

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

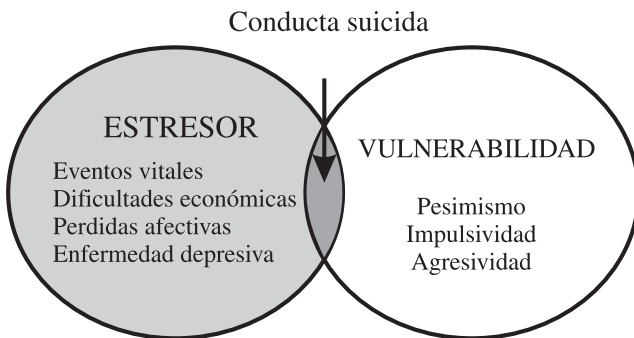
Con frecuencia se asume que la causa del suicidio o del intento de suicidio es la presencia de un estresor (una pérdida afectiva, un descalabro económico) que el individuo es incapaz de afrontar o que superó su capacidad de adaptación. Esta posición, que con frecuencia resulta simplista al tratar de 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 al 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.

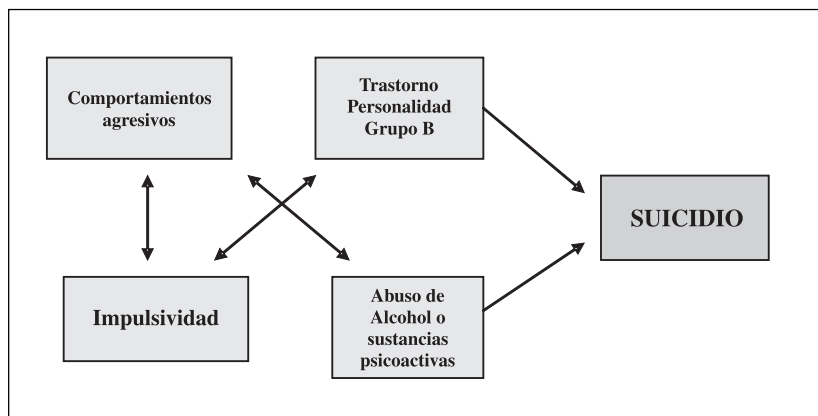
BACA-GARCÍA y colaboradores (2001) afirman que los individuos que tienen un plan suicida durante un lapso más o menos largo muestran comportamientos suicidas más letales. En forma paradójica, la impulsividad incrementa el riesgo de futuros intentos de suicidio pero impide la planeación del acto suicida, 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.

