

Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad

Enrique Baca García,¹ Fuensanta Aroca²

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Suicide is among the most prevalent causes of death in the world. A history of past suicide attempts is the most important of all the risk factors to show suicidal behavior (attempts and completed suicides). The objective of this study is to assess the effect of anxiety disorders, major depressive disorder, and comorbid major depression with anxiety on the risk for suicide attempts.

Methods

We recruited 505 patients with a history of suicide attempts and a control group of 277 patients without a history of suicide attempt from three hospitals in Madrid, Spain. We performed a logistic regression analysis using a progressive elimination method with the presence or absence of a history of suicide attempts as the dependent variable. As independent variables we included the diagnosis (anxiety, major depression, anxiety comorbid with major depression, and other diagnoses) and other risk factors for suicide attempts recognized in the literature.

Results

The regression model correctly classified more than 80% of the patients. Patients with depression (OR=3.4; CI 95%=1.8-4.8) and with anxiety-depression comorbidity (OR=4.3; CI 95%=2.4-7.8) had higher risk for suicide attempt compared to patients with other diagnoses. Patients without children had a higher risk for suicide attempt than those with children (OR=3.8; 95% CI=2.3-6.2), while patients with a family history of suicide had a higher risk than those without it (OR=2.2; 95% CI=1.1-4.5).

Conclusions

In clinical populations, the comorbidity of depression and anxiety is a higher risk factor for suicide attempts than having either condition separately or having other diagnoses. It also seems to be more important than other risk factors, such as family history.

Key words: Anxiety, depression, suicide, suicide attempt.

RESUMEN

Introducción

El suicidio es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. La conducta suicida es resultado de la interrelación de factores psicopatológicos (depresión, psicosis, drogas), sociales (aislamiento, situación laboral), biológicos (heredabilidad del 50%, hipofunción serotoninérgica) y ambientales (sucesos estresantes, situaciones de maltrato). El objetivo de este trabajo es valorar el riesgo de intentos de suicidio con presencia de trastornos de ansiedad, depresión mayor y depresión comórbida con ansiedad.

Método

Se reclutaron 505 pacientes con historia de intentos de suicidio y 277 pacientes sin ella, como controles, en tres hospitales generales de Madrid, España. Se realizó una regresión logística utilizando como variable dependiente la existencia o no de historia de intentos de suicidio, como variables independientes el diagnóstico y los factores de riesgo vinculados a los intentos de suicidio según la literatura médica.

Resultado

El modelo clasificó correctamente el 80% de los pacientes. El riesgo de suicidio fue mayor en pacientes con depresión (OR=3.4; IC 95%=1.8-4.8) y con comorbilidad ansiedad-depresión (OR=4.3; IC 95%=2.4-7.8) a diferencia de los pacientes no diagnosticados con éstos. Los pacientes que no tenían hijos presentaron un riesgo de intentos de suicidio mayor respecto a quienes sí los tenían (OR=3.8; IC 95%=2.3-6.2). La edad del paciente menor de 35 años y la historia familiar de conducta suicida incrementó el riesgo de intento de suicidio (OR=2.2; IC 95%=1.1-4.5).

Conclusiones

La comorbilidad depresión-ansiedad es un factor de riesgo para la conducta suicida más importante que estas condiciones por separado u otros diagnósticos, esta asociación confiere mayor riesgo que otros factores como la historia familiar de conducta suicida, el no tener hijos o la edad menor a 35 años. Los clínicos deben prestar atención a pacientes con depresión y ansiedad comórbidas en presencia de factores de riesgo para la conducta suicida.

Palabras clave: Intento de suicidio, suicidio, depresión, ansiedad.

¹ Servicio de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz. Madrid, España.

² Instituto de Matemáticas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Correspondencia: Enrique Baca García. Avenida Reyes Católicos. Servicio de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz. Madrid 28040, España. E-mail: ebacgar2@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El suicidio está entre las principales causas de muerte a nivel mundial,¹ además es una de las causas más importantes de pérdida de años de vida.² Cada año fallecen en el planeta un millón de personas por suicidio. Los intentos de suicidio generan una pérdida anual a nivel mundial de 20 millones de años de vida ajustados por incapacidad (DALY, *disability-adjusted life-years*). La prevención del suicidio es una prioridad de salud pública y está limitada por la falta de datos para generar intervenciones basadas en evidencia científica.³ Es por esto que identificar grupos de riesgo para intentos de suicidio, es clave por la relación de éstos con el suicidio consumado.⁴ En este sentido, el predictor más robusto de suicidio consumado es la historia de intentos de suicidio previa.⁵

La conducta suicida es el resultado de la interacción de diversos factores de riesgo: demográficos, psicopatológicos, biológicos, eventos vitales estresantes y factores que protegen de esta conducta (cuadro 1).⁶ El 90% de las personas que fallecen por suicidio sufren una patología psiquiátrica (depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de alcohol-drogas, esquizofrenia y trastornos de personalidad). Se ha determinado que el riesgo de suicidio en los pacientes psiquiátricos es de 2.4 a 23 veces superior al de la población general.⁷ Una de las medidas más eficaces para prevenir el suicidio es el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental.⁸

El riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo.

El papel de la ansiedad en la conducta suicida no ha sido del todo esclarecido, la mayoría de los estudios de seguimiento en poblaciones clínicas sostiene que del 15 a 20% de los decesos de los pacientes con ansiedad se deben al suicidio.⁹ Los estudios epidemiológicos no son concluyentes en lo referente a la relación entre la ansiedad y la conducta suicida.¹⁰ Sin embargo la ansiedad parece jugar un papel en la conducta suicida *per se* y como síntoma comórbido.¹¹

El objetivo de este trabajo es valorar el riesgo de los intentos de suicidio en relación a la presencia de trastornos de ansiedad, depresión mayor y depresión mayor comórbida con trastornos de ansiedad, así como identificar los factores de riesgo comunes para la conducta suicida en estos trastornos, para estimar su especificidad.

MÉTODO

Muestra

Se reclutaron 782 pacientes, 505 de ellos con historia de intentos de suicidio y 277 pacientes sin ese antecedente, como controles, en los servicios de Psiquiatría (urgencias y unidad

de hospitalización) de tres hospitales de Madrid (Fundación Jiménez Díaz, Hospital Ramón y Cajal y Hospital Clínica Puerta de Hierro). Todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado aprobado de acuerdo a la Declaración de Helsinki de 1964. El protocolo de valoración se realizó basado en la entrevista semiestructurada *Columbia Suicide History Form*.^{5,12} Se llevaron a cabo reuniones de consenso regularmente para incrementar la fiabilidad interexaminadores.

La historia de intento de suicidio se definió como la presencia de "Conducta autoinfligida potencialmente lesiva que no produce la muerte pero para la que hay una intención evidente (explícita o implícita) de morir",¹³ esta definición es la que utiliza el *National Institute of Mental Health*.

Cuadro 1. Factores de riesgo para la conducta suicida (Nock, 2008)⁶

Factores demográficos

* Suicidio consumado

- Sexo masculino
- Adolescente o tercera edad

* Intento de suicidio

- Sexo femenino
- Jóvenes
- Solteros
- Bajo nivel educativo
- Desempleados

Factores psicopatológicos

- Trastornos mentales (90-95 fallecidos por suicidio)
- Trastornos afectivos
- Alcohol/drogas
- Trastornos de personalidad
- Desesperanza
- Anhedonia
- Impulsividad
- Alta reactividad emocional
- Historia personal de intentos de suicidio

Factores biológicos

- Heredabilidad 50%
- Hipofunción serotoninérgica

Eventos vitales estresantes

- Problemas familiares
- Problemas conyugales
- Problemas legales
- Profesiones (militares, médicos, policías)
- Maltrato perinatal
- Enfermedad terminal

Factores protectores

- Creencias religiosas
- Soporte social
- Embarazo
- Tener hijos

Instrumentos de valoración

Todos los pacientes fueron valorados por psiquiatras o por residentes de psiquiatría supervisados con, al menos, dos años de formación. Los diagnósticos a lo largo de la vida fueron establecidos mediante la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) para el eje I del DSM-IV,¹⁴ que incluye los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social (trastorno de ansiedad social), trastorno obsesivo-compulsivo, estado por estrés postraumático. Se incluyeron las variables sociodemográficas relacionadas con la conducta suicida⁶ como la edad (agrupada en tres categorías: 18-35 años, 35-65 años y mayores de 65 años), el sexo, el estado civil, tener hijos, la situación laboral y el nivel educativo. Se documentó la presencia de abuso o maltrato infantil y la historia familiar de conducta suicida. Se utilizó el IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad) para valorar el eje II.¹⁵ La impulsividad se valoró con la escala Barratt validada al español,¹⁶ utilizando como valor de corte la puntuación total de 46.5 puntos, lo que da una sensibilidad del 75% y una especificidad del 70% para detectar la conducta suicida.

Los detalles del protocolo utilizado y su validez psicométrica pueden encontrarse en las referencias.^{12,17}

Análisis estadístico

Se analizaron las tablas de contingencia con el test de la chi cuadrada para comprobar la asociación entre los factores de riesgo y los factores protectores y los diagnósticos de ansiedad y depresión.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística con el método de eliminación progresiva (como criterio de ajuste del modelo se usó la razón de verosimilitud) considerando como variable dependiente la existencia o no de historia de intentos de suicidio y como variables independientes el resto de las variables propuestas en el estudio. Esta técnica crea un modelo probabilístico que permite estimar el riesgo (mediante *odds ratio* [OR] que proporciona el modelo) que comportan los distintos valores de variables independientes sobre una variable dependiente dicotómica (existencia o no de intentos de suicidio). En nuestro caso, el uso de esta técnica identifica a los factores que pueden estar asociados a los intentos de suicidio.

RESULTADOS

La distribución de los diagnósticos en la muestra fue: 60 (7.7%) con trastorno de ansiedad, 228 (29.2%) con depresión mayor, 217 (27.7%) con ansiedad y depresión mayor y 277 (35.4%) con otros diagnósticos (140 esquizofrenia, 87 drogo-dependientes, 32 trastornos adaptativos y 18 trastornos de

alimentación). Se identificaron a 552 pacientes con historia previa de intentos de suicidio.

En el cuadro 2 se detalla la relación entre los diagnósticos de ansiedad, depresión mayor y ansiedad-depresión mayor comórbidos con los factores de riesgo para la conducta suicida propuestos por Nock (descritos en el cuadro 1).⁶

La distribución por sexos en los diagnósticos es estadísticamente diferente ($\chi^2=11.7$; $gl=3$; $p=0.008$), presentando una mayor proporción en el diagnóstico de ansiedad o ansiedad-depresión entre el sexo femenino. Los pacientes con ansiedad o ansiedad-depresión son algo más jóvenes (mayor representación en el grupo de edad de <35 años) ($\chi^2=17.0$; $gl=6$; $p=0.009$). En relación al estado civil, se encontró una menor proporción de solteros en el grupo de pacientes con depresión ($\chi^2=19.9$; $gl=9$; $p=0.018$). No se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos diagnósticos y el nivel de educación y la situación laboral.

La influencia del diagnóstico es clara en los factores psicopatológicos relacionados con el suicidio. En cuanto al abuso de drogas, los pacientes con ansiedad presentaron menor proporción de consumo de éstas ($\chi^2=11.2$; $gl=3$; $p=0.011$). En relación al diagnóstico se encontró una pequeña proporción de trastornos de personalidad ($\chi^2=20.4$; $gl=3$; $p<0.001$). Los pacientes con depresión y depresión-ansiedad fueron más impulsivos ($\chi^2=15.8$; $gl=3$; $p<0.001$). Los pacientes con depresión, y particularmente aquéllos con depresión y ansiedad comórbida presentaron una mayor proporción de historia de intentos de suicidio ($\chi^2=61.0$; $gl=3$; $p<0.001$). Esto mismo sucede con la historia de antecedentes familiares de conducta suicida ($\chi^2=18.7$; $gl=3$; $p<0.001$).

Los datos muestran que los pacientes con ansiedad y depresión-ansiedad comórbidas han presentado frecuentemente abuso sexual en la infancia ($\chi^2=16.5$; $gl=3$; $p=0.01$) y abuso emocional en la infancia ($\chi^2=18.7$; $gl=3$; $p<0.001$). No se observaron diferencias en cuanto al abuso físico ($\chi^2=4.888$; $gl=3$; $p=0.180$) y sexual en la edad adulta ($\chi^2=4.477$; $gl=3$; $p=0.214$).

En cuanto a los factores protectores, los pacientes con otros diagnósticos tienen una menor proporción de hijos y los depresivos tienen una mayor proporción de éstos ($\chi^2=14.6$; $gl=3$; $p=.002$).

Posteriormente se analizó la relación entre los factores relacionados con el intento de suicidio y los diagnósticos en la submuestra de pacientes con historia de intentos de suicidio (cuadro 3). Se evidenció una relación entre la ansiedad y la edad menor a 35 años y entre la depresión y edades comprendidas entre 35 y 65 años ($\chi^2=17.1$; $gl=6$; $p=.009$). Los pacientes con otros diagnósticos presentaron menos trastornos de personalidad ($\chi^2=10.2$; $gl=3$; $p=.017$). La presencia de familiares con conducta suicida fue más frecuente en pacientes con depresión y con ansiedad-depresión ($\chi^2=8.3$; $gl=3$; $p=.039$).

El modelo obtenido con la regresión logística presentó un buen ajuste (χ^2 Hosmer y Lemeshow =11.147; $gl=8$;

Cuadro 2. Factores de riesgo para el suicidio y diagnóstico de ansiedad y/o depresión

Tipo	Variable	Categorías	Otro diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	
Demográficos	• Sexo	Mujer	151	39	130	149	
			54.5%	65.0%	57.0%	68.7%	
		$\chi^2= 11.7$					
		gl= 3					
		p= .008					
	• Edad	<35	Hombre	126	21	98	68
				45.5%	35.0%	43.0%	31.3%
			$\chi^2= 17.0$				
			gl= 6				
			p= .009				
			>65	130	35	93	123
	• Estado civil	<35	Soltero	148	29	92	111
				59.9%	53.7%	42.4%	52.6%
			$\chi^2= 19.9$				
			gl= 9				
			p= .018				
			Casado	57	11	66	63
				23.1%	20.4%	30.4%	29.9%
			Divorciado	36	11	48	33
	• Nivel educativo	35-65	Viudo	6	3	11	4
				2.4%	5.6%	5.1%	1.9%
		$\chi^2= 7.6$					
		gl= 6					
		p= .268					
		Analfabeto/primaria	97	18	83	63	
• Situación laboral	>65	Secundaria	89	25	84	88	
			36.9%	47.2%	40.0%	42.5%	
		$\chi^2= 10.9$					
		gl= 9					
		p= .284					
		Universidad	55	10	43	56	
			22.8%	18.9%	20.5%	27.1%	
		Desempleo	80	9	60	71	
• Psicopatología	Desempleo	Incapacidad	61	18	57	40	
			25.7%	35.3%	26.8%	19.9%	
		$\chi^2= 11.2$					
		gl= 3					
	p= .011						
• Historia abuso drogas	Empleado	Jubilado	78	19	80	74	
			32.9%	37.3%	37.6%	36.8%	
		$\chi^2= 11.2$					
		gl= 3					
	p= .011						
• Trastorno personalidad	Sin historia abuso droga	Sin historia abuso droga	189	52	163	140	
			68.2%	86.7%	71.5%	64.8%	
		$\chi^2= 20.4$					
		gl= 3					
	p= .001						
• Cluster B	Historia abuso droga	Sin T. Personalidad	88	8	65	76	
			31.8%	13.3%	28.5%	35.2%	
		$\chi^2= 20.4$					
		gl= 3					
	p= .001						
• Impulsividad	Sin T. Personalidad	T. personalidad	138	33	144	158	
			56.1%	60.0%	66.7%	76.0%	
		$\chi^2= 19.4$					
		gl= 3					
	p= .001						
• Impulsividad	Cluster B	No impulsivos	177	35	133	108	
			72.0%	63.6%	61.6%	51.9%	
		$\chi^2= 15.8$					
		gl= 3					
	p= .001						
• Impulsividad	Cluster B	Impulsivos	69	20	83	100	
			28.0%	36.4%	38.4%	48.1%	
		$\chi^2= 15.8$					
		gl= 3					
	p= .001						

Cuadro 2. Continuación

Tipo	Variable	Categorías	Otro diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	
Factores biológicos	• Historia intento suicidio $\chi^2= 61.0$ gl= 3 p< .001	Sin intento de suicidio	114	17	39	30	
		Intento de suicidio	154	36	183	179	
	• Historia familiar de conducta suicida $\chi^2=18.7$ gl= 3 p< .001	Sin historia familiar	235	43	176	150	
		Con historia familiar	30	4	42	50	
	Eventos vitales estresantes	• Abuso físico infancia $\chi^2= 7.8$ gl= 3 p= .052	No	220	43	180	161
			Abusado	27	8	37	41
• Abuso sexual infancia $\chi^2= 16.5$ gl= 3 p=0.01		No	236	42	199	174	
		Abusado	11	9	18	28	
• Negligencia parental $\chi^2= 4.8$ gl= 3 p= .448		No	228	43	203	183	
		Negligencia	19	8	14	16	
• Abuso emocional $\chi^2= 18.7$ gl= 3 p< .001		No	211	38	178	140	
		Abusado	36	13	39	61	
• Abuso físico adulto $\chi^2= 5.6$ gl= 3 p= .150		No	223	43	188	168	
		Abusado	23	8	29	33	
• Abuso sexual adulto $\chi^2= 4.2$ gl= 3 p= .270		No	237	48	208	185	
		Abusado	10	3	9	16	
Factores protectores	• Hijos $\chi^2= 14.6$ gl= 3 p= .002	Sin hijos	157	33	103	117	
		Con hijos	85	19	113	89	
	• Valores opuestos suicidio: religión, familia $\chi^2= 16.5$ gl= 3 p= .001	Evitarían que se intentara suicidar	42	14	24	33	
		Algún valor opuesto	6	4	8	14	
		Mínimos o no determinantes	9	2	10	10	
			15.8%	10.0%	23.8%	17.5%	

Cuadro 3. Asociaciones significativas entre factores de riesgo de intentos de suicidio y grupo diagnóstico en pacientes con historia de intentos de suicidio

Tipo	Variable	Categorías	Otro diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión
Demográficos	• Edad $\chi^2= 17,1$ $gl= 6$ $p= .009$	<35	88	27	82	105
			57.5%	75.0%	44.8%	59.3%
		35-65	58	7	87	66
			37.9%	19.4%	47.5%	37.3%
		>65	7	2	14	6
			4.6%	5.6%	7.7%	3.4%
Psicopatología	• Trastorno personalidad $\chi^2= 10.2$ $gl= 3$ $p= .017$	Sin trastorno personalidad	48	9	44	31
			33.1%	26.5%	24.6%	17.7%
		Trastorno personalidad	97	25	135	144
		66.9%	73.5%	75.4%	82.3%	
	• Cluster B $\chi^2= 7.6$ $gl= 3$ $p= .05$	No Cluster B	92	18	100	84
			63.4%	52.9%	55.9%	48.0%
		Cluster B	53	16	79	91
			36.6%	47.1%	44.1%	52.0%
Factores biológicos	• Historia familiar de conducta suicida $\chi^2=8.3$ $gl= 3$ $p= .039$	Sin historia familiar	128	29	142	131
			84.8%	90.6%	78.9%	74.0%
		Con historia familiar	23	3	38	46
			15.2%	9.4%	21.1%	26.0%

$p=.193$), clasificando correctamente al 79.3% de la muestra con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 38% con un valor de corte de 0.5 en la ecuación de regresión. Las cuatro variables incluidas en el modelo fueron: el diagnóstico (χ^2 Wald=35.1; $gl=1$; $p<0.001$); el tener hijos (χ^2 Wald=29.9; $gl=1$; $p<0.001$); la edad (χ^2 Wald=19.4; $gl=1$; $p<0.001$) y la historia familiar de conducta suicida (χ^2 Wald=4.8; $gl=1$; $p=0.029$).

Los *odds ratios* (OR) para estas variables (cuadro 4), muestran que la depresión con respecto a otros diagnósticos incrementó tres veces el riesgo de suicidio (OR=3.4; IC 95%=2.0-5.6), y hasta cuatro veces con la comorbilidad ansiedad-depresión (OR=4.3; IC 95%=2.4- 7.8). El no tener hijos aumentó el riesgo de intentos de suicidio cerca de cuatro veces (OR=3.8; IC 95%=2.4-6.3). Finalmente la historia familiar de suicidio duplicó dicho riesgo (OR=2.2; IC 95%=1.1-4.5).

DISCUSION

El principal hallazgo de este estudio es que en poblaciones clínicas la comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida, a diferencia de estas condiciones por separado y que otros diagnósticos.

Otro hallazgo importante es que los pacientes con intentos de suicidio y otros diagnósticos –diferentes de la ansiedad y la depresión– presentan mayor carga familiar de

conducta suicida que los pacientes con ansiedad y/o depresión, además éstos presentaron más trastornos de personalidad (especialmente el *cluster b*) (cuadro 3). El factor de riesgo más importante para los intentos de suicidio fue la depresión comórbida con ansiedad (OR=4.3; IC95%=2.4-78) (cuadro 4). Esta relación es superior a otros factores de riesgo como puede ser no tener hijos, historia familiar de conducta suicida o la edad. Los trastornos por ansiedad (OR=1.4; IC95%=0.6-3.1) incrementaron el riesgo de intentos de suicidio con respecto a otros trastornos mentales excluida la depresión.

El análisis sobre la comorbilidad depresión mayor y trastorno de pánico en el estudio NCS (*National Comorbidity Survey* sobre 8 090 personas que representaron a la población estadounidense de 15 a 54 años utilizó una entrevista semiestructurada para los criterios del DSM-III-R y la CIE-10) mostró que la comorbilidad del trastorno de pánico con depresión fue del 55.6%, es decir más de la mitad de los pacientes diagnosticados de trastorno de pánico presentaron también una depresión mayor, cosa que no ocurría al revés (tan sólo un 11.2% de los diagnosticados con depresión mayor presentaron un trastorno de pánico comórbido). Con respecto a los intentos de suicidio a lo largo de la vida, controlando los factores sociodemográficos, la prevalencia fue mayor en pacientes con comorbilidad depresión-trastorno de pánico (25.5%) frente a la depresión mayor (14.8%) o los trastornos de pánico aislados (5.2%); con lo que se concluye que las al-

Cuadro 4. Regresión logística para la historia personal de intentos de suicida

	χ^2 Wald	gl.	Sig.	OR	IC 95% OR	
					Inferior	Superior
Depresión/ansiedad (referencia otros diagnósticos)	35.087	3	.000			
• Ansiedad	.650	1	.420	1.396	.620	3.142
• Depresión	21.178	1	.000	3.358	2.005	5.626
• Ansiedad y depresión	23.632	1	.000	4.335	2.400	7.832
Tener hijos (referencia no hijos)	28.948	1	.000	.260	.159	.425
Edad (referencia >65)	19.372	2	.000			
• <35	8.060	1	.005	3.523	1.477	8.404
• 35-65	.370	1	.543	1.289	.569	2.920
Historia familiar de conducta suicida (referencia no familiares con conducta suicida)	4.765	1	.029	2.213	1.085	4.517

tas cifras de intentos de suicidio en pacientes con trastorno de pánico se debe a la comorbilidad con depresión.¹⁸ Borges et al. (2010)¹⁹ reportaron parcialmente estos hallazgos en una réplica del NCS en México donde los trastornos de ansiedad incrementaron el riesgo de intentos de suicidio, pero en menor cuantía que cualquier otro diagnóstico psiquiátrico, lo cual es compatible con nuestros hallazgos. Sin embargo, los trastornos de ansiedad son los que confieren mayor riesgo en la conversión de la ideación suicida al plan y de éste al intento de suicidio, seguido de los trastornos afectivos. Esta idea respalda nuestros resultados y encaja con un modelo de predicción de reintentos de suicidio realizado en muestras españolas y francesas, donde la ansiedad es el diagnóstico más importante para la repetición de la conducta suicida.²⁰ Los modelos de Fawcett¹¹ de la conducta suicida establecen dos tipos de factores de riesgo: agudos, con una duración menor de un año (apatía, ansiedad e insomnio) y crónicos, con una duración mayor de un año.

La investigación de la comorbilidad en pacientes ambulatorios destaca cómo los trastornos de ansiedad potencian la tendencia suicida en pacientes depresivos aumentando su ideación suicida y su desesperanza,²¹ además sostienen que los pacientes con trastorno de pánico no realizan intentos de suicidio en ausencia de otros trastornos afectivos.²² Se ha comprobado que la irrupción del primer ataque de pánico precede al 74% de los intentos de suicidio en los pacientes tratados en clínicas de ansiedad.²²

Algunos autores han interpretado que el papel de los trastornos de ansiedad puede quedar enmascarado por otras dimensiones psicopatológicas (agresividad e impulsividad) y se interpreta, en estas muestras, como un factor de confusión de otros factores de riesgo como puede ser el consumo de alcohol o drogas.¹⁰ Nuestro modelo de regresión logística contradice esta visión, al eliminarlos; por otro lado, en nuestra muestra la distribución del consumo de drogas y tabaco (que se ha usado como marcador indirecto de otras drogas) se distribuye en la misma proporción en los cuatro

grupos diagnósticos. Estos resultados son interesantes especialmente en el contexto mexicano donde los trastornos de ansiedad son los más prevalentes.¹⁶

Las limitaciones de este estudio son las propias de un estudio caso control. Los controles (pacientes con otros diagnósticos diferentes a ansiedad y depresión) pueden ser un grupo demasiado heterogéneo. El tamaño del grupo de pacientes con ansiedad es pequeño (n=42) en relación a los otros grupos, aunque suficiente para realizar los análisis. Los resultados son extrapolables a poblaciones clínicas similares.²³

La principal conclusión de este estudio es que en poblaciones clínicas la comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida que estas condiciones por separado y que otros diagnósticos. Asimismo parece ser más importante que otros factores como la historia familiar de conducta suicida o condiciones adversas en edades tempranas. Para verificar estos resultados son necesarios estudios de seguimiento (prospectivos) en muestras clínicas que establezcan definitivamente el riesgo que tienen los pacientes con ansiedad y depresión comórbida de realizar intentos de suicidio y fallecer por dicho intento.²⁴

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está parcialmente financiado por PAPIIT IN117110.

REFERENCIAS

1. World Health Organization: Preventing suicide: a resource for general physicians. Ginebra: 2000. Accessed at: http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf
2. World Health Organization: Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates. Ginebra: 2002. Accessed at: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>
3. Summary of National Strategy for Suicide Prevention: Goals and objectives for action. (Substance abuse and mental health services administration website). Available at: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3518/default.asp#goal11>. Último acceso, enero 27, 2007.

4. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Keyes KM, Oquendo MA et al. Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Mol Psychiatry* 2010;15(3):250-259.
5. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2010;3(1):13-18.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;14;30(1):133-154.
7. McNamee JE, Offord DR. Prevention of suicide. En: Canadian task force on the periodic health examination. *Canadian guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada; 1994; pp.456-467.
8. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294(16):2064-2074.
9. Noyes R. Suicide and panic disorder: a review. *J Affect Disord* 1991;22(1-2):1-11.
10. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B et al. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):1614-1618.
11. Fawcett J, Bush KA, Jacobs D, Kravitz HM et al. Suicide a four pathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci* 1997;836:288-301.
12. Baca-García E, Oquendo MA, Saiz-Ruiz J, Mann JJ et al. A pilot study on differences in aggression in New York City and Madrid, Spain, and their possible impact on suicidal behavior. *J Clin Psychiatry* 2006;67(3):375-380.
13. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK et al. Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26(3):237-235.
14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.
15. Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Dervic K, Perez-Rodriguez M et al. Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009;119:149-155.
16. Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M et al. Spanish adaptation of the Barrat impulsiveness scale (BIS). *European J Psychiatry* 2001;15(3):147-155.
17. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castroman J et al. Brief Suicide Questionnaire. Inter-rater reliability. *Revista Psiquiatría Salud Mental* 2012;5(1):24-36.
18. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-626.
19. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Hwang I et al. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord* 2010;124(1-2):98-107.
20. Lopez-Castroman J, Perez-Rodriguez Mde L, Jaussent I, Alegria AA et al. European Research Consortium for Suicide (EURECA). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J Psychiatr Res* 2011;45(5):619-625.
21. Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH. Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):928-934.
22. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown anxiety research program. *Am J Psychiatry* 2000;157(11):1876-1878.
23. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Diaz Sastre C, Saiz-Ruiz J et al. Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res* 2005;75(1):77-81.
24. Lepine JP, Chignon JM, Teherani M. Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(2):144-149.

Artículo sin conflicto de intereses