

Colección

Conferencias Relevantes

Serie

El Paciente de Máximo Riesgo Psicopatológico



Arturo Morin, «Sueño gris», caseína y óleo sobre madera, 1980.

El Riesgo de Suicidio en el Paciente Esquizofrénico y sus Características

Dr. Federico Rebok

Hospital Braulio A. Moyano; Universidad del Salvador;
Buenos Aires, Argentina. Pág. 3

Utilidad de la Terapia Conductual Dialéctica para el Manejo del Riesgo de Suicidio en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

Dr. Germán Teti

Hospital Braulio A. Moyano; Asociación de Psiquiatras Argentinos;
Buenos Aires, Argentina. Pág. 7

Relación Estrecha entre los Factores de Riesgo de Suicidio y la Conducta Suicida

Dr. Enzo Guzzo

Instituto Universitario CEMIC;
Buenos Aires, Argentina. Pág. 12



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

El Riesgo de Suicidio en el Paciente Esquizofrénico y sus Características



Presentación realizada por el

Dr. Federico Rebok

En el marco del Simposio Identificación y manejo del paciente de máximo riesgo psicopatológico llevado a cabo el 6 de octubre de 2016 en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Federico Rebok

Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal; Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano; Profesor Titular de la Cátedra de Urgencias Psiquiátricas, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Siempre se dijo que del 9% al 13% de los esquizofrénicos se suicidan, sin embargo, un metanálisis de Palmer y colaboradores, de 2005, contradice esto y hoy se cree que el porcentaje es menor, de alrededor del 5%. Lo que sí se sabe es que más del 50% de los pacientes esquizofrénicos han realizado alguna tentativa previa y que el suicidio es más frecuente, sobre todo al inicio de la enfermedad, pero especialmente hasta los primeros 10 años. De hecho, es la primera causa de muerte prematura no natural del paciente esquizofrénico.

Se encuentran en mayor riesgo los pacientes jóvenes, con un buen funcionamiento premórbido y con grandes expectativas de rendimiento; es decir, el paciente esquizofrénico que está en mayor riesgo es aquel esquizofrénico varón que, sobre todo, logra tener un *insight* de los síntomas psicóticos y conciencia de déficit, lo cual contrasta con las altas expectativas que tenía en el pasado y que se combina con la desesperanza que tiene con respecto al futuro (Figura 1).

Asimismo, incrementan el riesgo los síntomas de la serie depresiva. Ésta es una de las hipótesis por las cuales se cree que la clozapina sería eficaz en reducir la tasa de suicidios en los pacientes esquizofrénicos. Es decir que, al actuar indirectamente sobre la sintomatología depresiva de ese paciente, se reduce la tasa de suicidios.

Además del alcoholismo, que incrementa el riesgo suicida, se sabe que hay dos o tres dimensiones psicopatológicas que tienen entidad propia, en general en todos los trastornos mentales, como para pensar que un paciente tiene mayor riesgo suicida. Una de las dimensiones es la desesperanza, otra de ellas es el *insight* y otra, la impulsividad.

La acatisia es un factor de riesgo, aunque nuevamente hay trabajos que contradicen la versión original de que la acatisia aumenta el riesgo suicida; no obstante, hay otros estudios que afirman que no. De todas maneras, se debe considerar que muchos trabajos son antiguos y fueron realizados en la era de los antipsicóticos típicos, cuando se utilizaban dosis muy elevadas, por lo que muchas veces se generaba disforia por antipsicóticos de primera generación.

- ▶ Comete suicidio | + del 10%
- ▶ Tiene tentativas previas de suicidio | + del 50%

El suicidio ocurre con mayor frecuencia:

- Al inicio de la enfermedad
- En jóvenes
- En varones
- En los casos de buen funcionamiento premórbido
- En casos con buena expectativa de rendimiento (*insight* del síntoma)

Factores que incrementan el riesgo de suicidio:

- Síntomas depresivos
- Alcoholismo
- Desesperanza
- Acatisia
- Primeras semanas tras el alta (1/3 de los suicidios)
- Durante la hospitalización (1/3 de los suicidios)

Paciente esquizofrénico

Figura 1. Epidemiología del suicidio en el paciente esquizofrénico. Fuente: *Excess mortality in schizophrenia and affective disorders.* Tsuang MT, Woolson RF. Arch Gen Psychiatry (35)(10):1181-5, Oct 1978. *Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide.* Roy A. Am J Psychiatry 158(8):1215-9, Aug 2001.

Otro punto importante es que el suicidio consumado sigue una curva bimodal, con un primer pico que se presenta al inicio de la hospitalización y un segundo pico que se observa en los momentos posteriores al alta de la internación.

También hay causas naturales de muerte en el paciente esquizofrénico; los sujetos esquizofrénicos fuman mucho, tienen mayor propensión a tener diabetes tipo 2 y, en general, todos los factores de riesgo cardiovascular.

Por su parte, el *odds ratio* (OR) en la mujer, dentro de la población esquizofrénica, es de 1.57; es decir, menor que el OR habitual para la consumación del suicidio en otras enfermedades. Esto debe llevar a pensar que, sea cual fuera la situación de la mujer que reduce las chances de un suicidio consumado, esto es diferente en la población esquizofrénica.

El riesgo es mayor en los esquizofrénicos jóvenes, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad, cuando se da este combo especial entre *insight* e ideas de desesperanza, y, por supuesto, en los varones.

Por su parte, la soltería y el desempleo son poco predictivos; el buen nivel premórbido, el nivel educativo alto y las elevadas expectativas sí lo son. Además, por supuesto, el antecedente familiar de suicidio consumado.

Así como la curva bimodal se presenta los primeros días después de la hospitalización y los primeros días posteriores al alta, es muy frecuente en nuestro país, al menos en instituciones públicas, que se otorguen permisos de paseo. Esto debe alertar, sobre todo desde el punto de vista médico-legal, si se piensa que tener a un paciente con permiso de paseo prolongado es bueno, ya que en realidad es un riesgo médico-legal porque, a los fines prácticos, ese paciente jamás fue externado; es decir, debería brindársele todos los cuidados de la internación. Entonces, es mejor, a veces, externar al paciente en vez de mantenerlo con un régimen de permisos de paseo prolongados.

Así, el alta hospitalaria reciente, a partir del mes; los antecedentes de tentativas personales previas, como en todo trastorno mental; la evolución crónica con exacerbaciones, y el abuso de sustancias y alcohol también empeoran el pronóstico.

La presencia de un paciente agitado, y sobre todo en el caso de un sujeto agresivo, por ejemplo, en los casos de mujeres jóvenes con rasgos antisociales y agresivos, aumenta el riesgo de suicidio en la población esquizofrénica. También lo incrementa la mala adhesión, no por sí misma, sino porque, en estos casos, hay mayor tasa de recaídas, aumenta el número de ciclos de ingresos y altas y hay mayor período de riesgo.

Se debe hacer una monitorización intensiva del paciente; a todos los sujetos con esquizofrenia se les debería preguntar de forma activa sobre ideación o intento de suicidio.

En el metanálisis de Hawton de 2005, el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia está fuertemente asociado con: la depresión; el antecedente de intentos de suicidio previos; el abuso de sustancias; la agitación o la inquietud motora; el miedo a la desintegración mental, que implica, de alguna manera, un *insight* parcial de lo que le está pasando; la escasa adhesión al tratamiento, o una pérdida reciente, es decir, que este hecho no es muy bien procesado por el paciente esquizofrénico. En cambio,

los síntomas psicóticos activos, floridos, de la enfermedad, es decir, el brote, tiene un valor menos predictivo para este metanálisis.

Por su parte, el metanálisis de Popovic de 2014 repite algunas cuestiones: la presencia de síntomas afectivos aumenta las probabilidades, así como el antecedente de intentos de suicidio y el número de hospitalizaciones. Entre los otros riesgos figuran: la edad joven, el estar cerca del inicio de una enfermedad mental, el sexo masculino, el abuso de sustancias, y el período durante el alta o inmediatamente después de ésta.

Por su parte, el metanálisis de Hor y Taylor, de 2010, es decir, 5 años después del de Hawton, abarca todos los trabajos que se hicieron desde dicho metanálisis y llega a la conclusión de que los síntomas positivos incrementan sobre todo las alucinaciones y las ideas delirantes, las cuales funcionan como factores de riesgo para consumir un suicidio en un paciente esquizofrénico.

Tal vez la discrepancia entre estos dos metanálisis se deba a que la esquizofrenia es un conjunto de entidades a pesar de estar reunidas en una sola categoría.

En los viejos ejes del DSM, siempre se debe tener en cuenta el conjunto de *insight* y desesperanza. Entonces, se debe recordar siempre preguntar por ideación suicida en el paciente esquizofrénico; para ello se utiliza la escala SAD PERSONS de atención primaria (Tabla 1).

Depresión en la esquizofrenia

Si los síntomas afectivos muchas veces predicen que un paciente tendrá mayor probabilidad de llevar adelante un intento de suicidio o de consumir un suicidio, la depresión es una dimensión muy importante a evaluar. A veces, esto no se hace porque no sabemos diferenciar lo que es un síntoma de la serie afectiva de lo que es un síntoma de la serie apática; lo que es un síntoma negativo de lo que es un síntoma afectivo sobreañadido. Generalmente, estos pacientes tienen, sobre todo, oscilaciones tímicas que podrían considerarse superficiales, porque el afecto tal vez no cala hondo como en el paciente bipolar, pero esto no quiere decir que los pacientes esquizofrénicos no puedan presentar síntomas de la serie afectiva.

Como factores de riesgo se describen: el antecedente familiar de depresión, una cuestión que siempre permite diferenciar si el paciente frente al que estamos tiene un trastorno bipolar o esquizofrenia; las altas expectativas de éxito en la familia del paciente; el estigma o el autoestigma por el diagnóstico y la enfermedad; la inteligencia y el *insight*; las múltiples internaciones; la externación reciente, y la pérdida del apoyo psicosocial.

En cuanto a la patogénesis, lo que plantean estos autores es que la depresión puede ser un componente psicopatológico de la esquizofrenia; es decir, hay pacientes esquizofrénicos que, dentro de su sintomatología, tienden a presentar síntomas de la serie depresiva; por ejemplo, la hebefrenia depresiva de Leonhard, que hoy estaría catalogada por la escuela norteamericana como una esquizofrenia desorganizada, puede cursar con mu-

Tabla 1. Escala SAD PERSONS.

S	Sex: > 3 varones por cada mujer que se suicida	+ 1 si varón
A	Age: viejos > jóvenes, especialmente en varones caucásicos	+ 1 si < 19 o > 45
D	Depression: un episodio depresivo antecede el suicidio en hasta el 70% de los casos. Considerar la "desesperanza"	+ 1
P	Previous attempt(s): especialmente con alto grado de letalidad (intervención médica)	+ 1
E	Previous attempt(s): especialmente con alto grado de letalidad (intervención médica)	+ 1
R	Rational thinking loss: bradipsiquia profunda, depresión psicótica, trastorno orgánico cerebral preexistente (especialmente del lóbulo frontal)	+ 1
S	Social support deficit: que a su vez puede ser la consecuencia de la enfermedad, que cursa con aislamiento	+ 1
O	Organized plan: siempre hay que investigar la existencia de planificación suicida	+ 1
N	No spouse: la ausencia de cónyuge o de otra persona significativa incrementa el riesgo suicida	+ 1
S	Sickness: enfermedades somáticas comórbidas	+ 1

Fuente: *Evaluation of suicidal patients*. Psychosomatics. Patterson WM, Dohn HH y col., 1983.

chos síntomas de la serie depresiva; de hecho, la forma de iniciarse de estos pacientes es de tipo pseudodepresiva. En general, es un cuadro pseudodepresivo que se inicia en el período de la adolescencia, que tiene un inicio pero no un final; o sea, no tiene fases claras y, finalmente, termina en el brote. Se podría pensar que lo que se ha iniciado es una mezcla de sintomatología apática, o negativa, con sintomatología de la serie depresiva. Una vez que se manifiesta el brote, la afección queda mucho más clara.

Por su parte, Weber hablaba de la esquizofrenia pseudocíclica; es decir, un tipo de esquizofrenia con períodos de gran acalmia, durante los cuales, sin embargo, sigue progresando el morbo esquizofrénico, o sea los síntomas negativos. Esos períodos de acalmia a veces se confunden con un período de eutimia de un paciente bipolar, aunque después aparecen las oscilaciones tónicas superficiales.

Otra hipótesis plantea el espectro psicopatológico con dos extremos: el cuadro puramente afectivo y el cuadro

puramente psicótico; desde la depresión unipolar de un lado, hasta la esquizofrenia del otro. En este punto estarían ubicados los pacientes que tienen una sintomatología mixta afectiva-esquizofrénica, por lo que se encontrarían dentro del trastorno esquizoaffectivo. Se debe tener siempre en claro que el subtipo depresivo es el que tiene que llevar a pensar si realmente el sujeto presenta un trastorno esquizoaffectivo subtipo depresivo o en realidad es un paciente esquizofrénico con síntomas de la serie anímica.

Depresión versus síntoma

La depresión puede ser un síntoma, un síndrome o una enfermedad. Algunos autores, como Siris (2000), piensan que los síntomas depresivos son menos dramáticos que los síntomas psicóticos durante el brote. No obstante, también se preguntan si son menos dramáticos o, en realidad, son menos aparentes. Los síntomas depresivos pueden presentarse sino, con posterioridad al brote; si

bien tienden a remitir al tratarse dicho brote, pueden persistir en algunos pacientes. Ese diagnóstico se encuentra en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), dentro de los Trastornos Mentales, y aparece como depresión pospsicótica o posesquizofrénica.

Las consecuencias son: mayores tasas de recaídas y reinternaciones tempranas; respuesta más escasa a psicofármacos; peor rendimiento cognitivo; mayores alteraciones en el funcionamiento social; mayor sufrimiento personal, y mayores tasas de ideación y suicidio consumado.

Diagnóstico diferencial

Se debe tener en cuenta, sobre todo, la disforia por antipsicóticos; hoy se sabe que se puede utilizar los antipsicóticos de primera generación en dosis más bajas. También, la acinesia y la acatisia por antipsicóticos, más frecuente con los de primera generación; los síntomas negativos, es decir, se deben tratar de pesquisar los síntomas, sobre todo cognitivos y afectivos, en el paciente esquizofrénico para poder diferenciarlos de la apatía propia del cuadro; el pródromo al brote, que se da de días a dos semanas, que presenta el paciente esquizofrénico muchas veces antes de descompensarse, el cual comienza por no dormir. En el pródromo pueden aparecer síntomas de la serie afectiva; en general, también surgen síntomas que nos obligan a hacer un diagnóstico diferencial, por ejemplo, irritabilidad. Además, se debe tener en consideración la reacción de decepción, para la que algunos autores postu-

lan que, en realidad, se trata de un *insight* transitorio que no necesariamente llevaría al suicidio; es decir, algunos pacientes pueden tener pequeños lapsos de *insight* que, sin embargo, no se acompañan de ideación suicida. Si el *insight* es muy pronunciado y, además, se acompaña por ideas de desesperanza, se está frente a un problema.

Finalmente, hay que destacar en el diagnóstico de depresión posesquizofrénica de la CIE-10, que aunque este cuadro aparece por la sintomatología negativa, se deja entrever que también puede darse por la sintomatología positiva; para la CIE-10 no queda claro si esto es un complejo sintomático que se encuentra dentro del cuadro esquizofrénico o si es una reacción psicológica a la toma de perspectiva de lo que le está pasando al paciente.

Tratamiento farmacológico

La clozapina es el fármaco que ha mostrado reducir el suicidio a largo plazo en pacientes esquizofrénicos; una de las explicaciones posibles sería la disminución de los síntomas afectivos en dicho paciente. También mejora las ideas de desesperanza y los síntomas positivos y reduce la letalidad de los intentos.

Además, la clozapina se mostró más eficaz que la olanzapina en reducir la ideación suicida, el número de hospitalizaciones y la necesidad de intervenciones de emergencia, independientemente de que el paciente tuviera un trastorno por abuso de sustancias comórbido y del número de intentos previos que presentara.

La disertación original titulada **Trastornos Psicóticos** fue auspiciada por Laboratorio Baliarda. El Departamento editorial de SIIC realizó la supervisión científica, aplicación y adecuación de imágenes, diseño y adaptación literaria a esta versión impresa que reproduce con objetividad la exposición de los conferencistas, responsables de las opiniones vertidas en ella. Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2016.

Utilidad de la Terapia Conductual Dialéctica para el Manejo del Riesgo de Suicidio en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad



Presentación realizada por el

Dr. Germán Teti

En el marco del Simposio Identificación y manejo del paciente de máximo riesgo psicopatológico llevado a cabo el 6 de octubre de 2016 en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Germán Teti

Médico especialista en Psiquiatría; Médico de planta del Hospital Dr. Braulio A. Moyano; Vicepresidente del capítulo de Suicidología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA); Director del Centro Argentino de Terapias Contextuales (CATC); Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Específicamente se tratará el tema de la evaluación y el enfoque del riesgo suicida en el trastorno de la personalidad. Como profesionales de la **salud mental**, se trabaja con autolesiones intencionales, pero es importante discriminar aquellas que tienen por finalidad terminar con la vida del sujeto de las que son autolesiones deliberadas. Por autolesión deliberada se entiende cualquier lesión que el sujeto se imprime, pero cuya finalidad, al momento de hacerla, no era la de quitarse la vida. ¿Cómo se pueden diferenciar? La referencia verbal, en ocasiones, es que no lo quería hacer, pero también se tiene en cuenta otros aspectos, como la letalidad del acto; en general, las autolesiones deliberadas dan cuenta de métodos poco letales: sobreingestas bajas de psicofármacos, cortes muy superficiales, etc. Pero también es importante tener en cuenta las circunstancias que rodean al acto para determinar las características entre un intento de suicidio o una autolesión deliberada. En la autolesión deliberada, la denominada autolesión no suicida, o en **psiquiatría** más tradicionalmente considerada como parasuicidio, el sujeto se aseguraba la presencia de algún tercero para que el desenlace no fuese fatal. Es importante en esos casos evaluar si no fue una autolesión deliberada, no suicida, que no tiene el nivel de riesgo que un intento de suicidio y que no requiere *a priori* una medida tan restrictiva, por ejemplo, la internación psiquiátrica. Por último, obviamente esto no se utiliza en la clínica sino en investigación, hay intentos de suicidio que se consideran ambivalentes cuando no es posible determinar con claridad si fue un intento de suicidio o una autolesión deliberada.

Algunos datos epidemiológicos: la tasa global de suicidio es de 16 suicidios por cada 100 000 habitantes; pero hay un millón de suicidios en el mundo por año y hay entre 10 y 20 millones de intentos de suicidio a nivel mundial. O sea, es un problema de **salud pública** muy grande y las proyecciones indican que el suicidio se convertirá en uno de los mayores contribuyentes a la carga mundial de morbilidad en las próximas dos décadas.

En la Argentina, los datos del Ministerio de Salud de la Nación muestran que el suicidio es la segunda causa

de muerte en el grupo etario de los 15 a los 24 años, es la cuarta causa en el grupo de los 25 a los 34 años y se mantiene entre las 10 primeras causas de muerte hasta los 65 años. Es decir que el suicidio es una temática prevalente e importante en nuestro país.

Los profesionales de la **salud mental** enfrentan varias dificultades. Es algo extremadamente prevalente y con pocas medidas consistentes o claras de qué hacer en el caso de un paciente que se presenta con riesgo suicida. El primer fundamento de esto es que existen muy pocos estudios controlados con pacientes suicidas. Hasta 2012 sólo había 46 ensayos controlados con intervenciones específicas para reducir suicidio, lo cual es muy poco. ¿Hay un fundamento? Sí, lo hay: la mayoría de los estudios excluyen a pacientes suicidas.

También es importante la renuencia de muchos profesionales de **salud mental** a tratar pacientes suicidas. Como consecuencia de esto, existe poca información acerca de qué hacer con pacientes suicidas, al menos en comparación con otros tipos de trastornos.

En un estudio prospectivo a 10 años, con seguimiento de pacientes, primero se hicieron entrevistas estructuradas basales y seguimientos anuales de sujetos con trastornos de la personalidad. El objetivo era identificar qué trastornos de la personalidad presentaban un riesgo de intento de suicidio o múltiples intentos de suicidio en el seguimiento. Sólo el trastorno límite de la personalidad (TLP), luego del análisis multivariado, presentó riesgos para intento de suicidio. Si bien se encontró también cierta correlación entre el TLP y los múltiples intentos, fundamentalmente el análisis multivariado arrojaba como resultado la presencia de TLP.

Al día de la fecha existen por lo menos cuatro tratamientos que funcionan para mejorar la calidad de vida de los sujetos con TLP: la terapia conductual dialéctica, la terapia basada en la mentalización, la terapia focalizada en la transferencia y el abordaje psiquiátrico general. Hay otros estudios que también han mostrado resultados positivos, como la terapia centralizada en el esquema de Jeffrey Jung, que es un modelo más cognitivo. Sin embar-

go, sólo el de la terapia conductual dialéctica tiene entre sus prioridades el objetivo primario –la reducción de los intentos de suicidio de los pacientes con trastorno límite de la personalidad– y mostró ser muy eficaz en reducir los intentos de suicidio y las autolesiones deliberadas. Es una de las prioridades del tratamiento y es el que mayor evidencia empírica tiene hasta la fecha, mayor cantidad de estudios replicados, con distintos pacientes en distintos contextos, en diferentes partes del mundo y con comorbilidades también distintas.

Cuando se trabaja con trastornos de la personalidad, obviamente se debe hacer un abordaje prioritario psicoterapéutico ya que los psicofármacos sólo funcionan para reducir algunas características psicopatológicas que forman parte del trastorno, pero no para mejorar la calidad del funcionamiento global del sujeto.

En una revisión sistemática Cochrane sobre TLP, se incluyeron 27 estudios que evaluaron la eficacia de los antipsicóticos, los estabilizantes del ánimo, los antidepresivos y el omega-3. Entre estos, los estabilizantes del ánimo produjeron los mayores efectos, principalmente el divalproato, la lamotrigina y el topiramato, al igual que los antipsicóticos atípicos aripiprazol y olanzapina. Es importante recordar que el nivel de evidencia es bajo, y sólo para el tratamiento de algunos síntomas.

En cuanto a la evaluación y el tratamiento del riesgo suicida en un TLP, a partir del modelo de la terapia conductual dialéctica, se consideran al menos cinco pasos: primero, se debe evaluar el riesgo; segundo, responder activamente a la presentación suicida del sujeto; tercero, seguir las guías generales; cuarto, seguir un protocolo apropiado, y quinto, desarrollar un plan global de tratamiento (Figura 1).

En la evaluación del riesgo, es importante tener en claro dos aspectos: la evaluación del riesgo a largo plazo (la más frecuente que se encuentra en **psiquiatría**, medir la cantidad de factores de riesgo o protectores que un paciente tiene) y la evaluación del riesgo más inminente. Se deben diferenciar las medidas que, en poco tiempo, pueden generar un desenlace fatal.

Con respecto a la evaluación del riesgo a largo plazo, deben considerarse las características que, en términos individuales o grupales, aumentan la probabilidad de suicidio, o bien aquellas que disminuyen esa probabilidad (factores protectores). No obstante, no hay ninguno que tenga el suficiente poder estadístico para dar cuenta de que ese paciente está en riesgo de suicidarse o no. Por lo tanto, el análisis se realiza en forma multifactorial. Se intenta medir la mayor cantidad de factores posibles, tanto aquellos que estén presentes como aquellos que están ausentes, ya que van a dar cuenta del nivel de riesgo. Los parámetros que se usarán para medir son: medidas de impacto, *odds ratio* o *risk ratio*. Se verá que cada factor empuja un poco más la posibilidad de tener un desenlace fatal, o sea, indica cuántas veces más ese sujeto tiene chances de sufrir un desenlace fatal por tener ese factor de riesgo.

- 1 | Evaluar el riesgo.
- 2 | Responder activamente a la conducta del paciente.
- 3 | Seguir las guías generales.
- 4 | Seguir el protocolo apropiado (de crisis, de conducta suicida en curso o de hospitalización)
- 5 | Desarrollar un plan de tratamiento.

Figura 1. Los 5 pasos del manejo de la conducta suicida.

Hawton divide los factores de riesgo en: factores no modificables por nuestra intervención, es decir, no modificables por una intervención clínica; y aquellos potencialmente modificables, es decir, aquellos en los que es posible cambiar el desenlace. Entre los factores de riesgo no modificables se encuentran: el sexo masculino, ya que los hombres se suicidan mucho más que las mujeres; la edad avanzada, porque el riesgo aumenta con la edad (a mayor edad mayor chance de suicidio, con un pico entre los 15 y los 24 años, y luego el riesgo se sigue incrementando con la edad), y ciertas cuestiones genéticas, como el antecedente familiar de suicidio.

Los factores de riesgo potencialmente modificables tienen que ver con los trastornos mentales; entonces, la depresión y el trastorno bipolar están a la cabeza con el riesgo suicida, así como la esquizofrenia. También es un tema muy importante el trastorno por abuso de sustancias. El TLP estaría por debajo de estos trastornos en cuanto al riesgo de suicidio como factor. Luego, ciertas características de la personalidad, dado que las personas con mayor impulsividad y agresividad, así como aquellas con mayor cantidad de ideas de desesperanza, tienen más riesgo de suicidarse que aquellas que no los tienen; también, ciertos factores contextuales socioculturales, que también aumentan el riesgo de suicidio.

Es también muy importante evaluar los factores protectores, ya que son características que generan ciertas posibilidades de disminuir el riesgo suicida de un sujeto, por lo que deben ser tenidos en cuenta. Dichos factores son: la flexibilidad cognitiva y la capacidad de resolución de problemas; algunos aspectos propios del entorno, como las prácticas religiosas, así como cierto apoyo social o familiar. Entonces, es importante recordar que la evaluación del riesgo suicida a largo plazo se encuentra tanto en los factores de riesgo como en los factores protectores.

Se llevó adelante un estudio en el que se evaluaron los factores de riesgo de suicidio e intentos de suicidio en la región de Latinoamérica. Para ello, se hizo una revisión sistemática con búsquedas en Medline y Lilacs.

Los criterios de inclusión fueron los de cualquier estudio prospectivo, de casos y controles o de corte transversal, que buscara factores de riesgo de suicidio o de intentos de suicidio; además, se buscó obtener una medida de impacto que indique cuántas veces más aumenta la depresión el riesgo de suicidio en nuestra región. También se midió la calidad metodológica de los estudios. De los 2987 trabajos identificados con los criterios de búsqueda establecidos, 17 cumplían con los criterios de inclusión. Como resultado, se pudo establecer que los factores de riesgo de intentos de suicidio en la región de Latinoamérica son: la depresión mayor, los intentos de suicidio previos y la disfunción familiar, que es una característica distinta a la encontrada en otras regiones occidentales. Como factores de riesgo de suicidio consumado los principales factores de riesgo son: el sexo masculino y la depresión mayor.

Un punto interesante encontrado en este trabajo es que la calidad metodológica de la mayoría de los estudios era baja. Por ello, es necesaria una mayor cantidad de investigaciones de mayor calidad metodológica en la región.

También es importante el concepto de factores de riesgo o factores predictores de suicidio. Este tema es todo un debate porque se considera que la predicción del suicidio es imposible. Lo que se hace es evaluar el nivel de riesgo, pero no se puede predecir el comportamiento de un sujeto. También esto es importante porque, además, la idea suicida, es decir, pensar alguna vez en quitarse la vida, es bastante frecuente y común hasta en la población general, mientras que el suicidio es infrecuente si se compara con la cantidad de personas que alguna vez pensó en matarse.

En cuanto a factores de riesgo a largo plazo, se debe seguir avanzando en evaluar factores de riesgo de suicidio más inminente, los cuales tienen que ver con la presencia de ideación suicida actual, en el momento de la entrevista; se deben considerar las tentativas actuales, que hayan acontecido desde la última vez que se entrevistó al paciente, como los intentos que éste pueda referir de haber querido quitarse la vida, que sean letales y que se encuentren en circunstancias tales que el sujeto se da cuenta de que el desenlace sería fatal. Se debe tomar en cuenta no sólo que el paciente tenga la idea cuando se le pregunta, sino que lo planifique, lo prepare o amenace con suicidarse. Por último, los pacientes con TLP que se efectúan autolesiones deliberadas, no suicidas, a repetición, se consideran también en alto riesgo en general. Aunque en el momento nieguen ideas suicidas, deben seguirse muy de cerca.

El segundo paso es responder activamente al riesgo suicida del paciente, generar condiciones para asistirlo y evitar los procesos más pasivos de escucha. Se debe intentar reformular el problema del paciente rápidamente, en términos de la idea suicida desde este modelo, o el intento de suicidio como una forma de resolver un conflicto o de terminar con algún problema. En este caso

surge mucho malestar, que se transforma en algo muy aversivo para el sujeto, por lo que éste piensa matarse como forma de resolverlo o de terminar con ello. Esto se hace de manera activa con el paciente, para ayudar a poder conceptualizar cómo se mueve hacia la resolución de los conflictos intentando matarse; es la forma de resolver el problema y no el problema en sí. Para el sujeto, el problema en sí es ese.

El tercer paso es seguir las guías; éstas tienen por finalidad, por ejemplo, hablar del suicidio de una manera abierta y natural, no utilizar términos muy inespecíficos sino ser precisos con la idea. "¿Has tenido la idea de quitarte la vida?, ¿te pasó por la mente la idea de matarte?". Con precisión y con claridad, en un contexto que permita que el paciente se abra a contarlo; un espacio en el que la respuesta del profesional no sea alguna intervención rápida; por ejemplo, no medicar prontamente o no pensar en internación rápidamente. Debe uno abrir el espacio para poder hablar de este tema con franqueza, y evitar comentarios peyorativos de la conducta o sus motivos; esto tiene por fin no transformarse en muy interpretativo al comienzo. Se debe evitar los comentarios peyorativos sobre la conducta como: "podés estar haciendo esto para llamar la atención". Si bien se puede encontrar que el reforzador de la conducta suicida es la atención reforzante y cálida de su familia cada vez que hace eso, el presentarlo en esos términos peyorativos no funciona para el abordaje de los pacientes.

Presentar la conducta suicida como respuesta a un problema es el otro punto. Es posible escuchar el relato del paciente y reformularlo en términos de: "ok, cuando pensás en lastimarte, ¿algo de esto se resuelve, se quita algo de eso que te molesta, aparece algo de eso deseado?". En ese contexto, es importante incluir a los allegados o afectos del paciente, si los tuviera, e intentar que él se acerque a ellos. Asimismo, las sesiones deben ser asignadas lo suficientemente cercanas, es decir, es un paciente que se empieza a seguir más de cerca. Se debe ver al paciente otra vez en la misma semana y no hay que ser muy rígidos con controles farmacológicos quincenales o mensuales en este tipo de casos.

Lo siguiente es mantenerse atento a la multiplicidad de variables que controlan el comportamiento del sujeto. Es muy probable que haya una multiplicidad de cosas que estén pasando y que regulen dicho comportamiento. Es importante, aunque se tenga una buena hipótesis, seguir atento a la multiplicidad de variables que gobiernan o controlan la conducta de ese paciente.

Se debe evitar hablar de forma omnipotente; esto está relacionado con una escucha más cercana del paciente; se debe establecer un vínculo más parejo y no uno en el que el profesional se posiciona y tiene la verdad sobre la forma de resolver los problemas de la vida; por el contrario, se debe estar atento a los principios del aprendizaje. Si la terapia es dialéctico conductual, tiene una base en el conductismo, en los principios del aprendizaje y, por lo tanto, es importante entender qué situaciones están

siendo un refuerzo positivo y cuáles un refuerzo negativo o un castigo del comportamiento del paciente.

Se debe también consultar con otros profesionales, puesto que es un tipo de tratamiento que debe hacerse en el contexto de una fuerte supervisión del trabajo. Asimismo, hay que ser más activo cuando el riesgo suicida es más alto.

Por último, se sugiere mantener un contacto ocasional con los pacientes que han abandonado el tratamiento.

El paso 4 es el protocolo para asistir a pacientes con riesgo suicida. En ese caso se habla de estrategias. En el caso de las crisis en el modelo DBT, la estrategia es que la conducta suicida es una forma de resolver el problema para el consultante y es un problema para el profesional. Se lo toma como un problema, pero en realidad el concepto es la forma en que el paciente resuelve lo que le pasa (Figura 2). En estos casos se debe focalizar el

Prestar más atención al AFECTO que al CONTENIDO

- Explorar el problema AHORA
- Centrarse en el tiempo desde el último contacto
- Identificar elementos clave que dispararon la crisis actual

Resumir y reformular el problema

- Hacer foco en la resolución de problemas
- Dar consejo y sugerencias
- Estructurar las posibles soluciones con las habilidades que el paciente está aprendiendo
- Confrontar los comportamientos o ideas desadaptativas
- Clarificar y reforzar las ideas adaptativas
- Identificar factores en interferencia con el plan de acción

Figura 2. Estrategias del terapeuta ante la crisis del paciente (Parte I).

afecto más que el contenido; realizar la pregunta: “¿qué te hace sentir eso; cómo te sentís ahora?”. En general, se va cargando de más contenido cada vez, y cuando se quiere entrar en un debate socrático como: “las cosas no están tan mal” o “no es para tanto”, el paciente, en general, se siente poco comprendido. La recomendación es focalizar en el afecto: qué siente, qué quiere hacer cuando siente eso. Se debe centrar la atención en el problema ahora.

El siguiente punto, luego de focalizar en el problema ahora, es centrarse en la resolución de los problemas. Este tipo de tratamiento consiste en un entrenamiento en habilidades; el paciente va incorporando habilidades cognitivas, emocionales y conductuales que le van a permitir tener una vida que “*valga la pena ser vivida*”, como afirma Marsha Linehan, la creadora del modelo. Eso requiere ciertas competencias: saber cómo regular sus emociones cuando está en presencia de estímulos emocionales intensos y aversivos, y saber cómo tolerar el nivel de malestar cuando no hay forma de resolver algo; en ocasiones, saber cómo puede ser más efectivo con otras personas; por último, saber cómo puede tomar conciencia del momento presente sin aferrarse a él por medio de las herramientas de *mindfulness*. Es importante que todas esas herramientas que el paciente va aprendiendo pueda aplicarlas en forma de resolución de problemas o de tolerancia a la emoción.

A continuación, se debe ayudar al paciente a comprometerse en un plan de acción: de aquí a la siguiente entrevista, cómo va a hacer, qué es lo que va a hacer si reaparece ese malestar. No es un compromiso de no matarse, es comprometerse en un plan de acción y anticipar una recurrencia de la crisis. Se debe anticipar qué puede hacer y qué cursos de acción va a tomar; para eso, el paciente se lleva un plan de crisis de cosas que puede hacer en esa situación para evitar ese tipo de comportamientos que pueden llevarlo a internaciones indeseadas o que atentan contra la vida que él quiere (Figura 3).

- Hacer foco en la tolerancia a la emoción
- Reforzar el compromiso con el plan de acción
- Evaluar el potencial de suicidio
- Anticiparse a una recurrencia de la crisis

Figura 3. Estrategias del terapeuta ante la crisis (Parte II).

Por último, el quinto paso es desarrollar un plan de tratamiento. El trabajo con pacientes con TLP y trastornos suicidas es bastante difícil y requiere de un plan de tratamiento integral, que comprenda los aspectos psicofarmacológicos y del tratamiento psicoterapéutico; por un lado, necesita terapia, pero, además, un grupo de profesionales en entrenamiento de habilidades. Un plan de tratamiento debe estar pensado hacia el caso adonde va dirigido: cómo podemos ayudar a ese paciente; cuál es el norte que el paciente quiere para su vida; cuáles son sus valores importantes y cómo atentar contra su vida le impide acceder a esa vida que él quiere. No es simplemente una entrevista en donde se escucha un poco lo que le pasa y le cambia algo, sino que tiene que ser un

plan global, y eso requiere supervisión en equipo. Hay que tener muy claro cuáles son los problemas conductuales del paciente: si el problema es que consume sustancias y si, además de tener TLP, consume sustancias y está aislado socialmente. Esos son problemas conductuales específicos a evaluar y tener muy presentes al momento de intervenir sobre lo que se va a hacer.

Cada vez que haya una conducta suicida el análisis debe ser minucioso, tendiente a identificar las variables que controlan el comportamiento del sujeto, porque es ahí donde, con el tiempo, se va a empezar a identificar cuándo ese paciente comienza a pensar en lastimarse o quitarse la vida, en presencia de qué lo hace; porque esa es la forma en que el sujeto regula su comportamiento, y lo que se busca es ayudarlo a identificar esto, qué es lo que

consigue y qué es lo que quiere para su vida. Asimismo, se debe determinar en un plan conductual si la conducta es respondiente, operante, o ambas. Si la conducta es operante, es decir, controlada por las consecuencias, sucede algo cuando hago algo. Esas consecuencias resultan reforzadoras de un comportamiento. Por su parte, la conducta respondiente es más automática, es lo que se entiende como una conducta más refleja o automáticamente lícitada por un antecedente.

Se deben realizar análisis de soluciones, en los que va a tener que intervenir un proceso amplio de estrategias de resolución de problemas y de tolerancia a nivel del malestar.

Por último, mantener y utilizar una fuerte relación terapéutica, que es clave para el trabajo con todos los pacientes, pero aun más en la población de pacientes con TLP.

La disertación original titulada **Trastornos de Personalidad** fue auspiciada por Laboratorio Baliarda. El Departamento editorial de SIIC realizó la supervisión científica, la aplicación y adecuación de imágenes, el diseño y la adaptación literaria a esta versión impresa, que reproduce con objetividad la exposición de los conferencistas, responsables de las opiniones vertidas en ella. Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2016.

Relación Estrecha entre los Factores de Riesgo de Suicidio y la Conducta Suicida



Presentación realizada por el

Dr. Enzo Guzzo

En el marco del Simposio Identificación y manejo del paciente de máximo riesgo psicopatológico llevado a cabo el 6 de octubre de 2016 en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Enzo Guzzo

Médico Psiquiatra, Máster en Neuropsicofarmacología Clínica, Profesor Asociado en Psiquiatría, Instituto Universitario CEMIC, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Hace algunos años ya, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó su informe sobre el costo global de las enfermedades y en él aparecía un gráfico que mostraba diferentes niveles de discapacidad generados por diferentes enfermedades, clínicas o psicopatológicas. En él se pueden apreciar, de acuerdo con los niveles: en el nivel II, la amputación de un dedo; en el nivel III, la dependencia alcohólica; en el nivel IV, la enfermedad de Parkinson; en el nivel V aparece el trastorno bipolar, y en el nivel más alto, el nivel VII, la psicosis activa y la depresión grave. También mostraba dicho informe la proyección para el año 2030 que iba a tener el trastorno depresivo unipolar, pasando del tercer lugar a nivel mundial como causa de discapacidad, al primero. En ese mismo informe ya se mencionaba que, en la región de las Américas, la depresión mayor unipolar ocupaba el primer lugar como causa de discapacidad.

Se sabe que la vida de los pacientes con trastornos del estado de ánimo se ve acortada en 10 años aproximadamente, y que muchas enfermedades se asocian más frecuentemente en pacientes depresivos, como el abuso de sustancias, los trastornos vasculares, la diabetes y otras. Pero también los pacientes con trastornos del estado de ánimo fallecen a causa del suicidio.

La epidemiología mundial del suicidio es muy heterogénea. La República Argentina ocupa un lugar intermedio o bajo, aspecto que, seguramente, se podría cuestionar. Hoy el registro de los suicidios se hace a través de los centros comunitarios, los registros civiles y, probablemente, esto sea algo que no exprese exactamente lo que ocurre en la realidad.

La tasa de suicidios para la República Argentina es de 7.4 por 100 000 habitantes, con una relación hombres:mujeres de 4:3.

El suicidio implica una fusión de varios factores: biológicos, psicosociales y culturales, que son individuales y particulares para cada sujeto (Figura 1). No obstante, la OMS establece que el suicidio es una problemática netamente médica.

Aproximadamente, el 90% de los pacientes que se quitan la vida tiene algún trastorno psicopatológico, y

la depresión parece ser el más prevalente: el 60% de los sujetos que tienen enfermedades mentales presentan depresión.

Una referencia hecha por un grupo de médicos de Oxford afirma que el 50% de quienes se quitan la vida habrá visto un médico generalista en los 3 meses previos a su muerte, el 40% en el mes anterior y alrededor de un 20% en la semana antes de cometer el suicidio, mientras que aproximadamente un 25% de los pacientes que se quitan la vida está en contacto con algún sistema de salud mental en el año previo a cometer el acto suicida.

Se hizo una encuesta en la Argentina, en la que se consultó a profesionales colegas si tuvieron bajo su tratamiento pacientes que hubieran cometido suicidio, y un 50% respondió que sí. De quienes contestaron afirmativamente, el 43% eran psicólogos, algo más del 60% psiquiatras, y 1 de cada 3, médicos generalistas o clínicos.

La prevalencia de suicidio entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo se ubica entre el 4% y el 10%, y es variable porque los pacientes con tentativa suicida que son internados llegan casi al 10%. Los pacientes que son internados en instituciones especializadas con trastornos del estado de ánimo, pero sin tentativa suicida, son alrededor del 5%, mientras que para la población general con trastorno del estado del ánimo, el porcentaje es del 2%, en comparación con el 0.5% para la población general.

Para analizar los factores de riesgo, se puede evaluar un estudio de Angst, que incluyó más de 400 pacientes graves que fueron seguidos durante 40 a 44 años: depresivos bipolares II, depresivos unipolares, bipolares II y bipolares I, de quienes este autor gusta decir que son esencialmente maníacos.

Los suicidios consumados fueron 45; el 11% de la muestra, con una tasa de mortalidad estandarizada de 17.5%, el 14% de los pacientes unipolares y el 8% de los bipolares cometieron suicidio. Un dato importante es que casi el 60% de quienes se quitaron la vida lo hicieron en los primeros 10 años de seguimiento.

Los intentos fueron menos frecuentes entre los pacientes maníacos, en comparación con los otros tres grupos

diagnósticos, mientras que los sujetos con síntomas psicóticos tuvieron mayor número de intentos de suicidio, pero no una diferencia con respecto al suicidio consumado.

Por su parte, Leonardo Tondo llevó a cabo un estudio prospectivo, con 2800 pacientes con trastornos del estado de ánimo, bipolares I, II y depresivos unipolares, que inicialmente eran sujetos ambulatorios, es decir con una gravedad menor que los individuos del trabajo anterior, con 30 años de seguimiento. Un poco menos del 1% (27 sujetos) de la población de la muestra se quitó la vida, con una tasa de mortalidad estandarizada de 8.2. La tasa de mortalidad estandarizada muestra cuántas veces es el riesgo que tienen los sujetos de este grupo, en comparación con la población general, de cometer, en este caso, suicidio. Las mayores tentativas suicidas fueron para los pacientes bipolares I, seguidos por los bipolares II y los unipolares. Las mayores tasas de suicidio consumado fueron para los sujetos bipolares II, seguidos por los bipolares I y, en última instancia, los unipolares. Un tercio de los suicidios ocurrieron en el primer año de seguimiento. Nuevamente, el comienzo de la enfermedad es la etapa más crítica. Las tasas de suicidio fueron 3.2 veces mayores en los hombres. Se identificaron factores de riesgo, de los cuales tres fueron los más importantes para suicidio: la bipolaridad, el inicio temprano de la enfermedad y el mayor número de internaciones.

Otro trabajo muy interesante es el Estudio Colaborativo sobre Depresión. Entre 1978 y 1981 se reclutaron casi 1000 pacientes, los cuales fueron seguidos hasta 2010; se trató de sujetos esquizoafectivos, bipolares I, bipolares II y depresivos unipolares. El 80% de estos pacientes estaba internado al comienzo de su incorporación y fueron evaluados prospectivamente a intervalos de 6 meses a un año. De este trabajo surge que más de la mitad del tiempo los sujetos con trastornos del estado de ánimo estuvieron sintomáticos, lo que indica, sin dudas, la gravedad y la cronicidad de la enfermedad.

Se identificaron factores de riesgo para tentativa y para suicidio consumado. En el primer caso, éstos fueron: los antecedentes de tentativas previas; el abuso de sustancias; los rasgos de carácter, como la timidez, la amargura, la dependencia, la sensibilidad al rechazo y la impulsividad; padecer trastorno bipolar, particularmente con ciclado rápido, y un interrogante con respecto al uso de antidepresivos (Figura 2).

Por su parte, los factores de riesgo para suicidio consumado, a corto plazo, fueron: el delirio de inserción de pensamiento, el abuso de alcohol u otras sustancias; los episodios afectivos mixtos; el ataque de pánico o la ansiedad psíquica (Figura 3). A largo plazo se señalan: el aislamiento crónico y la discapacidad, la tentativa suicida previa, el abuso de sustancias y los delirios y las alucinaciones.

A partir de esto, se efectuó junto con el Dr. Taragano una encuesta con los psiquiatras, los médicos clínicos, los psicólogos y los profesionales de otras áreas del campo de la salud. Se obtuvieron 1371 respuestas. Se indagó



Figura 1. Factores de riesgo longitudinales de comportamiento suicida en pacientes con trastorno bipolar. Modificado de Gonda et al., Journal of Affective Disorders; 2012.

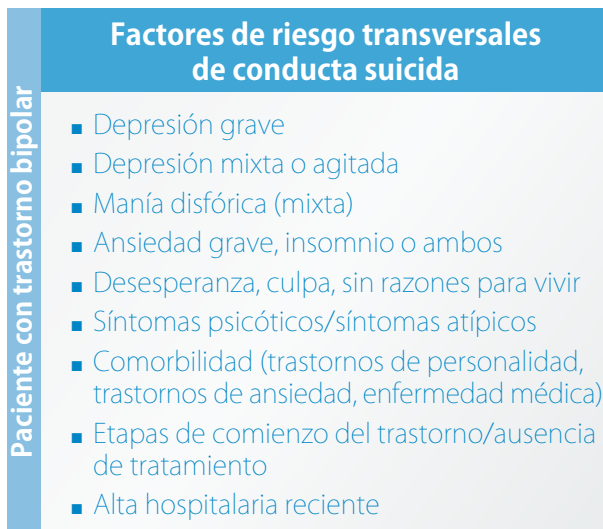


Figura 2. Factores de riesgo transversales de comportamiento suicida en pacientes con trastorno bipolar. Modificado de Gonda et al., Journal of Affective Disorders; 2012.

si en su práctica clínica habían tenido pacientes bajo su tratamiento que hubieran cometido suicidio. El 50% señaló que sí: el 68% de los psiquiatras informaron tener pacientes bajo su tratamiento; un 34% de los clínicos; un 27% de los psicólogos; un 26% de los médicos de otras especialidades, y un 44% en las otras profesiones; seguramente en este último porcentaje existe una superposición de pacientes. Sin embargo, llama la atención lo siguiente: 1 de cada 3 clínicos informó tener pacientes bajo su tratamiento que cometieron suicidio. Se debe pensar que en la Argentina ejercen la psiquiatría aproximadamente entre 4500 y 5000 psiquiatras, pero además, hay alrededor de 80 000 clínicos ejerciendo; por lo tanto, se obtiene una relación de 16 a 1.

Se les solicitó a los colegas que pensarán detenidamente en los pacientes que bajo su tratamiento cometieron suicidio y se les preguntó si recordaban el sexo de éstos. Respondieron 689 colegas que informaron, en total, 756 hombres y 632 mujeres. Así, la relación ya no es la que informa el Ministerio de Salud de 4.3, sino 1.19.

Posteriormente, se dejó solamente a los psiquiatras para evitar la superposición de pacientes; las respuestas fueron 511 hombres y 419 mujeres. De esta forma, alrededor del 10% de los que ejercen la psiquiatría en la Argentina tienen pacientes que cometen suicidios, en una relación de aproximadamente 1:1 entre mujeres y hombres. Nuevamente, una cifra bastante alejada del 4.3 que informa la estadística del Ministerio de Salud.

Luego, se pidió a los colegas que informaran los diagnósticos. Se verificó, en primer lugar, los trastornos depresivos unipolares, seguidos de los trastornos de personalidad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II. Estos datos no tendrían sentido si no se comprueba cuál es la prevalencia de estas afecciones. El único estudio epidemiológico que se hizo en la Argentina al respecto, en 2015, informa una prevalencia de trastorno depresivo unipolar del 8.7%, mientras que para los trastornos bipolares en su conjunto, la prevalencia es del 2.5%. Si se piensa que son casi 300 pacientes informados, para una tasa de 9, lo cual es bastante menos que 220 para una tasa de 2.5 para los bipolares en su conjunto.

Factores de riesgo específicos

- Historia familiar de enfermedad mental y de suicidio
- Antecedente personal de tentativas suicidas
- Antecedente personal de internaciones psiquiátricas
- Gravedad depresiva (síntomas psicóticos/ideación suicida)
- Presencia de síntomas de ansiedad
- Desesperanza
- Comorbilidad con trastornos de personalidad
- Comorbilidad con abuso de sustancias
- Sexo masculino

Paciente con depresión unipolar

Figura 3. Factores de riesgo suicida específicos para depresión unipolar. Fuente: Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. *Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review.* Journal of Affective Disorders; 2013.

En conclusión, los trastornos afectivos producen un alto grado de discapacidad y muerte; el suicidio es una de las causas de muerte más importante entre los pacientes con trastornos psiquiátricos; a su vez, la depresión parece ser el estado último previo de la conducta suicida, independientemente de la enfermedad que el paciente presente inicialmente, y no existirían diferencias en el riesgo suicida entre consultantes, hombres y mujeres. Asimismo, los pacientes bipolares presentarían mayor riesgo suicida en los trastornos afectivos (Figura 3). Por último, y no obstante lo cual, la identificación de ningún factor de riesgo puede predecir una conducta suicida individual y particular.

La disertación original titulada **Trastornos del Estado de Ánimo y Conducta Suicida** fue auspiciada por Laboratorio Baliarda. El Departamento editorial de SIIC realizó la supervisión científica, la aplicación y adecuación de imágenes, el diseño y la adaptación literaria a esta versión impresa que reproduce con objetividad la exposición de los conferencistas, responsables de las opiniones vertidas en ella. Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2016.



Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)

SIIC, Consejo de Dirección:
Edificio Calmer, Avda. Belgrano 430 (C1092AAR),
Buenos Aires, Argentina, Tel.: +54 11 4342 4901
comunicaciones@siic.salud.com
www.siic.info

Las disertaciones de Conferencias Relevantes (CR) Serie **El Paciente de Máximo Riesgo Psicopatológico** fueron seleccionadas por Laboratorio Baliarda. El Departamento Editorial de SIIC realizó la supervisión científica, la aplicación y adecuación de imágenes, el diseño y la adaptación literaria a esta versión impresa que reproduce con fidelidad y objetividad las exposiciones originales de los conferencistas (patrocinadas por Laboratorio Baliarda), responsables de las opiniones vertidas en ellas. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC. Impreso en la República Argentina, octubre de 2016. Colección Conferencias Relevantes (CR), Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11723.