



Intentos de suicidio y trastornos mentales

Suicide attempts and mental disorders

[Albis Yomaira Pabon](#)^{1*}

¹Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

*Autor para la correspondencia: aypb06@gmail.com

Recibido: 10/02/2021. Aprobado: 25/03/2021

Cómo citar este artículo

Yomaira Pabon A. Intentos de suicidio y trastornos mentales. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado 20(4):e3967. Disponible en: <http://www.revhabanera.sid.cu/index.php/rhab/article/view/3967>];

RESUMEN

Introducción: el suicidio es un grave problema de salud pública mundial, más de 800,000 personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones lo intentan cada año. Ha sido considerado como una conducta prevenible y el intento es un predictor clínicamente relevante que está presente en un tercio de los suicidios consumados, así como padecer un trastorno mental es otro factor de riesgo para el suicidio.

Objetivo: determinar la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos mentales.

Material y Métodos: se realizó una búsqueda en las bases de datos; Dialnet, Redalyc, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), PubMed, *Science Direct* y Google Académico, en español e inglés y limitada a las publicaciones entre 01 de enero 2010 y 31 de diciembre de 2020.

Desarrollo: la prevalencia de vida del intento de suicidio en pacientes con Trastorno Bipolar es del 33,9 %, en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor es del 31 %, y en pacientes con Esquizofrenia es del 26,8 %.

Conclusiones: los pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor, presentan mayor porcentaje de intentos de suicidio. Aunado a una comorbilidad psiquiátrica (consumo de alcohol, consumo de tabaco y trastorno de la personalidad límite), más intentos de suicidio previos, aumenta el riesgo del comportamiento suicida.

Palabras Claves:

intento de suicidio, suicidio, trastorno mental.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a serious global public health problem. More than 800,000 people commit suicide every year and between 10 and 20 million people attempt suicide annually. Suicide has been considered a preventable behavior and suicide attempt is a clinically relevant predictor which is present in one-third of consummated suicides. Besides, having a mental disorder is another risk factor for suicide.

Objective: To determine the relationship between suicide attempts and mental disorders such as depressive and anxiety disorders, bipolar disorder, substance-related disorders, schizophrenia and other psychotic disorders, personality disorders, and eating disorders.

Material and Methods: A search was performed in Dialnet, Redalyc, Scielo, Virtual Health Library (VHL), PubMed, Science Direct, and Google Scholar databases in Spanish and English. It was limited to publications between January 1, 2010 and December 31, 2020.

Development: The lifetime prevalence of suicide attempt is 31% in patients with Bipolar Disorder; 33,9 % in patients with Major Depressive Disorder and 26.8% in patients with Schizophrenia.

Conclusions: Patients with bipolar disorder and major depressive disorder have higher rates of suicide attempts. Coupled with psychiatric comorbidity (alcohol consumption, smoking, borderline personality disorder), more previous suicide attempts increase the risk of suicidal behavior.

Keywords:

suicide attempts, suicide, mental disorder.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una conducta universal y específica del hombre que ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad.⁽¹⁾ con frecuencia es prevenible.⁽²⁾ Es un grave problema de salud pública mundial,^(2,3) es la segunda causa de muerte en personas con edades entre 15-29 años y más de 800 000 personas se suicidan cada año^(3,4) y entre 10 y 20 millones lo intentan en igual periodo.⁽⁵⁾

El suicidio es un fenómeno que inicia con la ideación y la intención suicida hasta llegar a la consumación. El intento de suicidio es el conjunto de comportamientos iniciados por el propio sujeto, quien al llevarlos a cabo, tiene al menos cierta intención de morir, aunque estos pueden causar o no lesiones médicas.⁽⁶⁾ Tanto el intento suicida como el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida.⁽⁷⁾

Las cifras de suicidio en el mundo presentan un sub-registro que alcanza el 50 %, esto hace que la mayoría de los países no muestren la magnitud real de este problema. Se ha podido estimar que por cada suicidio se registran entre 10 a 25 intentos y de estos entre el 10 y el 15 % terminan consumándose.⁽⁸⁾ La prevalencia del intento de suicidio es difícil de establecer, debido a que este evento no se vigila de la misma forma en todos los países y en muchos de ellos no se dispone de información confiable. Se ha estimado una prevalencia mundial del 3-5 % en los mayores de 15 años.⁽⁹⁾



Entre los años de 1995 y 2012, la tasa de suicidio por cada 100,000 habitantes en Venezuela presenta un promedio anual de 4,02 y en las 24 entidades de Venezuela, el estado Mérida ocupa el primer lugar, durante el mismo lapso (1995 a 2012) con una tasa promedio anual de 10,57 suicidios por 100,000 habitantes.⁽¹⁰⁾ Sin embargo para el año 2012, la tasa de muertes violentas por suicidio en Venezuela es cuatro veces menor a la tasa promedio del continente.⁽¹¹⁾

La ideación y el intento suicida son predictivos de muerte por suicidio; además, los intentos de suicidio pueden tener consecuencias negativas como lesiones, hospitalización y pérdida de libertad,⁽⁹⁾ en ocasiones requieren de atención médica especializada para mitigar los daños producidos, así como un abordaje psiquiátrico oportuno para evaluar y manejar el trastorno mental subyacente.⁽⁸⁾

El 92 % de los individuos que intentan suicidarse tienen un trastorno psiquiátrico⁽¹²⁾ y más del 90 % de las personas que mueren por esta causa tienen un trastorno mental^(9,13,14,15) en los países de ingreso alto, pero esta asociación es menor, entre un 30 y 80 %, en países de ingresos bajos y medianos.⁽¹²⁾

Aunque el comportamiento suicida está fuertemente asociado con trastornos mentales, no existe ninguna relación lineal;⁽⁵⁾ la gran mayoría de las personas con trastornos mentales no tienen esta conducta.^(5,13)

En general, los trastornos mentales incrementan de manera significativa la posibilidad de un evento autolesivo. El riesgo de suicidio en presencia de un trastorno mental puede multiplicar de 4 a 25 veces el que se observa en la población sin trastorno mental, con excepción del trastorno del desarrollo de la capacidad intelectual y el deterioro cognitivo mayor.⁽¹⁴⁾ No obstante, hay evidencia de que más del 98 % de las personas con trastornos mentales no mueren por suicidio.^(9,15)

Los trastornos mentales son un factor precipitante para la conducta suicida independientemente del sexo, identificarlos en el servicio de urgencias contribuiría a la disminución de la repetición de esta conducta.⁽¹⁶⁾ La coincidencia de múltiples intentos y letalidad severa en un mismo paciente parece relacionarse con el grupo de edad de 35-65 años, sexo masculino, uso de métodos violentos, trastornos mentales y la inactividad laboral.⁽¹⁷⁾

el suicidio ha sido considerado como una conducta prevenible,^(2,18) el intento de suicidio es un predictor clínicamente relevante que está presente en un tercio de los actos consumados, además el padecimiento de un trastorno mental es otro factor de riesgo;⁽¹⁹⁾ por ello, aparece el interés por identificar la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos mentales, para mejorar la atención especializada y diseñar e implementar estrategias específicas para prevenir el suicidio.

Por lo tanto, el **objetivo** de esta revisión es determinar la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos mentales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un artículo de revisión a través de una búsqueda de la literatura indexada en las bases de datos; Dialnet, Redalyc, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), PubMed, *Science Direct*, Google académico, tanto en español como en inglés.

La búsqueda se limitó desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2020, y se realizó con las palabras claves; *“suicide attempts”, “suicide”, “mental disorder”, “suicide attempts and depressive”, “suicide and anxiety disorders”, “suicide attempts and bipolar disorder”, “suicide attempts and substance-related disorders”, “suicide attempts and schizophrenia”, “suicide attempts and psychotic disorders”, “suicide attempts and personality disorders”, “suicide attempts and eating disorders”*. También se realizó la búsqueda en español con iguales palabras claves.

En una búsqueda inicial, se consultaron 98 artículos de acuerdo con el título. Luego se revisaron los resúmenes y se incluyeron 63 artículos. En una tercera revisión, de los 63, se excluyeron 19 y se seleccionaron 44 de acuerdo con los siguientes criterios: acceso libre a texto completo, que la muestra del estudio fuese en sujetos con intentos de suicidio, y que el tipo de investigación correspondiera a observacional, descriptiva, longitudinal, caso-control, revisiones sistemáticas y meta-análisis. La búsqueda de los artículos se efectuó durante los meses octubre-diciembre 2020 hasta el 15 de enero 2021.

DESARROLLO

Intentos de suicidio y trastornos depresivos y de ansiedad

En la tabla, se presentan las características metodológicas de los diferentes estudios clínicos revisados. La mayoría corresponden a estudios observacionales. La investigación de Aparicio Y, et al.,⁽⁹⁾ con una muestra representativa, encontró que casi el 50 % de la población estudiada, refirió antecedente de alguna enfermedad mental, el cual se asoció con más de un intento de suicidio.

Además, en los otros estudios clínicos (**Tabla**) realizados en sujetos con intentos de suicidio, el porcentaje de antecedente de trastorno mental, varía entre el 28 y el 92 %. La diferencia del porcentaje, podría explicarse por el tamaño de la muestra estudiada. Sin embargo, porcentajes menores encontraron Knipe D., et al.,⁽¹²⁾ en meta-análisis, donde señalan que las estimaciones de psiquiátricos oscilan entre el 3 y el 86 % en los individuos con comportamiento suicida no fatal, en los países de ingresos bajos y medianos.

Se resalta que los estudios revisados (**Tabla**) en la mayoría, corresponden a países de ingresos bajos y medianos, excepto España. Por lo tanto, los resultados encontrados pueden aplicarse a Venezuela, país de ingresos bajos.^(8,9,17,18,20,21,22,23,24,25)

Tabla - Características metodológicas de los estudios clínicos en pacientes con Intentos de Suicidio. ^(8,9,17,18,20,21,22,23,24,25)

Autores (País)	Tipo de Investigación (tiempo)	Descripción de la muestra	Resultados
Beitia-Cardona P, et al. ⁽⁸⁾ (Colombia)	Observacional, transversal	210 casos con intento suicida	Depresión, presente en 43,33 %
Aparicio Y, et al. ⁽⁹⁾ (Colombia)	Descriptivo (1 año)	18.763 reportes de Intentos de suicidio (IS)	El 48,5 % refirió antecedente de enfermedad mental. La prevalencia de depresión fue 35,6 % y la de trastorno afectivo bipolar, 2,8 %
Irigoyen-Otiñano M, et al. ⁽¹⁷⁾ (España)	Retrospectivo, observacional (5 años)	711 pacientes con IS	77,2 % referían antecedentes psiquiátricos. El 29,8 % con clínica afectiva. Episodios depresivos (95%)
Vigoya-Rubiano A, et al. ⁽¹⁸⁾ (Colombia)	Descriptivo (5 años)	701 notificaciones de IS	37 % presentaban al menos un trastorno psiquiátrico
Sánchez L, et al. ⁽²⁰⁾ (México)	Retrospectivo, observacional, descriptivo (5 años)	2584 individuos con IS	En un 56,28 % alteraciones en el estado de ánimo
Aguilar I, Perera L. ⁽²¹⁾ (Cuba)	Descriptiva, transversal (5 años)	220 individuos con IS	57,72 % presentó depresión mayor
López L. ⁽²²⁾ (Argentina)	Descriptivo transversal (2 años)	481 individuos con IS	28,07 % tenía diagnóstico de trastorno mental; especialmente depresivos
Espandian A, et al. ⁽²³⁾ (España)	Observacional, retrospectivo (3 años)	319 pacientes con IS	trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada es el más prevalente en 57,1 %
Castro E, Castillo A. ⁽²⁴⁾ (Colombia)	Observacional de corte transversal	126 personas con IS	90 % presentó antecedentes de diagnóstico de enfermedad mental; el 43,33 % trastorno depresivo mayor
Coronado-Molina O. ⁽²⁵⁾ (Perú)	serie de casos (2 años)	100 pacientes con IS	92 % presentó algún trastorno mental, según los criterios del DSM-IVTR. El 50 % presentó depresión mayor

Otro aspecto relevante, en los estudios clínicos (**Tabla**) es que el trastorno depresivo mayor es el diagnóstico más frecuente encontrado en la evaluación clínica o reportada como antecedente psiquiátrico. En un meta-análisis incluyeron 65 estudios con un total de 27 340 individuos con trastorno depresivo mayor, encontraron que la prevalencia de vida del intento de suicidio fue del 31 %.⁽²⁶⁾ Es decir, de cada 100 pacientes con trastorno depresivo mayor, 31 pacientes a lo largo de su vida realizaron intento suicida.

En un estudio longitudinal en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, sin antecedentes de intentos de suicidio, una primera valoración, cuando buscaron atención ambulatoria y de nuevo a los 3 años, reportaron una incidencia acumulada de intentos de suicidio del 10,1 %. Los pacientes jóvenes de hasta 29 años, con baja escolarización, que sufrieron abusos físicos durante la infancia, eran más propensos a intentar suicidarse;⁽²⁷⁾ lo cual demuestra que es probable que existan factores individuales en los pacientes con trastorno depresivo mayor que los predisponen a realizar intento de suicidio.

Por su parte, entre las personas con trastorno depresivo mayor recurrente, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) parece ser un marcador de vulnerabilidad de respuestas mal adaptativas a eventos traumáticos y un factor de riesgo independiente para el intento de suicidio.⁽²⁸⁾

Es importante considerar, la comorbilidad depresión-ansiedad, la cual es un factor de riesgo para la conducta suicida más importante que estas condiciones por separado u otros diagnósticos.⁽²⁹⁾ Sin embargo, un meta-análisis reportó que la ansiedad y sus trastornos son predictores estadísticamente significativos de la ideación del suicidio y de los intentos de suicidio, pero no de las muertes por esta causa.⁽³⁰⁾

Por lo expuesto anteriormente, no se establece una relación lineal entre los intentos de suicidio y trastornos depresivos y de ansiedad. Según la prevalencia, existe un porcentaje importante de pacientes con trastorno depresivo mayor, que realizaron intentos de suicidio; pero hay factores individuales que los predisponen a llevar a cabo el acto o intento de suicidio. De allí, la importancia del abordaje del paciente con esta conducta siguiendo un modelo individual-biopsicosocial.

Intentos de suicidio y trastorno bipolar

La Sociedad Internacional de trastorno bipolar reportó que los estudios epidemiológicos informan que entre el 23 y 26 % de las personas con trastorno bipolar intentan suicidarse, con tasas más altas en muestras clínicas;⁽³¹⁾ lo cual se observó, en una revisión sistemática y meta-análisis de estudios observacionales, que

incluyeron 79 estudios con 33719 sujetos con trastorno bipolar. La prevalencia de vida del intento de suicidio fue del 33,9 % y se asoció positivamente con el género femenino, trastorno bipolar I, trastorno bipolar no especificado y subtipos de trastorno bipolar de ciclo rápido, nivel de ingresos y región geográfica.⁽³²⁾

Sin embargo, otro meta-análisis reportó otras variables significativamente asociadas con los intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar: sexo femenino, edad más joven al inicio de la enfermedad, polaridad depresiva del primer episodio de la enfermedad, polaridad depresiva del episodio actual o más reciente, comorbilidad con trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias ilícitas, trastorno por consumo de alcohol, trastorno de personalidad grupo B/borde, y antecedentes familiares de suicidio en primer grado.⁽³³⁾

Al comparar la prevalencia de los intentos de suicidio en el trastorno bipolar II y el trastorno bipolar I no fue significativamente diferente. La prevalencia del intento de suicidio en el trastorno bipolar II fue del 32,4 % y el trastorno bipolar I fue 36,3 %.⁽³⁴⁾

En lo citado se aprecia que, de cada 100 pacientes con trastorno bipolar, 34 intentaron suicidarse. Prevalencia ligeramente mayor comparada con la de intentos de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor. Un aspecto relevante es que existen factores tanto del paciente como del trastorno bipolar que lo predisponen a un intento de suicidio.

Algunos autores concluyen que las diferencias en el riesgo acumulado de intentos de suicidio entre los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar son probablemente diferencias en el curso de la enfermedad en lugar del diagnóstico.⁽³⁵⁾ La polaridad predominante depresiva en el trastorno bipolar, se relaciona con mayor riesgo suicida.⁽³⁶⁾ Algunos síntomas afectivos/cognitivos de la depresión pueden permanecer elevados hasta 90 días después del intento de suicidio en personas con trastorno bipolar.⁽³⁷⁾

Otros investigadores proponen que los factores de riesgo para el comportamiento suicida en trastornos depresivos y bipolares son principalmente semejantes. A excepción que presenta un trastorno del estado de ánimo más severo, consumo de alcohol y autocontrol deteriorado.⁽³⁸⁾ Además, de los factores de la enfermedad, la dificultad para controlar las respuestas impulsivas y agresivas, más predisponentes a exposiciones tempranas y situaciones de la vida, dan lugar a un proceso de pensamiento, planificación y actos suicidas en estos pacientes.⁽³⁹⁾

La prevalencia del riesgo de suicidio en pacientes bipolares es mayor si está presente el trastorno por uso de sustancias (alcohol, cocaína y cannabis a lo largo de la vida), mayor comorbilidad del eje I y trastornos de la personalidad.⁽⁴⁰⁾

Otros autores refieren que los pacientes con comorbilidad trastorno bipolar y trastorno de la personalidad tipo B presentan mayor severidad en síntomas, intentos de suicidio, hospitalizaciones y autolesiones.⁽⁴¹⁾ Asimismo, el uso de cannabis es un factor importante que puede desencadenar el inicio temprano del trastorno bipolar y, por sí mismo, se asocia con tasas más altas de comportamiento suicida. Pero, no está claro si el efecto del cannabis en la edad de inicio y los intentos de suicidio es independiente entre sí o no.⁽⁴²⁾

Por lo tanto y según los artículos revisados, existen similitudes entre los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar con intento suicida. Sin embargo, los pacientes con trastorno bipolar que tienen comorbilidad en el eje I, especialmente consumo de sustancias legales, más trastorno de la personalidad del grupo B, ameritan una atención especializada e integral para identificar tanto los factores individuales como los factores del diagnóstico psiquiátrico que lo predisponen a realizar intento suicida. En relación con el tipo de trastorno bipolar (Tipo I y Tipo II), no se aprecian diferencias significativas en la prevalencia de vida de intentos de suicidio, quizás un porcentaje mayor en pacientes con trastorno bipolar I, pero no es significativo.

Intentos de suicidio y trastornos relacionados con sustancias

Un meta-análisis que incluyó 31 estudios (9 estudios de cohorte, 10 caso control y 12 transversal) con 420 732 participantes, reveló que el trastorno por consumo de alcohol, se asoció significativamente con mayor riesgo de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.⁽⁴³⁾ Igualmente, otro meta-análisis que incluyó 7 estudios concluyó que el consumo agudo de alcohol se asocia con una mayor probabilidad de intento de suicidio, particularmente a dosis altas.⁽⁴⁴⁾ Ambas investigaciones fueron realizadas con estudios publicados solo en idioma inglés, no fueron estudios realizados en población hispanoamericana.

En un estudio en el que se analizó 272 individuos con intentos de suicidio en 17 países (6 países de Centro-América y 3 de América del sur) obtuvieron que cada bebida aumentó el riesgo de un intento de suicidio en un 30 %; incluso una o dos bebidas se asociaron con un aumento considerable en el riesgo de un intento de suicidio grave y se encontró una dosis-respuesta para la relación entre beber 6 horas antes y el riesgo de un intento de suicidio de hasta 20 bebidas. Además, el consumo agudo de alcohol fue responsable del 35 % de riesgo atribuible a la población de todos los intentos de suicidio.⁽⁴⁵⁾

En 63 estudios con 8063634 participantes, concluyeron que hay suficiente evidencia basada en los estudios epidemiológicos de que fumar está significativamente asociado con un mayor riesgo de comportamientos suicidas (ideación, plan, intentos y muertes).⁽⁴⁶⁾

En una muestra de 467 sujetos 231 consumidores primarios de pasta base de cocaína PBC (grupo 1) y 236 consumidores primarios de clorhidrato de cocaína CC (grupo 2), en ambos grupos predominó el policonsumo, la combinación más frecuente fue el tipo de cocaína que define el grupo (PBC o CC) asociada con alcohol y marihuana. A los 12 meses de seguimiento, el grupo 1 mostró 2,7 veces mayor riesgo de intentar el suicidio y dos veces mayor riesgo de auto-inferirse heridas que el grupo 2.⁽⁴⁷⁾

En 603 pacientes asiáticos con dependencia a la heroína, en tratamiento con metadona, encontraron que las tasas de prevalencia de un mes y de vida del intento de suicidio fueron del 9,5 % y el 34,2 %, respectivamente. El intento de suicidio de por vida se asoció significativamente con síntomas depresivos, síntomas de ansiedad y trastorno de la personalidad antisocial.⁽⁴⁸⁾

En tal sentido, existe evidencia científica (dos meta-análisis) de la relación entre los intentos de suicidio y el consumo de alcohol, específicamente en la población no hispanoamericana. Por lo tanto, otro tema de revisión, será la prevalencia de por vida de intentos de suicidio en pacientes con trastorno por consumo de alcohol en la población hispanoamericana. Aunque los resultados del estudio transversal realizado en 17 países, de los cuales 9 corresponden a América del Sur y Centro América, proyecta un porcentaje a considerar al momento de entrevistar los individuos con intentos de suicidio.

Sería relevante explorar el abuso y dependencia de alcohol y a los pacientes con trastorno relacionado con el consumo de alcohol, interrogar antecedentes de intentos de suicidio. Ya que según el estudio, el consumo agudo de alcohol fue responsable del 35 % de riesgo atribuible a la población de todos los intentos de suicidio. Otro aspecto que debe ser considerado en la evaluación de los individuos con comportamiento suicida es el consumo de tabaco.

Con respecto a la relación entre intentos de suicidio y trastornos relacionados con sustancias ilegales, en la literatura revisada no se encontraron estudios de prevalencia que engloben la mayoría de las drogas ilegales. Se citó un único estudio realizado en pacientes asiáticos con dependencia a la heroína que reporta una prevalencia de vida de intentos de suicidio alta en comparación con la prevalencia de vida de intentos de suicidio en trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor.

Intentos de suicidio y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

En un meta-análisis con 35 estudios observacionales y 16747 individuos con esquizofrenia, la prevalencia de vida de los intentos de suicidio fue del 26,8 %, mientras que la prevalencia de 1 año, la de 1 mes y la de intentos de suicidio al inicio de la enfermedad fueron del 3,0 %, 2,7 % y el 45,9 %, respectivamente. La edad de inicio más temprana de la enfermedad en países de ingresos altos: América del Norte, Europa y Asia Central, se asoció significativamente con una mayor prevalencia de intentos de suicidio.⁽⁴⁹⁾

Otro meta-análisis de 96 estudios con 80 488 participantes con esquizofrenia las variables más asociadas con los intentos de suicidio fueron antecedentes de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, comorbilidad física, historia de antecedentes de depresión, antecedentes familiares de suicidio, ser blanco y síntomas depresivos.⁽⁵⁰⁾ Ambas investigaciones fueron con publicaciones en inglés.

En una revisión sistemática y meta-análisis de 10 estudios de cohortes en la población general con 84 285 individuos, las experiencias psicóticas se asociaron con probabilidades significativamente mayores de ideación suicida posterior, intentos de suicidio (un aumento de 3 veces más de probabilidad) y muerte por suicidio. El aumento del riesgo fue superior al explicado por la psicopatología concomitante.⁽⁵¹⁾ En otra investigación, aproximadamente el 4 % de la muestra total (n= 323) reportó experiencias psicóticas. Estos individuos tenían un aumento significativo de la probabilidad de intentos de suicidio. Este riesgo estaba por encima y más allá del asociado con tener un trastorno mental o un trastorno límite de la personalidad.⁽⁵²⁾

En relación con la prevalencia de vida de intentos de suicidio en pacientes con esquizofrenia, según lo citado es del 26,8 %, porcentaje menor en relación con el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor. El antecedente de consumo de alcohol y tabaco, son variables asociadas con intentos de suicidio en pacientes con esquizofrenia, lo cual se evidencia en este artículo, tanto el consumo de alcohol como el de tabaco aumentan la probabilidad de realizar intentos de suicidio.

Es importante señalar el porcentaje de prevalencia de intentos de suicidio al inicio de la esquizofrenia (45,9 %), el cual duplica el porcentaje de prevalencia de vida de intentos de suicidio. Por consiguiente, a los pacientes con Esquizofrenia de reciente diagnóstico es necesario aplicarles instrumentos o cuestionarios para comportamiento suicida. También, es conveniente una evaluación detallada de esta conducta en pacientes con experiencias psicóticas.

Intentos de suicidio y trastornos de la personalidad

En una muestra de 200 pacientes con trastornos psiquiátricos; 65 con trastorno de la personalidad límite y depresión y 63 con esquizofrenia, se concluyó que los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite presentaron una mayor proporción de intentos suicida (83,1 %), seguidos de aquellos con diagnóstico de depresión mayor (43,1 %), y esquizofrenia (20,6 %). Además, un 21,4 % de los que presentaron trastorno de personalidad límite intentaron suicidarse entre 4 y 10 veces, lo que representa un número mayor de intentos suicidas en comparación con los que presentó el grupo con esquizofrenia donde solo un 4,8 % intentó suicidarse como máximo 4 veces.⁽⁵³⁾

Un estudio de seguimiento, 10 años, en 431 sujetos con trastornos de la personalidad encontró que solo el trastorno de la personalidad límite siguió siendo un predictor significativo de cualquier intento de suicidio en presencia de todos los trastornos de la personalidad, mientras que el trastorno de la personalidad narcisista siguió siendo el único predictor significativo de múltiples intentos de suicidio.⁽⁵⁴⁾

Entre los factores relacionados con el riesgo de suicidio en el trastorno límite de la personalidad (TLP) están afección psiquiátrica del eje I asociada, especialmente a sintomatología depresiva y trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno por uso de sustancias, uso de sustancias previamente al intento de suicidio y trastorno por estrés postraumático. Los pacientes con TLP y trastorno bipolar tienen 3 veces más riesgo de

suicidio, que los pacientes con trastorno bipolar y 7,6 veces más riesgo, que los que padecen trastorno bipolar y otros trastornos de personalidad, especialmente por la impulsividad y la agresividad.⁽⁵⁵⁾

Otra investigación en 120 pacientes con trastorno bipolar tipo I, evaluados durante la eutimia, con y sin antecedentes de intentos de suicidio, encontraron que los trastornos de la personalidad del grupo B, se asociaron significativamente con los intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar tipo I.⁽⁵⁶⁾

En la revisión no se encontraron investigaciones relacionadas con la prevalencia de vida de los intentos de suicidio en pacientes con trastorno de la personalidad. Sin embargo, los estudios demuestran la asociación entre trastornos de personalidad, principalmente trastorno límite, con intentos de suicidio. El riesgo de suicidio aumenta si hay comorbilidad con trastorno bipolar, lo cual se evidencia en esta revisión.

Intentos de suicidio y trastornos de la conducta alimentaria

En 908 pacientes con el diagnóstico de trastornos del comportamiento alimentario, el 13 % reportó intentos de suicidio en algún momento de su vida y el 26 %, comportamientos de autolesión no suicida. Las variables asociadas con intentos de suicidio fueron: trastorno bipolar, personalidad limítrofe, subtipo purgativo del trastorno del comportamiento alimentario y autolesiones.⁽⁵⁷⁾

Se compararon dos grupos, con síntomas alimentarios de atracones y sin síntomas alimentarios de atracones en 817 participantes con trastorno depresivo mayor (TDM). Encontraron que los síntomas alimentarios de atracones se asociaron con intentos de suicidio en sujetos con TDM. El grupo de pacientes con TDM y síntomas alimentarios de atracones tenían condiciones de comorbilidades psiquiátricas y antecedentes de trauma sexual con más frecuencia en comparación con los pacientes con TDM sin síntomas alimentarios de atracones.⁽⁵⁸⁾

En 6899 mujeres, se evaluó las contribuciones genéticas y ambientales independientes y superpuestas a la anorexia nerviosa, el trastorno depresivo mayor y los intentos de suicidio. Los resultados demuestran que la comorbilidad de anorexia nerviosa e intento de suicidio, requieren atención clínica y en gran medida se debe a factores genéticos.⁽⁵⁹⁾ Por lo citado, se aprecia que la comorbilidad en los trastornos alimentarios está asociada con intentos de suicidio y en este grupo de pacientes es más frecuente la autolesión no suicida, según un estudio.

De acuerdo con los artículos revisados, la prevalencia de vida del intento de suicidio en pacientes con trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, y esquizofrenia, es del 33,9 %, 31 % y 26,8 % respectivamente. Porcentajes mayores que la prevalencia de vida del intento de suicidio en la población general a nivel mundial, la cual aproximadamente es del 2,7 %.⁽¹⁵⁾ Es evidente entonces, que el intento de suicidio es más prevalente en los pacientes con trastornos mentales comparados con la población general.

En tal sentido, a los pacientes con intento suicida, es necesario realizarles una entrevista psiquiátrica para descartar o diagnosticar patología psiquiátrica con el objetivo de brindarles un tratamiento óptimo y oportuno para disminuir el riesgo y prevenir la conducta suicida.

Sin embargo, no siempre el manejo del trastorno psiquiátrico implica la plena resolución del espectro suicida (desde la ideación a la muerte), el que podría seguir un curso paralelo e independiente a los síntomas de la patología primaria.⁽⁶⁰⁾

Es oportuno señalar que la literatura científica hace referencia que en el intento suicida intervienen varios factores individuales (sociales, biológicos, psicológicos) que desencadenan o predisponen al individuo a realizar el intento suicida. De ahí la importancia de un abordaje biopsicosocial a los pacientes con intento suicida.

Adicionalmente, la asociación de un trastorno psiquiátrico e ideación o antecedentes de conducta suicida siempre debe ser un criterio de derivación a salud mental.⁽⁶¹⁾

Asimismo, los pacientes que ingresan a una sala de emergencia psiquiátrica, durante los primeros 6 meses de seguimiento tienen mayor incidencia de intentos de suicidio, mientras los suicidios consumados ocurren entre 18 y 24 meses. Esto pone de relieve la necesidad de que los médicos estén capacitados en la evaluación del riesgo de suicidio, particularmente en la sala de emergencias.⁽⁶²⁾

Por último, se sabe que el periodo inmediatamente posterior a la atención en urgencias es de alto riesgo y el seguimiento y la adherencia al sistema sanitario de quienes han sido atendidos por un intento de suicidio se asocia con una disminución del riesgo de repetición de esta conducta.

Todos los esfuerzos para mejorar la intervención y seguimiento clínico después de un intento de suicidio están justificados para tratar de disminuir el sufrimiento que conlleva la conducta suicida para la persona y su entorno social, racionalizar el gasto sanitario, además de tratar de reducir las posibles discapacidades generadas o la pérdida derivada de la muerte por suicidio.⁽⁶³⁾ Tener presente que la conducta suicida es altamente prevenible y el intento suicida es una oportunidad idónea para que el equipo de salud realice una intervención eficaz ante flagelo tan importante para la salud pública.

Una *limitación* de esta investigación es que en las bases de datos consultadas no se encuentran investigaciones relacionadas con la prevalencia de vida del intento de suicidio en pacientes con trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la personalidad.

Otra limitación es la cantidad reducida de investigaciones tanto en la población hispanoamericana, como en Venezuela. Al momento de la revisión, no hay publicaciones vinculadas con intentos de suicidio y trastornos mentales; por consiguiente, a los individuos con intentos de suicidio, que ingresen a los hospitales para atención médica, es imperioso brindarles una atención integral con la valoración por la especialidad de Psiquiatría. Es decir, en el protocolo de atención a pacientes con intentos de suicidio,

incluir la valoración por Psiquiatría y fomentar la investigación en esta población con el objetivo de diseñar e implementar estrategias de prevención.

Este protocolo también se propone para la atención ambulatoria o consulta externa, a fin de ofrecerles seguimiento a los pacientes con trastornos mentales, pues es necesario evaluar la conducta suicida.

CONCLUSIONES

Según los hallazgos, los pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor presentan alto porcentaje de realizar intentos de suicidio. Aunado a una comorbilidad psiquiátrica (consumo de alcohol, consumo de tabaco y trastorno de la personalidad límite), más intentos de suicidio previos, aumenta el riesgo de este comportamiento. Es conveniente realizar estudios longitudinales, preferiblemente locales y nacionales, con una muestra representativa, que permitan aproximarse a la comprensión del intento de suicidio en pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daray F, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: Desde la antigüedad hasta el DSM 5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2016; 73 (3): 205-11.
2. Nizama M. Suicidio. *Rev Peru Epidemiol*. 2011; 15 (2): 1-5.
3. Sendra Gutiérrez JM, Esteban Vasallo M, Domínguez Berjon MF. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc) [Internet]*. 2016 [Citado 10/12/2020];11(4):234-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-caracteristicas-conducta-suicida-factores-asociados-S1888989116300015>
4. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Nota descriptiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [Citado 10/12/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es>
5. Brüdern J, Stähli A, Gysin Maillart A, Michel K, Reisch T, Jobes, et al. Reasons for living and dying in suicide attempters: a two-year prospective study. Brüdern et al. *BMC Psychiatry*. 2018; 18:234.
6. Benavides Mora V, Villota Melo N, Villalobos Galvis F. Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2019; 24 (3):181-95.
7. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Martínez González AA. Daños a la salud por intento suicida: Uso de la escala ENARS para evaluar actitud de riesgo suicida en adultos mayores. *Convención Internacional "Cuba Salud 2018"*, La Habana, 23, 24, 25, 26, 27 de abril de 2018 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2018 [Citado 10/12/2020]. Disponible en: <https://www.convencionsalud2018.sld.cu%2Findex>.
8. Beitia P, Rodríguez E, González E, Benavides M. Intento suicida y factores asociados en dos instituciones de Cali – Colombia. *Rev Cienc Cuidad*. 2019; 16 (1): 19-31.
9. Aparicio Castillo Y, Blandón Rodríguez AM, Chaves Torres NM. Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. *Rev Colomb Psiquiat [Internet]*. 2020 [Citado 10/12/2020];49(2):96-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.001>
10. Crespo F. Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. *URVIO. Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*. 2019; 24:167-85.
11. Marti C, Barboza J, Castro D, Ballesteros T. Muertes violentas por homicidio y suicidio en Venezuela: ¿Es este un problema de salud pública?. *Academia Biomedica Digital*. 2016; 65:34-7.
12. Knipe D, Williams A, Hannam Swain S, Upton S, Brown K, Bandara P, et al. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med [Internet]*. 2019 [Citado 10/12/2020];16(10):1-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002905>
13. Echávarri O, Morales S, Bedregal P, Barros J, Maino M, Fischman R, et al. ¿Por Qué No Me Suicidaría? Comparación Entre Pacientes Hospitalizados en un Servicio de Psiquiatría con Distinta Conducta Suicida. *PSYKHE*. 2015; 4 (1): 1-11.
14. Campo Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental asociado como factor de riesgo de suicidio. *Rev Colomb Psiquiat*. 2015; 44 (4): 243-50.
15. Klonsky D, May A, Saffer B. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016; 12(14):1-14.
16. Azcárate Jiménez L, López Goñi J, Goñi Sarriés A, Montes Reula L, Portilla Fernández A, Elorza Pardo R. La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría [Internet]*. 2019 [Citado 10/12/2020];47(4):127-36. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/120/ESP/21-120-ESP-127-36-780214.pdf>
17. Irigoyen Otiñano M, Puigdevall Ruestes M, Mur Laín M, González Pinto A, Portella M, Baca García E, et al. Ausencia de asociación entre el nivel de letalidad y la reincidencia de los intentos de suicidio en una provincia española. *Actas Esp Psiquiatr*. 2019; 47 (5): 179-89.
18. Vigoya A, Osorio Y, Salamanca Y. Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012-2017). *Duazary*. 2019; 16 (1): 53-66.
19. Goñi Sarriés A, Janda Galán L, Macaya Aranguren P, Azcárate L, López Goñi J, Álvarez I. Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018; 46 (3): 83-91.
20. Sánchez L. García J. Quintanilla R. Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, México. *Psicología y Salud*. 2016; 26 (1): 81-90.
21. Aguilar I. Perera S. Caracterización de la situación de los individuos con intento suicida. *Revista Ciencias Médicas de La Habana*. 2016; 23 (1): 34-6.
22. López L. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*. 2017; 11 (1): 89-100.

23. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrera E, Saiz P, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra ambulatoria. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2020; 13 (1): 11-21.
24. Castro E, Castillo A. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *Rev Colomb Psiquiat*. 2013; 42 (1): 29-50.
25. Coronado Molina O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014; 77 (4): 242-9.
26. Dong M, Zeng L, Lu L, Li X, Ungvari G, Ng C, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychol Med [Internet]*. 2019 [Citado 10/12/2020];49(10):1691-714. Disponible en: <http://doi.org/10.1017/S0033291718002301>
27. Goncalves A, López M, De Azevedo T, Campos T, Azevedo Da Silva R, Jansen K, et al. Incidence and Risk Factors for Suicide Attempts in Patients Diagnosed with Major Depressive Disorder. *Psychology Research and Behavior Management*. 2020; 13: 1147-57.
28. Stevens D, Wilcox H, MacKinnon D, Mondimore F, Schweizer B, Jancic D, et al. Risk Factors: PTSD Increases Risk for Suicide Attempt in Adults with Recurrent MDD. *Depression and Anxiety*. 2013; 30: 940-6.
29. Baca E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. 2014; 37: 373-80.
30. Bentley K, Franklin J, Ribeiro J, Kleiman E, Fox K, Nock M, et al. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2016; 43: 30-46.
31. Schaffer A, Isometsä E, Tondo L, Moreno D, Sinyor M, Vedel L, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015; 49 (9): 785-802.
32. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari G, Chee HN, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Science [Internet]*. 2019 [Citado 10/12/2020];29:e63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31648654/>
33. Schaffer A, Isometsä E, Tondo L, Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disorders [Internet]*. 2014 [Citado 10/12/2020];17(1):1-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25329791/>
34. Novick D, Swartz H, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*. 2010; 12:1-9.
35. Holma KM, Haukka J, Suominen K, Valtonen HM, Mantere O, Melartin TK, et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord [Internet]*. 2014 [Citado 10/12/2020]; 16(6):652-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636453/>
36. García J, Álvarez M, Aguado L, Gutiérrez L. Factores asociados a la polaridad predominante en el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc) [Internet]*. 2019 [Citado 10/12/2020];12(1):52-62. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-es-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-factores-asociados-polaridad-predominante-el-S1888989117300940>
37. Ballard E. Symptom trajectories in the months before and after a suicide attempt in individuals with bipolar disorder: A STEP-BD study. *Bipolar Disord [Internet]*. 2020 [Citado 10/12/2020];22(3):245-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bdi.12873>
38. Aaltonen K, Näätänen P, Heikkinen M, Koivisto M, Baryshnikov I, Karpov B, et al. Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 2016;196: 318-30.
39. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. *Can J Psychiatry*. 2014; 59 (3): 120-30.
40. Arias F, Szman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*. 2017; 29 (3): 186-94.
41. Apfelbaum S, Regalado P, Herman L, Teitelbaum J, Gagliosi P. La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41(5): 269-78.
42. Portugal R, Nogueira S, Rodríguez J, Soares L, Bastos T, Virgínio M, et al. The Use of Cannabis as a Predictor of Early Onset of Bipolar Disorder and Suicide Attempts. *Neural Plasticity [Internet]*. 2015 [Citado 10/12/2020];1155:434127. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1155/2015/434127>
43. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE [Internet]*. 2015 [Citado 10/12/2020];10(5):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439031/>
44. Borges G, Bagge C, Cherpitel C, Conner K, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*. 2017 Apr; 47 (5): 949-57.
45. Borges G, Cherpitel C, Orozco R, Ye Y, Monteiro M, Hao W, et al. A dose-response estimate for acute alcohol use and risk of suicide attempt. *Addiction Biology*. 2017 Nov; 22 (6): 1554-61.
46. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE [Internet]*. 2016 [Citado 10/12/2020];11(7):1-18. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156348>
47. Santis R, Hidalgo C, Hayden V, Anselmo E, Jaramillo A, Padilla O, et al. Intentos de suicidio y heridas auto-inferidas: 12 meses de seguimiento de conductas de riesgo de consumidores de cocaína no consultantes de servicios de rehabilitación. *Rev Med Chile*. 2016; 144: 526-33.
48. Zhong B, Xie W, Zhu J, Lu J, Chen H. Prevalence and correlates of suicide attempt among Chinese individuals receiving methadone maintenance treatment for heroin dependence. *Scientific Reports [Internet]*. 2019 [Citado 10/12/2020]; 9:15859. Disponible en: <http://doi.org/10.1038/s41598-019-52440-x>

49. Lu L, Dong M, Zhang L, Zhu X, Ungvari G, Ng C, et al. Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2019 [Citado 10/12/2020];20:1-10. Disponible en: <http://doi.org/10.1017/S2045796019000313>
50. Cassidy R, Yang F, Kapczinski F, Cavalcante I. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2018 Jun; 44 (4): 787-97.
51. Yates K, Lång, U, Cederlöf M, Boland F, Taylor P, Cannon M, et al. Association of Psychotic Experiences With Subsequent Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Deaths. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019 [Citado 10/12/2020];76(2):180-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3514>
52. Kelleher I, Ramsay H, DeVlyder J. Psychotic experiences and suicide attempt risk in common mental disorders and borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017; 135: 212-18.
53. Cáceres E, Vásquez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2013; 76 (4): 255-67.
54. Ansell E, Wright A, Markowitz J, Sanislow C, Hopwood C, Zanarini M, et al. Personality Disorder Risk Factors for Suicide Attempts Over 10 Years of Follow-Up. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015; 6 (2):161-7.
55. Forti L, Forti M. Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Rev Esp Med Legal*. 2012; 38 (4): 149-54.
56. Bezerra Filho S, Galvao de Almeida A, Studart P, Martins D, Caribé A, Schwingel P, et al. Suicide attempts in bipolar I patients: impact of comorbid personality disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2017 [Citado 10/12/2020];39:133-9. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1982>
57. Rodríguez M, Rodríguez N, Gempeler J, Garzón F. Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Colomb Psiquiat*. 2013; 43 (S 1): 19-26.
58. Baek JH, Kim K, Hong JP, Cho MJ, Fava M, Mischoulon D, et al. Binge eating, trauma, and suicide attempt in community adults with major depressive disorder. *PLoS ONE* [Internet]. 2018 [Citado 10/12/2020];13(6):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/0198192>
59. Thornton L, Welch E, Munn Chernoff M, Lichtenstein P, Bulik C. Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors. *Suicide Life Threat Behav*. 2016 ; 46 (5): 525-34.
60. Martínez J, Arancibia M, Silva H. Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Rev Chil Neuro Psiquiat*. 2015; 53 (2): 127-33.
61. Taron M, Nunes C, Maia T. Suicide and suicide attempts in adults: exploring suicide risk 24 months after a psychiatric emergency room visit. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2020 [Citado 10/12/2020];42(4):367-72. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0583>
62. Tizón J. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación?. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* [Internet]. 2016 [Citado 10/12/2020];23(2):61-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.05.010>
63. Goñi A, Zandio M. El suicidio: un reto para la prevención. *An Sist Sanit Navar*. 2017; 40 (3): 335-8.

Conflictos de intereses

La autora declara no tener conflictos de intereses en relación con la investigación presentada.