
Expertos Invitados

REVISION DEL RIESGO DE SUICIDIO EN TRASTORNOS AFECTIVOS

John Michael Bostwick

Columnista Experto de SIIC

Institucion:

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, EE.UU.

Quando me solicitaron, hace aproximadamente una década, que escribiera un capítulo sobre suicidio para el *American Psychiatric Press Textbook of Consultation Liaison Psychiatry* (Libro de Texto de la Prensa Psiquiátrica Norteamericana de Psiquiatría de Enlace y Consulta), encontré una verdad aceptada que no tenía sentido. Cada libro de texto importante de psiquiatría examinado afirmaba que el 15% de los pacientes depresivos fallecería por suicidio,¹⁻⁵ aun cuando ningún profesor o colega consultado había registrado jamás semejante prevalencia en la práctica profesional. Intrigado por esta contradicción, me convertí en detective médico y descubrí que todos los caminos intelectuales conducían a un artículo publicado por Guze y Robins en *British Journal of Psychiatry*, en 1970,⁶ reproducido en el libro de texto magistral de Goodwin y Jamison, *Manic-Depressive Illness* (Enfermedad Maníaco- Depresiva) 20 años más tarde.⁷ No se tenía en cuenta que Guze y Robins -y Goodwin y Jamison después de ellos- *no se hubieran referido a todos* los pacientes depresivos, sino más bien a un subgrupo principalmente de pacientes internados; ni que en ambos casos los autores utilizaran una metodología defectuosa, al proyectar los suicidios en una muestra seguida por breve tiempo, cuando no había fallecido más que una pequeña parte del total. Tampoco se tenía en cuenta la falsedad de la hipótesis de que el suicidio tiene lugar con frecuencia constante a través del curso de vida en la enfermedad depresiva.

Descubrí que los libros de texto generalizaban a partir de un subgrupo particular de pacientes depresivos -aquellos cuyo examen clínico era lo suficientemente preocupante como para justificar la hospitalización-, a *todos* los pacientes afectados por depresión. Afirmaban que en esta cifra del 15% exenta de toda especificación puede haber momentos de mayor o menor riesgo en el curso de una enfermedad conocida por los altibajos que se manifiestan a través de episodios recurrentes de variable intensidad sintomatológica.

Una cosa fue inferir que la cifra del 15% no tenía sentido. Otra cosa fue probarlo. El metaanálisis pareció la técnica a utilizar. Así comenzaron seis años de investigación personal luego de mi día habitual de atención clínica y docente. Analicé más de 500 artículos y consideré, como potencial fuente de datos, todo aquel que incluyera una población de pacientes depresivos seguidos durante cierto tiempo. El conjunto mínimo de datos consistía en:

- población de pacientes afectados por depresión
- seguimiento promedio de al menos dos años
- retención de sujetos del 90% como mínimo
- datos acerca de cuántos de los individuos originales habían fallecido por suicidio.

Un total de 34 estudios sobrevivieron a este riguroso y selectivo proceso, los cuales representaban un número de aproximadamente 20 000 individuos, 3 500 muertes, y 800 suicidios.

Aunque los libros de texto no mencionaban el tema en especial, tenía el presentimiento -no particularmente erudito- de que no todos los pacientes depresivos son comparables en cuanto a la potencialidad suicida. Dado que más de medio siglo de artículos revelaban una babel de más de 30 términos aparentemente intercambiables de depresión, las sutilezas diagnósticas no probaron ser útiles para identificar grupos diferenciados. Sin embargo, fue evidente la existencia de tres subpoblaciones de pacientes afectados por cuadros depresivos que se distinguían por las condiciones de internación en el momento de ser seleccionados para participar en los respectivos estudios. El artículo con los hallazgos apareció en la *American Journal of Psychiatry* en diciembre de 2000.⁸ En 7 estudios tomados en conjunto, sobre aproximadamente a 5 000 pacientes internados por ideación suicida o luego de un intento de suicidio, la prevalencia de suicidio a largo de la vida fue de 8.6%. En 22 estudios agrupados, que incluían aproximadamente a 12 000 pacientes afectados por depresión, internados sin especificación de ideación suicida, la prevalencia de suicidio a lo largo de la vida fue de 4.0%. En 5 estudios considerados en conjunto, que totalizaban 5 100 sujetos depresivos que ingresaron a los ensayos como pacientes ambulatorios, la prevalencia de suicidio a lo largo de la vida fue de 2.2%. No cabe duda de que el grupo de internados sin especificación de ideación suicida abarcaba a pacientes con estas características -los artículos originales simplemente no incluyeron esos datos-, lo cual disminuye la prevalencia de suicidio a lo largo de la vida para los internados con depresión pero sin ideación suicida.

Además, el grupo de pacientes ambulatorios comprendía a individuos que finalmente serían internados; esto indica que el paciente ambulatorio que nunca tuvo una internación psiquiátrica presenta una prevalencia de suicidio inferior al 2.2%. En consecuencia, llegué a la conclusión de que existía una jerarquía del riesgo, basada en cualquier combinación de ideación suicida explícita y todo aquello -tangible o no- que induce a los clínicos a internar a los pacientes. Lo mismo ocurría con las generalidades bibliográficas acerca de una estadística de suicidio que se adecuara a todos los pacientes depresivos.

No obstante, no utilicé sólo el concepto de jerarquía para desacreditar la cifra del 15%. Me había dado cuenta de inmediato que Guze y Robins extrapolaron las muertes eventuales por suicidio cuando sólo una pequeña proporción de los casos habían fallecido. El artículo original estaba ilustrado con un gráfico a mano alzada del porcentaje de muertes debidas a suicidio, en relación al período de seguimiento de cada artículo. Cuanto más corto el período de seguimiento, mayor era la proporción de fallecidos por suicidio; la afirmación adquiere sentido intuitivo cuando se tiene en cuenta que las personas jóvenes fallecen, en su mayoría, por pocas causas, de modo que el suicidio adquiere mayor influencia proporcional en las estadísticas de mortalidad juvenil. Otras fuentes bibliográficas indicaban que es más probable que los suicidios tengan lugar poco después del diagnóstico y poco después de la internación.⁹⁻¹⁶ Así, la mortalidad proporcional (el porcentaje de fallecidos a causa de suicidio) estima en exceso la prevalencia de suicidio cuando se utiliza para obtener una proyección de las muertes que finalmente ocurrirán por tal causa, como lo hicieron Guze y Robins, y después Goodwin y Jamison.

La fatalidad según los casos (FC) considera la cantidad de suicidios respecto del número de individuos que participan del estudio en lugar del número de fallecimientos. La mortalidad proporcional (MP) sólo iguala a la FC cuando todos los participantes han muerto. En términos reales, si en un estudio participan 100 individuos, 10 de los cuales han fallecido y de éstos 1 se había suicidado, la MP expresa que el 10% falleció por

suicidio, mientras que la FC afirma que sólo 1% murió por ese motivo. Particularmente, al considerar la frecuencia de suicidio a lo largo de la vida de los individuos, la FC proveerá una cifra que la subestima. Sin embargo, dada la concentración de suicidios en los jóvenes y en aquellos con diagnóstico reciente en el trastorno afectivo, consideramos que la FC es un método más preciso para calcular el riesgo de suicidio a lo largo de la vida.

Había realizado los primeros 5 años de labor en este proyecto, mediante cálculos brutos hechos con lápiz y papel, con la sola colaboración de una calculadora portátil. Cuando invité al Dr. V. Shane Pancratz, un especialista en bioestadística, a unirse al esfuerzo, encontré un colaborador que otorgaría un sentido sofisticado a mis indagaciones superficiales. El Dr. Pancratz analizó las cifras antes mencionadas, mediante la utilización de las ecuaciones estimativas generalizadas, en un paquete estadístico estándar (PROC GENMOD). También procuró que otros datos apuntaran a que nuestra estimación de la FC fuera lo más precisa posible. Mientras que cada estudio incluido superaba el período de seguimiento de corte de al menos 2 años, un gran número de aquellos se caracterizaban por seguimientos bastante más prolongados que el mínimo requerido. Mediante aplicación de la regla de Bayes, introdujo como factor la contribución relativa de cada estudio en la estimación final de la FC. En una feliz confirmación de que mis cálculos manuales estaban en la senda correcta, las estimaciones originales de FC casi coincidían con las estimaciones de probabilidad del modelo de efectos aleatorios según la Regla de Bayes, que Shane había utilizado.

Mientras nuestra labor asigna un valor significativamente inferior a la prevalencia de suicidio durante la vida en el trastorno afectivo, de ninguna manera pretendemos minimizar la repercusión devastadora o la importancia crítica que presenta el sentimiento de autodestrucción en los que padecen esta enfermedad. Al identificar subgrupos de pacientes deprimidos en mayor riesgo, creemos que nuestras estimaciones de fatalidad por casos apuntan a las poblaciones en las cuales deberían concentrarse los recursos para prevenir el suicidio. Debido a que durante los últimos 30 años el concepto general de depresión ha incluido muchas más variantes menos letales (Klein y Thase estiman que el 20% de la población estaría comprendido en uno u otro diagnóstico de trastorno afectivo, según el DSM- IV),¹⁷ la identificación de aquellos pacientes más propensos a morir por propia mano se ha vuelto aún más importante. Además, la fuerte evidencia de que el suicidio se manifiesta tempranamente en el curso del trastorno afectivo respalda el concepto de que la historia natural del suicidio es un proceso dinámico con períodos detectables de mayor riesgo.

Nos proponemos dedicar esfuerzos de investigación en el futuro con el objeto de identificar características que distingan no sólo los momentos de incremento del riesgo sino también los individuos susceptibles. Por ejemplo, el hecho de que un profesional haya pensado, en algún punto del curso de la enfermedad, que el o la paciente estaba suficientemente grave o era capaz de suicidarse para justificar la internación, parece ser un fuerte indicador potencial de suicidio. Si la historia de ese paciente alguna vez incluye una hospitalización con ideación suicida evidente, la probabilidad de que se suicide en algún momento a lo largo de la vida es de más del doble.

También nos proponemos aplicar nuestra metodología de fatalidad por casos, para reconsiderar la prevalencia de suicidio en el transcurso de la vida en caso de otras enfermedades mentales importantes. Se supone que tanto la esquizofrenia como el alcoholismo presentan prevalencias de suicidio a lo largo de la vida similares al trastorno afectivo, pero, como en éste, las cifras comúnmente aceptadas se basan en cálculos de mortalidad proporcional y en la presunción de que el suicidio tiene lugar con la misma frecuencia durante todo el curso de la enfermedad. La evolución natural de la esquizofrenia y la del alcoholismo poseen características específicas propias, y esperamos encontrar en ambas afecciones (así como lo comprobamos en el trastorno afectivo) menores prevalencias durante el transcurso de vida que las supuestas en la actualidad y períodos definidos de aumento del riesgo.

BIBLIOGRAFIA

1. Klerman GL: Depression and related disorders of mood, in *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Edited by Nicholi AM. Cambridge, Mass, Belknap Press, 1988, p 319.
 2. Davidson L: Suicide and aggression in the medical setting, in *The Psychiatric Care of the Medical Patient*. Edited by Stoudemire A, Fogel BS. New York, Oxford University Press, 1993, pp 71-72.
 3. Andreasen NC, Black DW: Suicide and violent behavior, in *Introductory Textbook of Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, p 514.
 4. Roy A: Psychiatric emergencies, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995, p 1744.
 5. Dubovsky SI, Buzan R: Mood disorders, in *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, p 480.
 6. Guze SB, Robins E: Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; 117:437-438.
 7. Goodwin FK, Jamison KR: Suicide, in *Manic-Depressive Illness*. New York, Oxford University Press, 1990, pp 227-244.
 8. Bostwick JM, Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1925-1932.
 9. Pokorny AD: Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:249-257.
 10. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ: Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34:173-185.
 11. Geddes JR, Juszczak E: Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-1992. *Br Med J* 1995; 311:357-360.
 12. Goldacre M, Seagrot V, Hawton K: Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 1993; 342:283-286.
 13. Davies S, Naik PC, Lee AS: Lifetime risk of suicide in affective disorders (letter). *Br J Psychiatry* 1998; 173:185.
 14. Amaddeo F, Bisoffi G, Bonizzato P, Micciolo R, Tansella M: Mortality among patients with psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1995; 166:783-788.
 15. Simon GE, VonKorff M: Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol* 1998; 147:155-160.
 16. Sharma R, Markar HR: Mortality in affective disorder. *J Affect Disord* 1994; 31:91-96.
 17. Klein DF, Thase M: Medication versus psychotherapy for depression. *Progress Notes (American Society of Clinical Psychopharmacology)* 1997; 8:41-47
-

OPCIONES TERAPEUTICAS PARA LOS PACIENTES CON FOBIA SOCIAL

Dr. Glen O. Gabbard

Profesor de Psiquiatría, Baylor College of Medicine.
autor del libro "Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice". Además,
ha publicado trabajos científicos en las revistas American Journal of
Psychiatry, Psychoanalysis y British Journal of Psychiatry, entre otras.

Houston, Texas (**especial para SIIC**)

En una entrevista concedida a la **doctora Amelia Musacchio de Zan**, el doctor **Glen Gabbard** habló de su experiencia en el tratamiento de los pacientes con fobia social. La **doctora Amelia Musacchio de Zan** es Presidenta de la Sección Educación en Psiquiatría de la World Psychiatric Association (WPA), Médica Psiquiatra y Profesora Consulta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Por otra parte, se desempeña como Directora Científica del Consejo de Psiquiatría de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). El doctor **Glen Gabbard** es Profesor de Psiquiatría en el Baylor College of Medicine.

La fobia social es un rasgo psicopatológico caracterizado por el deseo de evitar las situaciones sociales en las que se requiere que el individuo haga algo frente a otros (hablar en público, escribir, comer o involucrarse en alguna conversación).

Las principales preocupaciones del paciente en estos casos son las de resultar incoherente, quedarse sin palabras, mostrar signos visibles de vergüenza o incomodidad (transpirar, no saber dónde poner las manos, disgusto) y torpeza (sonrojarse ante la falta de palabras), prestar demasiada atención a sus propias imperfecciones; sentirse avergonzado, disminuido y sufrir un daño social irreparable (pérdida de amigos, medio de subsistencia) como consecuencia de la pérdida de autoestima.

El **doctor Gabbard**, en su diálogo con **SIIC**, compartió su experiencia en el tratamiento de estos pacientes.

Dra. Amelia Musacchio de Zan: A partir de su experiencia en el tratamiento de pacientes con fobia social, ¿qué elementos psicodinámicos en los familiares ha evaluado usted como destacables?

Dr. Glen Gabbard: La fobia social representa el último tramo de una interacción entre la genética y el ambiente. Existe una predisposición genética a la que a menudo llamamos "inhibición conductual frente a lo no conocido". Los niños que nacen con este temperamento tienen un umbral más bajo para la estimulación límbico-hipotalámica, en respuesta a los cambios inesperados del entorno.

Sin embargo, sobre este temperamento deben actuar los factores estresantes del entorno, que activan a los genes que contribuyen en el trastorno. Estas influencias ambientales son las responsables de las características psicodinámicas. Las críticas duras, las respuestas vergonzantes de los padres y hermanos, y las amenazas de abandono, contribuyen al perfil caracterizado por la internalización de las relaciones de objeto. La vergüenza y la culpa son los estados afectivos centrales. Los pacientes con esta patología se aproximan a cada relación con la convicción inconsciente de que serán avergonzados, humillados y ridiculizados si la otra persona llega a conocerlos bien. Evitan la proximidad, como una forma de modular este miedo a las interacciones negativas con los otros.

Dra. Musacchio: ¿Podría mencionar las características que deberían presentar los pacientes con fobia social, que fuesen tratables con una psicoterapia psicodinámica?

G.G.: Los pacientes que pueden ser tratados con la psicoterapia psicodinámica deben sentir una curiosidad acerca de los orígenes de su ansiedad. Deben estar también psicológicamente dispuestos, y reconocer que existe un patrón en sus relaciones que se origina en un conflicto intrapsíquico. Deben ser capaces de desarrollar un pensamiento abstracto, y ser lo suficientemente inteligentes como para comprender la psicología humana.

Dra. Musacchio: ¿Por qué estima usted que se han extendido tanto las terapias cognitiva, conductual e interpersonal en el tratamiento de estos pacientes?

G.G.: La psicoterapia cognitiva-conductual es un buen tratamiento para la fobia social clara y sin complicaciones. El fundamento es la exposición in vivo. En otras palabras, el paciente enfrenta la situación en lugar de evitarla. La ansiedad se desencadena, y el paciente aprende que no ocurre un desastre como resultado de enfrentar su miedo. De esta forma, se habitúa al miedo.

Aún a los pacientes bajo terapia dinámica se los debería alentar a enfrentar la situación temida, por lo tanto existe un componente de exposición en todos los tratamientos de la fobia. No obstante, la terapia psicodinámica pone un mayor énfasis en la transferencia, puesto que la principal resistencia a la exploración dinámica es el temor del paciente a la reacción del terapeuta.