RESUMEN DE LOS PASOS EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

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

Riesgo de suicidio: identificación, valoración y plan de acción

| Riesgo de SUICIDIO | Síntomas | Evaluación | Acción |
|--------------------|---|---|---|
| 0 | No hay peligro | - | - |
| 1 | Perturbado emocionalmente | Indagar sobre pensamientos suicidas | Escuchar con empatía |
| 2 | Vagas ideas de muerte | Indagar sobre pensamientos suicidas | Escuchar con empatía |
| 3 | Vagos pensamientos de suicidio | Valorar el intento (plan y método) | Explorar posibilidades Identificar apoyo |
| 4 | Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico | Valorar el intento (plan y método) | Explorar posibilidades Identificar apoyo |
| 5 | Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes | Valorar el intento (plan y método) Hacer un contrato | Remitir al psiquiatra |
| 6 | Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo | Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios) | Hospitalizar |

LECTURAS SELECCIONADAS

ANGST J, ANGST F, STOSSEN HM.

Suicide risk in patients with major depressive disorders. *J Clin Psychiatry*, 1999; 60 (Suppl. 2): 57-62.

GONZÁLEZ SEIJO JC, *et al.*

Poblaciones específicas de alto riesgo, en Bobes García J *et al.*, eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Masson, Barcelona, 1997; 69-77.

GUNNELL D, FRANKEL S.

Prevention of suicide: aspirations and evidences. *Br Med J* 1999; 308: 1227-33.

GUPTAS, *et al.* Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Serv* 1998; 10: 1353-5.

ISOMETSA ET, *et al.*

Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667-73.

RUTZ W, VON KNORRING L, WALINDER J.

Long-term effects of an educational programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Act Psych Scan* 1992; 85: 83-8.

SCHOU M.

The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *J Affect Disord* 1998; 50: 253-9.

SIMPSON SG, JAMISON KR.

The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 2): 53-6.

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

Organización Mundial de la Salud

Ginebra, 2001

Prevención del suicidio.

Un instrumento para docentes y demás personal institucional

- Introducción
- Un problema subestimado
- Factores protectores
- Factores y situaciones de riesgo
- Cómo identificar estudiantes afligidos y con posible riesgo de suicidio
- Cómo manejar los jóvenes suicidas en la institución educativa
- Resumen de recomendaciones

-
1. Este documento es parte de una serie de instrumentos dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio. Ha sido preparado como parte de SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio.
 2. Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud, y todos los derechos son reservados por la organización. Sin embargo, este documento puede ser libremente revisado, resumido, reproducido o traducido en parte o en su totalidad pero no para la venta con propósitos comerciales. Los puntos de vista expresados en el documento son responsabilidad solamente de estos autores.

INTRODUCCIÓN

EL SUICIDIO es un fenómeno complejo que atrajo la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés ALBERT CAMUS es el único problema filosófico serio (El mito de Sísifo).

Como se trata de un problema grave de salud pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes señalan que la prevención del suicidio si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En 1999 la OMS lanzó el programa SUPRE, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, oficiales de la ley, familias y comunidades.

* * *

A nivel mundial el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15-19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad.

La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es por lo tanto de alta prioridad. Dado el hecho de que en muchos países y regiones la mayoría de los individuos comprendidos en este grupo concurren al colegio, éste último aparece como un lugar excelente para desarrollar acciones preventivas apropiadas.

Este documento está dirigido básicamente a los docentes y demás personal institucional, tales como orientadores, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, así como directores, miembros de los consejos de enseñanza u otro personal de dirección. No obstante, los profesionales de la salud pública y otros grupos interesados en programas de prevención de suicidio también encontrarán útil la información provista.

El documento describe brevemente las dimensiones del comportamiento suicida en la adolescencia, presenta los principales factores protectores y de riesgo detrás de este comportamiento y sugiere cómo identificar y conducir a los individuos en riesgo y también cómo actuar cuando el suicidio se intenta o se comete en la comunidad escolar.

Actualmente, el suicidio entre los jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. La mayoría de los suicidios entre jóvenes de hasta 14 años probablemente tienen lugar en la adolescencia temprana, mientras que el suicidio es aún más raro antes de los 12 años. Sin embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como en la franja de 15 a 19 años de edad.

Los métodos de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes.

Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, ahorcamiento y explosivos. Sin embargo, en algunos países el suicidio es más frecuente en las mujeres entre 15-19 años que entre los varones de la misma edad y en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres que usan métodos violentos.

En la medida de lo posible, el mejor enfoque de las actividades de prevención de suicidio en el colegio, lo constituye un trabajo de equipo que incluya maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, trabajando en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias.

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Éstos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescen-

cia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte.

Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas. Los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio.

UN PROBLEMA SUBESTIMADO

En algunos casos, puede ser imposible determinar si algunas muertes causadas por ejemplo por accidentes de automóvil, ahogados, caídas y sobredosis de drogas ilegales, fueron intencionales o no. Se estima generalmente que la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales.

Los estudios *post mortem* de adolescentes que murieron por causas violentas indican que no constituyen un grupo homogéneo. Muestran sutiles manifestaciones de tendencias autodestructivas y de riesgo, mientras que algunas de las muertes pudieran originarse por actos no intencionales, otras son actos intencionales generados por su dolor de vivir.

Además, las definiciones de intento de suicidio usadas por los estudiantes difieren de las que usan los psiquiatras. Los informes de los jóvenes muestran casi el doble de intentos de suicidio que aquéllos que surgen de las entrevistas de los psiquiatras. La explicación más probable es que los jóvenes que respondieron a las encuestas anónimas usaron una definición más amplia de intentos de suicidio que la de los profesionales. Además, sólo el 50% de los adolescentes que informaron que trataron de matarse habían solicitado atención en el hospital después de sus intentos de suicidio. Así el número de personas con tentativas de suicidio tratadas en el hospital, no constituye una indicación real de la dimensión del problema en la comunidad.

En general, los varones adolescentes cometen suicidio más a menudo de lo que lo hacen las mujeres; sin embargo, la tasa de intentos de suicidio es dos o tres veces mayor entre las mujeres. Las jóvenes sufren de depresión más a menudo que los varones, pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda, lo cual ayuda a prevenir los actos suicidas con resultado fatal.

Los jóvenes a menudo son más agresivos e impulsivos y no pocas veces actúan bajo la influencia de alcohol y drogas ilícitas lo cual probablemente contribuye al resultado fatal de sus actos suicidas.

FACTORES PROTECTORES

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son:

- Patrones familiares: buena relación con los miembros de la familia, apoyo de la familia.
- Estilo cognoscitivo y personalidad: buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, en su propia situación y logros obtenidos.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar; búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes, receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, receptividad hacia conocimientos nuevos.
- Factores culturales y sociodemográficos: integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades; buenas relaciones con sus compañeros; buenas relaciones con sus profesores y otros adultos; apoyo de personas relevantes.

FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO

En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales. El análisis muestra que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños y adolescentes; pero es necesario recordar que no necesariamente están presentes en todos los casos.

Es importante destacar que los factores y situaciones de riesgo descritas a continuación varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún entre países vecinos.

Factores culturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos.

Específicamente, este conflicto es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aún profundamente conservadora.

El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.

Hay un riesgo más alto de comportamiento suicida entre los pueblos indígenas que entre los no indígenas.

Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relacionadas con la orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas.

Los niños y los adolescentes que no son aceptados abiertamente en su cultura por su familia y sus compañeros o por su escuela y otras instituciones tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.

Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma.

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son:

- Psicopatología de los padres con presencia de trastornos psiquiátricos especialmente afectivos.
- Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas o comportamiento antisocial en la familia.
- Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.
- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño).
- Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia.
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes.
- Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores.
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.
- Rigidez familiar.
- Familias adoptivas o afines.

Estos patrones familiares, muchas veces pero no siempre, caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o cometen suicidio. La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos. Dado que son leales a sus padres y algunas veces no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, frecuentemente se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia.

Estilo cognoscitivo y personalidad

Los siguientes rasgos de personalidad se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero también se asocian con el riesgo de intento o de suicidio logrado (a menudo con trastornos mentales), de forma que su utilidad para predecir el suicidio es limitada:

- Humor inestable, enojo o agresividad.
- Comportamiento antisocial.
- Conductas irreales, representación de fantasías.
- Alta impulsividad.
- Irritabilidad.
- Rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones.
- Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades.
- Inhabilidad para entender la realidad.
- Tendencia a vivir en un mundo ilusorio.
- Fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización.
- Bajo nivel de tolerancia a la frustración.
- Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones.
- Petulancia.

-
- Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres.
 - Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual.
 - Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

Aunque existe mucho interés en las relaciones entre el despliegue de la personalidad y los factores cognitivos y de riesgo en el comportamiento suicida de los jóvenes, la evidencia de las investigaciones disponibles para rasgos específicos es generalmente escasa y a menudo equívoca.

Trastornos psiquiátricos

El comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos:

- *Depresión*

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes.

Diversos informes establecieron que casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante.

Los estudiantes de colegio que sufren de depresión a menudo presentan síntomas físicos cuando consultan al médico. Con frecuencia se quejan de que tienen dolor de cabeza, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho.

Las jóvenes con tendencia depresiva tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas. Los jóvenes deprimidos tienden a presentar comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros.

La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas. Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse.

- *Trastornos de ansiedad*

Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida.

Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

- *Abuso de alcohol y drogas*

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es muy frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio. En este grupo de edad, la cuarta parte de los pacientes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto suicida.

- *Trastornos alimentarios*

Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre 1-2% de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general. Hallazgos recientes muestran que también los varones pueden sufrir de bulimia o anorexia.

- *Trastornos psicóticos*

A pesar que pocos niños y adolescentes sufren de trastornos psiquiátricos severos tales como esquizofrenia o trastornos bipolares (maníaco-depresivos), entre los afectados por estas patologías, el riesgo de suicidio es muy alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracterizan por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con el alcohol, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

- *Intentos previos de suicidio*

Los antecedentes de intentos de suicidio singulares o recurrentes con o sin los trastornos psiquiátricos mencionados más arriba, son factores de riesgo importantes para el comportamiento suicida.

- *Acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparadores del comportamiento suicida*

Generalmente se observa en niños y adolescentes suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés, junto al estilo cognoscitivo y los rasgos de personalidad arriba mencionados (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida). Esta susceptibilidad, hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.

Las siguientes situaciones de riesgos o acontecimientos pueden desencadenar suicidios o intentos de suicidios:

- Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo, necesariamente cuando son evaluadas objetivamente). Los niños y adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos triviales como altamente dañinos y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas perciben estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida.

-
- Problemas familiares.
 - Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.
 - Muerte de una persona querida o importante.
 - Término de una relación amorosa.
 - Conflictos interpersonales o pérdidas.
 - Problemas legales o disciplinarios.
 - Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos.
 - Sometimiento y victimización.
 - Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios.
 - Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes.
 - Falta de empleo y problemas económicos.
 - Embarazo no deseado o aborto.
 - Infección por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.
 - Enfermedad física grave.
 - Desastres naturales.

¿CÓMO IDENTIFICAR ESTUDIANTES AFLIGIDOS Y CON POSIBLE RIESGO DE SUICIDIO?

Identificación de la aflicción

Cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un niño o de un adolescente, su concurrencia al centro escolar o su comportamiento personal deben ser considerados seriamente.

Es el caso de:

- Falta de interés en las actividades cotidianas;
- Descenso general en las calificaciones;

-
- Disminución del esfuerzo académico;
 - Comportamiento inadecuado en la clase;
 - Ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso;
 - Fumar excesivamente, consumir alcohol o uso inadecuado de drogas (incluyendo cannabis);
 - Incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía.

Estos factores ayudan a identificar los estudiantes en riesgo de aflicción mental y social que puedan albergar pensamientos de suicidio que finalmente conduzcan a comportamientos suicidas. Si estos signos fueran identificados por un profesor o consejero del colegio, debería alertarse al equipo docente del Centro. Éste deberá recomendar las acciones a emprender y llevar a cabo una evaluación concienzuda del estudiante, ya que a menudo estos síntomas son indicación de una aflicción severa que puede conducir, en algunos casos, al comportamiento suicida.

Evaluación del riesgo de suicidio

Cuando el personal del centro educativo evalúe el riesgo de suicidio, deberá considerar que estos problemas son siempre multidimensionales, es decir, son múltiples los factores que pueden converger y no solamente o uno solo.

Intentos de suicidio previos

Los antecedentes de intentos de suicidio son los factores de riesgo más significativos. Los jóvenes afligidos tienden a repetir sus actos.

Depresión

Otro factor importante de riesgo es la depresión. El diagnóstico de la depresión debe ser hecho por un médico o psiquiatra infantil, pero los profesores y los otros miembros del equipo escolar, deben poder darse cuenta de la variedad de síntomas que forman parte de la enfermedad depresiva.

La dificultad para comprobar la depresión está relacionada con el hecho de que durante el desarrollo adolescente es frecuente que aparezcan algunos rasgos comunes con la depresión, como baja autoestima, pesimismo, problemas de concentración, fatiga, y problemas con el sueño. Son rasgos comunes con la depresión como enfermedad, pero no son causa de alarma hasta que aparezcan como persistentes y progresivos. Comparado con los adultos deprimidos, el joven tiende a actuar más, (en el sentido de expresar conductas), comer (en lugar de pedir ayuda) y dormir más (como forma de eludir o evadir).

Los pensamientos depresivos pueden presentarse normalmente en la adolescencia y reflejar el proceso normal de desarrollo, siendo el momento en el que los jóvenes se preocupan por cuestiones existenciales. La intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, el contexto en el cual surgen, la imposibilidad de distraer a un niño o joven de estos pensamientos (por ejemplo su persistencia) son los rasgos que distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra al margen de una crisis suicida.

Situaciones de riesgo

Otra tarea importante es identificar situaciones ambientales y acontecimientos negativos, de acuerdo a lo esbozado previamente, que activen los pensamientos suicidas y así aumenten el riesgo de suicidio.

¿CÓMO MANEJAR LOS JÓVENES SUICIDAS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ?

El reconocer que un joven está en situación de aflicción y que necesita ayuda no constituye un gran problema. Es mucho más difícil saber cómo reaccionar y responder al suicidio de los niños y los jóvenes.

Algunos miembros del equipo escolar han aprendido a tratar a los jóvenes suicidas en situación de aflicción, con sensibilidad y respeto, mientras que otros no. Las habilidades de este último grupo tienen que mejorar.

Es importante en el contacto con un joven suicida, lograr un balance entre proximidad y distancia y entre empatía y respeto.

El reconocimiento y manejo de las crisis suicidas en los estudiantes pueden dar lugar a conflictos entre los docentes y el resto del personal escolar, dado que carecen de las habilidades específicas requeridas, tienen poco tiempo o tienen miedo de enfrentar sus propios problemas psicológicos.

Prevención general: antes que suceda algún acto suicida

El aspecto más importante de la prevención del suicidio es el reconocimiento temprano de los niños y jóvenes en situación de aflicción y/o con un alto riesgo de suicidio. Para lograr este objetivo se debe poner énfasis en la situación del equipo escolar y de los estudiantes afectados, de acuerdo con los medios que se describen más adelante. Algunos expertos comparten la idea de que no es conveniente enseñar explícitamente sobre el suicidio a los jóvenes; más bien recomiendan que las cuestiones relativas al suicidio se remplacen por un enfoque desde los aspectos positivos de la salud mental.

Fortalecimiento de la salud mental de los docentes y los otros miembros del equipo institucional

Primero que nada, es esencial asegurar el equilibrio y bienestar de los docentes y del resto del personal institucional. Para ellos, el lugar de trabajo puede ser de rechazo, agresivo y algunas veces aún violento. Por lo tanto, necesitan materiales de información que aumente su comprensión y proponga reacciones adecuadas para el enfrentamiento de su propia tensión, la de los estudiantes y colegas y posibles enfermedades mentales. Deberían tener acceso a apoyo y si fuera necesario, tratamiento.

Fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes

La autoestima positiva protege a los niños y adolescentes frente a la aflicción mental y el pesimismo y los habilita para manejar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes de la vida.

Mientras que la compasión impide la autoestima, la empatía la alienta debido a que el juicio es dejado de lado. La autonomía y el dominio son

las bases sobre las cuales se puede desarrollar una autoestima positiva en la niñez temprana.

El logro de la autoestima por los niños y jóvenes depende del desarrollo de sus habilidades físicas, sociales y vocacionales. Para tener una alta autoestima, el adolescente necesita establecer una independencia definitiva de su familia y compañeros; ser capaz de relacionarse con el sexo opuesto, prepararse para una ocupación que le permita mantenerse; y establecer una filosofía viable y significativa de la vida.

Para desarrollar la autoestima en los niños y jóvenes puede usarse una variedad de técnicas, por ejemplo:

- Acentuar las experiencias positivas de la vida que ayudarán a forjar una identidad positiva en los jóvenes. Las experiencias positivas pasadas aumentan las posibilidades de que los jóvenes tengan en el futuro mayor confianza en sí mismos.
- No debe presionarse constantemente a los jóvenes para hacer más y mejor.
- No es suficiente que los adultos manifiesten que quieren a los jóvenes, éstos tienen que sentirse queridos. Existe una gran diferencia entre ser querido y sentirse querido.
- No sólo los niños tienen que ser aceptados sino apreciados tal como son. Tienen que sentirse especiales sólo por el hecho de existir.

Constituye una estrategia efectiva introducir una capacitación de habilidades para vivir, primero a través de expertos visitantes y posteriormente como parte del currículo regular. El programa debe proporcionar conocimientos a los estudiantes sobre cómo apoyarse unos a otros y si es necesario buscar ayuda adulta.

El sistema educativo debe también realzar el desarrollo y la consolidación del sentido de identidad de los jóvenes.

Otra meta importante es promover la estabilidad y continuidad de la escolarización.

Promoción de la expresión de emociones

A los niños y jóvenes se les debe enseñar a tomar sus sentimientos con seriedad y alentarlos a confiar en sus padres y otros adultos tales como maestros, médicos, o enfermeras que atiendan la institución, amigos, entrenadores deportivos y consejeros religiosos.

Prevención de la intimidación o violencia en el centro educativo

El sistema educativo debe contar con disposiciones específicas disponibles para prevenir el “matoneo” intimidatorio y la violencia dentro y en los alrededores de las instituciones de forma de crear un contexto seguro y libre de intolerancia.

Provisión de información sobre los servicios de atención

La disponibilidad de servicios específicos debe ser asegurada publicando los números de teléfono, tales como las líneas de ayuda para crisis y emergencias, los números de las emergencias psiquiátricas, de forma tal que estén disponibles para los jóvenes.

Intervención: cuando se identifica el riesgo de suicidio

En la mayoría de los casos, los niños y jóvenes afligidos y en riesgo de comportamiento suicida experimentan también problemas de comunicación.

Consecuentemente, es importante establecer un diálogo con el joven afligido o en situación suicida.

Comunicación

El primer paso en la prevención de suicidio es invariablemente lograr la confianza en la comunicación. Durante el desarrollo del proceso suicida, la comunicación mutua entre los jóvenes suicidas y los que se encuentran a su alrededor es de importancia crucial. La falta de comunicación y el quiebre de la red da lugar a:

- Silencio y aumento de la tensión en la relación. El silencio y la ausencia de diálogo a menudo son causados por el miedo del adulto de impulsar

al niño o joven a cometer el acto suicida si discute con él o con ella sus pensamientos y mensajes suicidas.

- Obvia ambivalencia. Comprensiblemente la confrontación del adulto con la comunicación de la intención suicida de un niño o de un joven trae a primer plano sus propios conflictos psíquicos.

La tensión psicológica de un encuentro con un niño o joven con intenciones suicidas es, generalmente, muy intensa e involucra un amplio rango de reacciones emocionales. En algunos casos, los problemas emocionales no resueltos de los adultos que están en contacto con los niños y jóvenes suicidas, afloran a la superficie. Estos problemas pueden acentuarse entre el equipo institucional, cuya ambivalencia — de querer, pero al mismo tiempo no desear o no ser capaz de ayudar al joven suicida — puede resultar en eludir el diálogo.

- Agresión directa o indirecta. La incomodidad del adulto es tan grande que la reacción final frente al joven en situación de aflicción o con intenciones suicidas es de agresión verbal o no verbal.

Es importante comprender que el docente no está solo en este proceso de comunicación, y que el aprender a lograr una buena comunicación es fundamental.

El diálogo debe ser creado para, y adaptado a, cada situación. El diálogo implica, primero y ante todo, el reconocimiento de la identidad de los niños y adolescentes y también su necesidad de ayuda.

Muchas veces, los niños y adolescentes afligidos o en riesgo de suicidio son hipersensibles con respecto al estilo de comunicación de las otras personas. Esto es debido a que a menudo carecieron de relaciones de confianza con sus familias y amigos durante su crianza, y por lo tanto, experimentaron ausencia de interés, de respeto y aún de amor.

La hipersensibilidad del estudiante suicida surge tanto en la comunicación verbal como no verbal. Aquí, el lenguaje corporal juega un papel tan importante como la comunicación verbal. Sin embargo, los adultos no deben desalentarse por la renuencia a hablarles que puedan presentar los niños y adolescentes afligidos y/o suicidas. En vez de esto, deben recordar que la actitud de rechazo es a menudo un signo de desconfianza hacia los adultos.

Los niños y adolescentes suicidas también despliegan marcada ambivalencia acerca de si aceptar o rechazar la ayuda que se les ofrece y también acerca de si vivir o morir. Esta ambivalencia tiene evidentes repercusiones en el comportamiento del joven suicida, que puede mostrar cambios rápidos que van desde la búsqueda de ayuda hasta el rechazo y puede ser fácilmente malinterpretado por otras personas.

Mejoramiento de las habilidades del equipo institucional

Puede ponerse en práctica mediante cursos especiales de capacitación dirigidos a mejorar la comunicación entre los docentes y los jóvenes afligidos o suicidas y aumentar la conciencia y comprensión del riesgo de suicidio. El entrenamiento de todo el equipo institucional en la capacidad de hablar entre ellos y con los estudiantes sobre cuestiones relativas a la vida y la muerte, mejorar sus habilidades para identificar la aflicción, la depresión y el comportamiento suicida, y aumentar el conocimiento sobre el apoyo disponible, son medios cruciales para la prevención del suicidio.

El tener metas claras y límites precisos tales como están definidos en los manuales de prevención de suicidio constituyen herramientas importantes para este trabajo.

Referencia a profesionales

Una pronta intervención, con autoridad y decisión, (por ejemplo, conducir al joven suicida a un médico general, a un psiquiatra infantil o a un centro de emergencia), puede salvar una vida.

Para ser efectivos, los servicios de salud para jóvenes tienen que ser de fácil acceso, atractivos y no estigmatizadores. Los estudiantes afligidos o suicidas tienen que ser referidos de forma personal y activa por el equipo institucional y recibidos por un equipo compuesto de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y representantes legales cuya tarea será proteger los derechos de los jóvenes. Esta transferencia activa del joven hacia el sistema de atención de salud, lo previene de abandonar los estudios durante el proceso de referencia, lo que podría suceder si este proceso sólo se realiza por correspondencia.

Retirar los medios para el suicidio de la proximidad de los jóvenes y adolescentes suicidas

Varias formas de supervisión así como el retirar o poner bajo llave las medicinas peligrosas, armas de fuego, pesticidas, explosivos, cuchillos y otros, en los colegios, hogares, y otros contextos son medidas muy importantes para salvar vidas. Dado que estas medidas por sí solas no son suficientes para prevenir el suicidio, debe ofrecerse al mismo tiempo apoyo psicológico cuando el suicidio ha sido intentado o cometido.

Informar al equipo institucional y a los compañeros

La institución debe tener planes de emergencia acerca de cómo informar al equipo institucional, especialmente a los docentes, y también a los alumnos compañeros y padres, cuando el suicidio se cometió en la institución, con la finalidad de prevenir suicidios en cadena. El efecto de contagio proviene de la tendencia de los niños y jóvenes suicidas a identificarse con las soluciones destructivas adoptadas por personas que intentaron o cometieron suicidio.

Las recomendaciones acerca de cómo manejar y prevenir suicidios en cadena, desarrolladas y promulgadas en 1994 por los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, están en uso y son ampliamente difundidas.

Es importante identificar a todos los estudiantes en riesgo de suicidio, tanto en la misma clase como en otras. Un conjunto de suicidios en cadena puede comprender no solamente niños y adolescentes que se conocen unos a otros. Incluso jóvenes que están lejos o son completamente desconocidos de las víctimas del suicidio, pueden identificarse con su comportamiento y recurrir al suicidio.

Los compañeros del colegio, el equipo escolar y los padres deben ser informados de un suicidio o de un intento de suicidio de un estudiante, y la aflicción causada por un acto de este tipo debe ser concienzudamente discutida.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

El suicidio no es un incomprensible salto desde el vacío: los estudiantes suicidas le dan a la gente que los rodea suficientes avisos y margen para intervenir.

En el trabajo de prevención de suicidio, los docentes y el equipo institucional enfrentan un desafío de gran importancia estratégica, en la cual es fundamental:

- Identificar los estudiantes con trastornos de personalidad y ofrecerles apoyo psicológico.
- Forjar lazos cercanos con los jóvenes hablándoles y tratando de entender y ayudar.
- Aliviar la aflicción mental.
- Ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación suicida, ya sea a través de afirmaciones verbales y cambios en el comportamiento.
- Ayudar con sus trabajos a los estudiantes menos diestros.
- Evaluar las razones de las faltas injustificadas.
- Desestigmatizar la enfermedad mental y ayudar a eliminar el abuso de alcohol y drogas psicoactivas.
- Remitir a los estudiantes para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y el abuso de alcohol y drogas.
- Restringir el acceso de los estudiantes a los medios aptos para el suicidio —drogas tóxicas o letales, pesticidas, armas de fuego y otras armas, etc.
- Proporcionar a los docentes y otros miembros del equipo que trabajan en la institución acceso inmediato a medios para aliviar su estrés en el trabajo.

LECTURAS SELECCIONADAS

CARRIS MJ, SHEEBER L, HOWE S.

Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *J Adolesc* 1998; 21 (4): 459-72.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL.

CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994,

COHEN-SANDLER R, BERMAN AL, KING RA.

Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982; 21: 178-86.

ERIKSON EH.

Identity, Youth and Crisis. New York, Norton, 1994.

GAROFALO R, et al.

The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998; 101 (5): 805-902.

GOULD MS, et al.

Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 37 (9): 915-23. Suppl.: 1-12.

HOLINGER PC, KLEMEN EH.

Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine* 1982; 16:1929-38.

JILEK-AALL L.

Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Trans Psychiatry Res Rev* 1988; 25: 87-105.

JONES RW, BARBE RH.

Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.

LITMAN RE.

Psychological autopsies of young suicides. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Vol. 3: *Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.

MCKEY PW, MALLEY PB, KUSK F, BOGO RJ.

School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor* 1994; 42: 130-6.

MCGOLDRICK M, WALSH F.

A systematic view of family history and loss.

PAPENFUSS RL et al.

Teaching positive self-concepts in the classroom. *J School Health* 1983; 53: 618-20.

SCHAFFER D, FISHER P.

The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981; 20: 545-65.

SMITH J.

Coping with Suicide. New York, Rosen, 1986.

SUDAK HS, FORD AB, RUSHFORTH NB.

Adolescent suicide: an overview. *Am J Psychother* 1984; 38: 350-63.

WEISSMAN MM et al.

Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 794-801.

WEISSMAN MM, FOX K, KLERMAN GL.

Hostility and depression associated with suicide attempts. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 450-5.

WEISSMAN MM et al.

Depressed adolescents grow up. *J Am Medical Ass*, 1999; 281 (18): 1701-13.

ZENERE FJ, LAZARUS PJ.

The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27 (4): 387-403.

