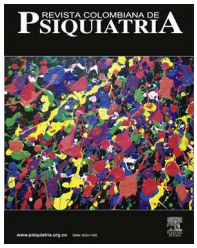
ELSEVIER DOYMA

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRIA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario

Maritza Rodríguez Guarín[a,*], *Nelcy Rodríguez Malagón*[b], *Juanita Gempeler Rueda*[c] y *Daniel Felipe Garzón*[d]

[a] *Psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Coordinadora científica del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia*

[b] *Bioestadística. Profesora asociada del Departamento de Epidemiología Clínica, de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Profesora asistente de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia*

[c] *Psicóloga clínica, coordinadora científica del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia*

[d] *Médico, residente II de psiquiatría, de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 21 de octubre de 2013
Aceptado el 28 de noviembre de 2013
On-line el 1 de mayo de 2014

Keywords:
Eating disorders
Suicide attempt
Impulsivity
Trauma

RESUMEN

El intento de suicidio (IS) y los comportamientos de autolesión no suicida (CALNS) se han descrito en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y se relacionan con una mayor morbilidad y peor pronóstico.

Objetivos: Explorar la presentación de IS y CALNS en pacientes consultantes a un programa de tratamiento ambulatorio para TCA, evaluar las variables asociadas y explorar la correlación entre ambos tipos de comportamientos.

Materiales y métodos: Se estudiaron 908 pacientes de ambos sexos que consultaron el Programa Equilibrio, de Bogotá. El antecedente de IS y CALNS fue explorado sistemáticamente en la elaboración de la historia clínica mediante preguntas estructuradas directas y corroboradas durante las entrevistas con la familia. Además, se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas, y antecedentes de experiencias traumáticas. Se calcularon frecuencias simples, se realizó un análisis bivariado entre el IS y el CALNS, y las otras variables de estudio. Finalmente, para el análisis multivariado se construyeron 2 modelos de asociación con las variables de importancia clínica y significación estadística.

Resultados: El 13% de los pacientes reportaron IS en algún momento de su vida y el 26%, CALNS. Las variables asociadas con IS fueron trastorno bipolar (OR: 3,86; IC 95% 2,4-6,1), personalidad limítrofe, subtipo purgativo del TCA y autolesiones. Con los CALNS se encontró asociado abuso sexual (OR: 3,48; IC 95% 2,2-5,4), trastorno bipolar, tricotilomanía e intento de suicidio.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: maritzar@cable.net.co (M. Rodríguez Guarín).

0034-7450/$ – see front matter © 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.007

Conclusión: El IS y los CALNS son frecuentes en pacientes con TCA con múltiples comorbilidades, mayor impulsividad y desregulación emocional, y deben ser explorados y tratados.
© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Palabras clave:
Trastornos del comportamiento alimentario
Intento de suicidio
Impulsividad
Trauma

Factors Associated With Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injurious Behaviors in Patients With Eating Disorders

A B S T R A C T

Suicide attempt (SA) and non-suicidal self-injurious behaviors (NSSI) have been described in patients with eating disorders (ED), and they have been associated with increased morbidity and poor prognosis.

Objectives: To explore the presence of SA and NSSI in patients attending an outpatient ED program, as well as to evaluate the associated variables and the correlation between both types of behaviors.

Materials and methods: A total of 908 patients of both sexes attending the Equilibrio outpatient program in Bogotá were studied. The histories of SA and NSSI were systematically examined in the development of medical history by direct and structured questions to the patient, and then validated during interviews with the family. Sociodemographic and clinical variables, as well as history of traumatic experiences, were also studied. Simple frequencies were calculated, and a bivariate analysis was performed between SA, NSSI, and the other variables of the study. Finally, two models of association were designed for the multivariate analysis, using variables of clinical importance and statistical significance.

Results: SA sometime in their lives was reported by 13% of the patients, and 26% of them reported NSSI. The variables associated with SA were bipolar disorder (OR: 3.86, 95% CI; 2.4-6.1), borderline personality, purgative subtype of ED, and self-injury. Sexual abuse was associated with NSSI (OR: 3.48, 95%CI; 2.2-5.4), as well as bipolar disorder, trichotillomania, and suicide attempt.

Conclusion: SA and NSSI are frequent in patients with eating disorders with multiple comorbidities, increased impulsivity and emotional dysregulation, and they should be explored and treated.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El intento de suicidio (IS), definido como el acto voluntario de causarse daño con el cual se busca la muerte sin conseguirlo, se ha señalado como uno de los predictores más fuertes de suicidio que existen, aunque no necesariamente quien intenta suicidarse muere por suicidio[1,2].

En Colombia, la prevalencia anual de IS en personas de ambos sexos de 16 a 60 años es del 1,2% (IC 95%: 1,06-1,24) y a lo largo de la vida, de 4,5% (IC 95%: 4,25-4,81), tasas no diferentes de las reportadas en otros países. El 5% de las mujeres ha realizado algún intento de suicidio comparado con el 3,9% de los hombres. Las variables asociadas significativamente son tener entre 16 y 21 años, depresión y síntomas ansiosos[3,4]. Los adolescentes entre 15 y 19 años son los más vulnerables para IS, y se observa una tendencia creciente en los menores entre 10 y 15 años[5].

Numerosos estudios han señalado prevalencias altas de suicidio, ideación e intentos suicidas, así como comportamientos de autolesión no suicida (CALNS) en personas con trastornos del comportamiento alimentario (TCA)[6–9]. El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en anorexia nerviosa (AN). Huas et al. informan una tasa estandarizada de mortalidad por suicidio de 10,6 (IC 95%: 7,6-14,4). Los factores asociados fueron mayor edad, cronicidad del TCA, historia de IS, abuso de diuréticos, intensidad de los síntomas alimentarios y deseo de mantener un índice de masa corporal (IMC) bajo[10]. Holm-Denoma et al. discuten las hipótesis explicativas al respecto y concluyen que la alta mortalidad por suicidio estaría relacionada más con la letalidad del intento mismo que con el deterioro físico existente asociado con la malnutrición[11].

Aunque la literatura señala una mayor frecuencia de IS en pacientes con bulimia nerviosa (BN) y una mayor tasa de suicidios en AN[12–14], existen datos divergentes. En un estudio de casos y controles, Guillaume et al. estudiaron una cohorte de 1.563 sujetos que habían intentado suicidarse. Entre estos, 44 sujetos con AN y 71 con BN fueron comparados con 235 controles sanos, pareados por sexo, edad y educación. Encontraron que las pacientes con AN tuvieron IS de mayor gravedad, mientras que las pacientes con BN no se diferenciaron del grupo control. Reportan que la gravedad del TCA estaba asociada con la seriedad del intento. Las mayores tasas de suicidio en AN posiblemente se deben al mayor deseo de muerte y a la gravedad de los intentos[15]. Recientemente, Huas et al.[16], luego de 10,5 años de seguimiento a una cohorte de mujeres con BN, informaron una tasa ajustada de mortalidad de 5,52

(IC 95%: 2,6-10,1). Un 60% de las muertes fue por suicidio (tasa ajustada de 30,9 [IC 95%: 5,7-68,7]). El promedio de edad fue 29,6 años y las variables asociadas fueron IS previo e IMC bajo al momento del deceso.

Franko et al. analizaron los factores predictores de IS a 8,5 años en una cohorte prospectiva de 136 mujeres con AN y 110 con BN. Un 15% de las pacientes hicieron al menos un intento durante el tiempo del estudio. Encontraron una proporción de intentos significativamente mayor en las pacientes con AN (22,1%) comparadas con aquellas con BN (10,9%). En las pacientes con AN, las variables de riesgo fueron la gravedad de la depresión y el abuso de sustancias. En aquellas con BN, los predictores fueron el abuso de sustancias y de laxantes durante el tiempo del estudio[17].

Por otro lado, los CALNS se refieren a comportamientos en los cuales la persona, aunque no pretende atentar contra su vida, se autoinflige de forma intencional daños como cortarse, especialmente en antebrazos, piernas, abdomen, plantas de los pies, dedos, etc., o se provoca otras lesiones, como arañarse, quemarse (con cera, cigarrillos, objetos calientes), golpearse la cabeza contra superficies, rasguñarse o pellizcarse compulsivamente la piel hasta sangrar o sentir dolor. Usualmente, los pacientes realizan varios tipos de comportamientos de autolesión y de modo repetitivo. La prevalencia de vida en población general es de 4,9%; es más frecuente en las mujeres (5,4%) que en los hombres (4,4%). Son más vulnerables los adolescentes que los adultos[18,19].

La prevalencia de CALNS en adolescentes es variable, dependiendo de si la medición se hace en población general o en población clínica, y varía entre 13 y 60%. Una característica frecuente en pacientes con CALNS es la búsqueda de alivio temporal de emociones negativas intensas, pero también puede ser un reflejo de autodepreciación, culpa o angustia. Algunos pacientes se autolesionan para romper un estado disociativo por medio del dolor autoinfligido; otros, para resistir pensamientos o impulsos suicidas. Pero también estas conductas han sido relacionadas con perfeccionismo, autocrítica, baja autoestima, impulsividad, desesperanza y conflictos familiares, comúnmente encontrados en los pacientes con TCA[20,21]. Respecto a las comorbilidades más frecuentemente asociadas con los CALNS en adolescentes, Moran et al. informan la presencia de síntomas depresivos y ansiosos (HR: 3,7; IC 95%: 2,4-5,9), conductas antisociales (HR: 1,9; IC 95%: 1,1-3,4), uso nocivo de alcohol (HR: 2,1;IC 95%: 1,2-3,7), uso de cannabinoides (HR: 2,4; IC 95% 1,4-4,4) y consumo de cigarrillos (HR: 1,8; IC 95%: 1,0-3,1)[22].

Estudios en pacientes con TCA han informado prevalencias de conductas autoagresivas entre 25,4 y 55,2%[23,24]. Se han propuesto factores de riesgo comunes para los TCA y los CALNS, debido a que ambos trastornos tienen un foco común que es la corporalidad. El abuso y maltrato infantil, baja autoestima, disociación e insatisfacción corporal son elementos centrales que comparten ambos trastornos[23]. En cuanto al maltrato infantil, el abuso sexual parece ser un importante predictor, tanto de CALNS como de TCA[25–27].

A pesar de lo anterior, continúa existiendo un subregistro de IS y CALNS en población clínica. Nuestro objetivo fue explorar su presentación en pacientes que consultaron a un programa de tratamiento ambulatorio para TCA, evaluar las variables sociodemográficas y clínicas asociadas, y explorar la correlación entre ambos tipos de comportamientos.

Materiales y métodos

Población de estudio

De un total de 1.139 pacientes de ambos sexos que consultaron de modo consecutivo el Programa Equilibrio para Trastornos del Comportamiento Alimentario entre 1997 y julio de 2013, en Bogotá, se seleccionaron 908 que reunían la información completa de las variables de estudio. Todos los pacientes fueron evaluados de acuerdo con el mismo protocolo, que incluye la elaboración de una entrevista clínica semiestructurada conducida por un psiquiatra y complementada con la entrevista psicológica, la evaluación nutricional y la entrevista familiar. Los diagnósticos de tipo TCA y otras comorbilidades de los ejes I y II se realizan de acuerdo con los criterios DSM-IV, usando las entrevistas diagnósticas semiestructuradas para el DSM-IV[28,29].

Variables de estudio

El antecedente de IS y CALNS fue explorado sistemáticamente en la elaboración de la historia clínica, mediante preguntas estructuradas directas y corroboradas durante las entrevistas con la familia. Además, se estudiaron variables sociodemográficas, subtipo del TCA, cronicidad de los síntomas alimentarios, IMC, antecedentes de abuso sexual, maltrato físico y otras experiencias traumáticas previas al TCA, como amenazas contra la vida, extorsión o secuestro del paciente o algún familiar cercano, suicidio y homicidio de algún amigo o pariente, aborto provocado; adicionalmente, se exploraron otras patologías psiquiátricas actuales y previas.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico STATA 13[30]. Se calcularon frecuencias simples y posteriormente se realizaron análisis bivariados entre el IS y el CALNS, y las otras variables de estudio. Se analizó la estadística χ^2, estableciendo un nivel de significación $< 0{,}05$. Finalmente, se construyeron 2 modelos de asociación: para IS se construyó el modelo tomando el trastorno bipolar como principal variable de exposición y las otras covariables que mostraron asociación estadística significativa en el análisis bivariado. Para CALNS, se tomó el antecedente de abuso sexual como principal variable de exposición. Se evaluaron posibles interacciones entre trastorno bipolar y personalidad limítrofe, personalidad limítrofe y abuso de sustancias, y personalidad limítrofe y abuso sexual. Se reportaron los riesgos relativos indirectos *(odds ratios [OR])* con sus respectivos IC del 95%.

Resultados

Datos sociodemográficos

Fueron 43 hombres (4,7%) y 865 mujeres (95,3%). Las edades estaban comprendidas entre los 7 y los 51 años (media 20,6 ± 6,9). Todos de procedencia urbana. La cronicidad de los síntomas alimentarios fue menor de un año en el 40% de los pacientes al momento de consultar; entre uno y 3 años en el 25,2%; entre 3 y 5 años en el 12,9%; y mayor de 5 años en el 22% de los casos. Trescientos veintiocho pacientes presentaban AN restrictiva o combinada con purgas; 327, BN; 155, trastorno por atracones de alimentación, y 98 tenían cuadros incompletos de AN o BN. El 74% corresponden a subtipos de TCA purgativos, es decir, que los síntomas incluyen atracones y/o vómitos o purgas autoinducidas. Un 38% de los pacientes reportaron haber tenido transiciones o «virajes» de un tipo de TCA a otro a lo largo de su enfermedad, en su mayoría hacia tipos combinados con atracones y/o purgas. Las características de la población de estudio se resumen en la tabla 1.

Tabla 1 – Características de la población de estudio de 908 pacientes con TCA

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Hombres	43	4,74
Mujeres	865	95,26
Edad		
De 7-12 años	21	2,31
De 13-19 años	477	52,53
De 20-26 años	274	30,18
De 27-34 años	88	9,69
De 35-51 años	48	5,29
Estado civil		
Solteros	802	88,83
Casados	83	9,14
Divorciados	14	1,54
Viudos	6	0,66
Unión libre	3	0,33
Tipo de TCA		
AN restrictiva	160	17,62
AN purgativa	168	18,50
BN purgativa	301	33,15
BN no purgativa	26	2,86
Trastorno por atracones	155	17,07
AN incompleta	55	6,06
BN incompleta	43	4,74
Subtipos con atracones y/o purgas	670	73,79
Índice de masa corporal (peso en kg/talla en cm²)		
Menos de 18,5	340	37,44
De 18,6-25	448	49,34
De 25,1-30	81	8,92
Más de 30	39	4,30

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TCA: trastornos del comportamiento alimentario.
Fuente: Programa Equilibrio.

Comorbilidades

Las comorbilidades encontradas en el eje I fueron la depresión mayor como episodio actual (58,4%), seguido por el trastorno obsesivo compulsivo (47%), el trastorno bipolar (18,4%), el abuso de alcohol o sustancias (17,7%), el trastorno de estrés postraumático (12,4%), la fobia social (9,5%), la cleptomanía (7,6%) y la tricotilomanía (5,3%). Un 40% de los pacientes informaron uno o más episodios depresivos previos a la aparición de los síntomas del TCA. Un 40% de los pacientes tuvieron obsesiones y rituales durante la niñez. En el eje II predominó el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (11,7%), histriónico (8,9%) y limítrofe (8,8%).

Intento de suicidio y conductas autolesivas sin intencionalidad suicida

Trescientos treinta y seis pacientes informaron haber intentado suicidarse o presentar CALNS en algún momento de su vida, lo cual representa el 37% de la población estudiada. Ciento dieciocho pacientes informaron algún intento de suicidio; fueron el 4,6% de los hombres y el 13,4% de las mujeres. Aunque las mujeres presentaron IS con mayor frecuencia que los varones, las diferencias no alcanzaron significación estadística ($p < 0,09$). Se observó una proporción significativamente mayor de IS en los pacientes con BN, con 62 (52,5%), seguidos por 43 (36,4%) en pacientes con AN y 13 (11,1%) de aquellos con trastorno por atracones ($p < 0,000$). Realizaron más intentos los del grupo de adolescentes entre 13 y 19 años (56%); el 25,4% ocurrió en el grupo de 20 a 26 años; el 14,4%, en los de 30 a 34 años, y solo el 4,2% en los mayores de 35. Sin embargo, las diferencias no fueron significativas de acuerdo con la edad ($p < 0,09$). La cronicidad del TCA en el momento de la consulta tampoco estuvo asociada con realizar IS ($p < 0,31$) ni con el IMC ($p < 0,65$). Sin embargo, no se pudo determinar el IMC cuando se realizó el IS.

Las variables asociadas con IS fueron subtipo de TCA con atracones y/o purgas, autolesionarse, trastorno bipolar, abuso de sustancias, experiencias traumáticas (amenazas contra la vida propia o de algún familiar cercano, maltrato físico, secuestro o extorsión al paciente o familiar cercano, suicidio y homicidio de algún amigo o pariente, aborto provocado), personalidad limítrofe, estrés postraumático, abuso sexual y otros comportamientos impulsivos como tricotilomanía y cleptomanía.

Presentaron CALNS 218 pacientes (24%). El CALNS más frecuentemente observado fue cortarse la piel de antebrazos, abdomen, piernas o plantas de los pies en el 15,5%. Por grupos de edad, se autolesionaron más los adolescentes (64,7%), seguidos por los adultos jóvenes entre 20 y 26 años (24,7%). Los comportamientos de autolesión fueron decreciendo con la edad ($p < 0,001$). La cronicidad del TCA no se asoció con autolesionarse ($p < 0,59$) ni el IMC ($p < 0,06$). Nuevamente, tener un subtipo purgativo del TCA, depresión mayor, trastorno bipolar, experiencias traumáticas como amenazas contra la vida, maltrato físico y abuso sexual, personalidad limítrofe, cleptomanía y tricotilomanía aparecen asociados con autolesionarse (tablas 2 y 3).

Tabla 2 – Análisis bivariado de intento de suicidio en 908 pacientes con TCA

Variable	Con intento suicida n = 118 Frecuencia (%)	Sin intento suicida n = 790 Frecuencia (%)	χ^2	p
Autolesionarse	69 (58,4)	149 (18,8)	88,3	0,000
Abuso de sustancias	47 (39,8)	114 (14,4)	45,1	0,000
Cleptomanía	21 (17,7)	48 (6,07)	20,08	0,000
Subtipo purgativo	105(88,9)	565 (71,5)	16,1	0,000
Tricotilomanía	15 (12,7)	33 (4,1)	14,9	0,000
Trastorno bipolar	61 (51,6)	106 (13,2)	100,2	0,000
Personalidad limítrofe	37 (31,3)	43 (5,4)	85,8	0,000
Episodio depresivo actual	95 (80,5)	436 (55,1)	27,1	0,000
Abuso sexual	34 (28,8)	102 (12,9)	20,3	0,000
Otras experiencias traumáticas	45 (38,1)	171 (21,6)	15,4	0,000
Aborto provocado	11 (9,3)	23 (2,9)	14,9	0,001
Boleteo/secuestro	16 (13,5)	43 (5,4)	11,1	0,001
Amenazas	28 (23,7)	101 (12,7)	10,08	0,001
Suicidio de pariente	9 (7,6)	19 (2,4)	9,36	0,002
Maltrato físico	17 (14,4)	58 (7,3)	6,6	0,01
Homicidio de pariente	7 (5,9)	16 (2,02)	6,3	0,012
TEPT	26 (22,03)	87 (11,01)	11,4	0,001

TCA: trastorno del comportamiento alimentario; TEPT: trastorno de estrés postraumático.
Fuente: Programa Equilibrio.

Análisis multivariado. Modelos logísticos

Al construir el modelo de asociación para IS tomando el trastorno bipolar como la principal variable de exposición, las variables asociadas después de controlar por las demás covariables y probar interacciones fueron trastorno bipolar, personalidad limítrofe, autolesionarse y hacer atracones y/o purgas. Los pacientes con trastorno bipolar tienen 3,8 veces más riesgo de realizar un intento de suicidio, después de controlar por personalidad limítrofe, hacer atracones y/o purgas y autolesionarse. A su vez, los pacientes con personalidad limítrofe tienen 3,5 veces más riesgo de IS; aquellos con subtipos purgativos, 2,4 veces más; y los que se autolesionan, 3 veces más riesgo de intentar suicidarse (tabla 4).

El modelo de asociación para CALNS tomando el abuso sexual como principal variable de exposición reveló que aquellas pacientes con antecedentes de abuso sexual tienen 3,4 veces más riesgo de autolesionarse después de controlar covariables como trastorno bipolar, personalidad limítrofe, tricotilomanía e intento de suicidio. Tener entre 27 y 35 años y más de 35 años mostró un efecto protector, al reducir el riesgo de autolesionarse en un 55 y 76%, respectivamente (tabla 5).

Tabla 3 – Análisis bivariado de autolesión no suicida en 908 pacientes con TCA

Variable	Con autolesiones n = 218 Frecuencia (%)	Sin autolesiones n = 690 Frecuencia (%)	χ^2	p
Abuso de sustancias	68 (31,1)	93 (13,4)	35,4	0,000
Cleptomanía	36 (16,5)	33 (4,7)	32,4	0,000
Subtipo purgativo	173 (79,3)	497 (72)	4,6	0,032
Tricotilomanía	30 (13,7)	18 (2,6)	41,1	0,000
Intento de suicidio	69 (30,2)	49 (7,1)	88,3	0,000
Trastorno bipolar	91 (41,7)	76 (11)	104,2	0,000
Personalidad limítrofe	55 (25,2)	25 (3,6)	96,2	0,000
Episodio depresivo actual	164 (75,2)	367 (53,1)	33,1	0,000
Abuso sexual	64 (29,3)	72 (10,4)	46,5	0,000
Otras experiencias traumáticas	68 (31,2)	148 (21,4)	8,67	0,003
Amenazas	44 (20,1)	85 (12,3)	8,4	0,004
Maltrato físico	26 (11,9)	49 (7,1)	5,2	0,023
TEPT	46 (21,1)	67 (9,7)	19,7	0,000
Burlas y/o críticas acerca de la apariencia	84 (38,5)	322 (46,6)	7,07	0,029

TCA: trastorno del comportamiento alimentario; TEPT: trastorno de estrés postraumático.
Fuente: Programa Equilibrio.

Tabla 4 – Modelo de asociación de intento de suicidio en 908 pacientes con TCA

Intento de suicidio	*Odd ratio*	Error estándar	p	IC 95%
Trastorno bipolar	3,86	0,90	0,000	2,4-6,1
Personalidad limítrofe	3,59	1,03	0,000	2,0-6,3
Subtipo de TCA con atracones y/o purgas	2,47	0,80	0,006	1,3-4,6
Autolesionarse	3,04	0,72	0,000	1,9-4,8

Discusión

Los TCA han sido señalados como patologías graves asociadas con múltiples comorbilidades y alta probabilidad de suicidio[31]. Los hallazgos en esta muestra de pacientes así lo confirman y muestran una frecuencia alta de IS y CALNS comparada con la de la población general. Teniendo en cuenta que el 54,8% de los pacientes estudiados son adolescentes y el 95% son mujeres, y que el 76,8% de ellos presentan comorbilidades afectivas y el 68,6%, comorbilidades ansiosas, se podría interpretar que la población estudiada es de alto riesgo para estos comportamientos. En nuestra población de estudio, el 37% de los pacientes informaron haber intentado suicidarse o incurrir en actos de autolesión no suicida, cifra levemente superior al 32% reportado por Stein et al. en el 2004[32]. El 13% de los intentos de suicidio de nuestros pacientes se aproxima mucho al 15% encontrado por Franko et al.[17], y el 24% de CALNS también coincide con las cifras de Svirko y Hawton[23].

Coincidiendo con lo descrito por otros autores, las pacientes con BN reportaron más antecedentes de IS y CALNS. Dentro del grupo de pacientes con AN, el IS y los CALNS predominaron en aquellas con AN combinada con atracones y purgas[32–35]. Igualmente, los resultados muestran que los CALNS deben ser considerados como comportamientos de alto riesgo suicida. Los pacientes que se autolesionaban mostraron tener 3 veces mayor riesgo de IS.

Se observó un patrón de comorbilidades bastante cercano al informado por Favaro et al.[36]. En nuestros pacientes con antecedentes de IS se pudo establecer asociación con comorbilidad bipolar, personalidad limítrofe, subtipo del TCA con atracones y/o purgas, y autolesiones, pero no con fobia social como lo informan esos autores.

Wildman et al. estudiaron el momento de inicio de comorbilidades afectivas y ansiosas en pacientes con TCA con y sin comportamientos suicidas y parasuicidas. Encontraron una mayor preexistencia de episodios depresivos y síntomas ansiosos en aquellas personas que se autolesionaban, lo que sugiere un patrón de comorbilidades más grave en este grupo[37]. El 40% de nuestros pacientes informaron episodios depresivos tempranos, previos a la aparición de los síntomas alimentarios, e igual proporción de pacientes tuvieron síntomas obsesivos y compulsivos durante la infancia. La aparición temprana y recurrente de episodios depresivos ha sido señalada como un factor de riesgo para trastorno bipolar. La frecuencia de bipolaridad en nuestra población de estudio es del 18%, bastante alta comparada con la de la población general; sin embargo, si a la aparición temprana de episodios depresivos y síntomas ansiosos se suma el comportamiento suicida y parasuicida, el abuso de sustancias y otras expresiones de impulsividad y desregulación emocional agravadas por la malnutrición, esta cifra no sorprende.

Nagata et al.[38], conscientes de la alta probabilidad de falsos positivos del diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad en pacientes con TCA, usaron escalas diagnósticas de mayor precisión, como el Mood Disorder Questionnaire y el Bipolar Spectrum Disorder Scale, e informaron un 19% de frecuencia de trastorno bipolar tipo II y un 15% de trastorno límite de la personalidad. Brietzke et al.[39], por su parte, también hallaron que en las mujeres con TCA y trastorno bipolar tipo I existe un patrón de aparición de episodios depresivos más tempranos, un mayor número de episodios depresivos e intentos de suicidio.

Por otra parte, el abuso sexual ha sido relacionado con una mayor carga de morbilidad a lo largo de la vida. Un metaanálisis realizado por Chen et al.[40], en el que se incluyeron 37 estudios de cohortes o casos y controles, mostró que existe asociación significativa de este antecedente con el desarrollo posterior de psicopatologías diversas, como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios (OR: 2,72; IC 95%: 2,04-3,63) e intentos de suicidio (OR: 4,1; IC: 95% 2,9-5,7). El abuso sexual fue informado por 136 de las 865 mujeres estudiadas (15,7%). Ningún hombre lo mencionó. En nuestro grupo de estudio, el antecedente de abuso sexual y de otras experiencias traumáticas que habían mostrado asociación significativa con IS salieron del modelo al realizar el análisis multivariado, pero sí fue significativa la asociación con CALNS. Haber sido víctima de abuso sexual aumentó 3,4 veces el riesgo de autolesionarse.

Tabla 5 – Modelo de asociación de comportamientos de autolesión no suicida en 908 pacientes con TCA

Autolesionarse	*Odd ratio*	Error estándar	p	IC 95%
Abuso sexual	3,48	0,79	0,000	2,2-5,4
Trastorno bipolar	4,42	0,97	0,000	2,8-6,8
Personalidad limítrofe	5,20	1,52	0,000	2,9-9,2
Edad 27 a 34 años	0,45	0,09	0,000	0,29-0,69
Edad más de 35 años	0,24	0,08	0,000	0,13-0,47
Tricotilomanía	3,80	1,35	0,000	1,9-7,6
Intento de suicidio	2,49	0,63	0,000	1,5-4,0

Considerando la dificultad para informar un antecedente de abuso, es posible que la cifra hubiera sido mayor. La exploración retrospectiva del evento pudo contribuir a la subestimación del verdadero problema en estas pacientes.

Respecto al trastorno límite de la personalidad, tal como ha sido descrito[40], estuvo asociado tanto con IS como con CALNS; es también mayor el riesgo de CALNS que de IS en aquellas pacientes con el trastorno de la personalidad (OR: 5,2; IC 95%: 2,9-9,2 y OR: 3,59; IC 95%: 2-6,3 respectivamente).

De manera general, las expresiones de impulsividad son múltiples en este grupo de pacientes. La impulsividad como rasgo y como síntoma se refleja no solamente en las conductas suicidas y parasuicidas, sino en el trastorno bipolar, abuso de sustancias, tricotilomanía, cleptomanía y conductas de atracones y purgas. En los TCA de tipo bulímico la impulsividad ha sido relacionada con la disfunción del sistema serotoninérgico que persiste a pesar del control de los síntomas, sugiriendo que constituye un rasgo. Se relaciona con portar el alelo S del 5HTTLPR (polimorfismo del gen transportador de serotonina) y se traduce en la propensión a autolesionarse, abusar de sustancias, intentar suicidarse, desregulación emocional marcada y desinhibición, que suele reflejarse en una respuesta pobre al tratamiento[41–43].

Adicionalmente, existe evidencia creciente que soporta la hipótesis del papel de las interacciones genético-ambientales. Personas portadoras del alelo S del 5HTTLPR que han estado expuestas a experiencias traumáticas tempranas aumentan su vulnerabilidad frente a diversas psicopatologías afectivas, alimentarias y ansiosas por su alteración frente a la respuesta al estrés[44].

Los hallazgos del presente estudio tienen limitaciones. El diseño transversal no permite establecer causalidad, la exploración retrospectiva de algunas de las variables de exposición está sujeta a error y, finalmente, los pacientes incluidos en el presente estudio en su mayoría fueron referidos al Programa Equilibrio. Dado que se trata de un programa especializado en el manejo de estas patologías, pudo introducir sesgo de selección hacia los casos más graves que podrían no ser representativos de la totalidad de los pacientes existentes con la enfermedad.

Conclusión

Los pacientes con TCA que presentan antecedentes de episodios afectivos recurrentes de aparición temprana, experiencias traumáticas y múltiples manifestaciones de impulsividad, tienen alto riesgo de suicidio y otras conductas de autolesión. Los IS son más frecuentes en los subtipos purgativos de la enfermedad. El riesgo de IS va aumentando con la edad, mientras el riesgo de CALNS es mayor en adolescentes y se reduce con la edad. Ambos tipos de comportamientos están relacionados entre sí. Mientras que el IS se asocia significativamente con trastorno bipolar y personalidad limítrofe, los CALNS están significativamente asociados con experiencias traumáticas, como el abuso sexual y la tricotilomanía. En estos sujetos se debe explorar la existencia de otras patologías mayores asociadas, con el fin de ofrecer la intervención psicoterapéutica y farmacológica específica. La existencia de IS y/o CALNS debe alertar al personal tratante, dado el alto riesgo de mortalidad por suicidio que se ha informado.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no tienen conflicto de intereses en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int [Internet]. 2012 [citado 15 Sep 2013. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index
2. Kapur N. The repetition of suicidal behavior: A multicenter cohort study. J Clin Psychiatry. 2006;67:1599–609.
3. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina MB, Fernández C. Factores asociados al intento suicida en la población colombiana. Rev Colomb Psiquiatr. 2002;31:271–86.
4. Posada-Villa J, Camacho JC, Valenzuela JI, Arguello A, Cendales JG, Fajardo R. Prevalence of suicide risk factors and suicide-related outcomes in the National Mental Health Study. Colombia. Suicide Life Threat Behav. 2009;39:408–24.
5. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (SDS), Bogotá Humana. Conducta suicida en la ciudad de Bogotá. Guía operativa sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida de las intervenciones colectivas de vigilancia en salud pública. Bogotá: SDS; 2011.
6. Spender Q. Assessment of adolescent self-harm. Current Paediatrics. 2005;15:120–6.
7. Greydanus D, Apple R. The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: Current concepts. J Multidiscip Healthc. 2011;4:183–9.
8. Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, et al. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. Behav Res Ther. 2009;47:83–7.
9. Peebles R, Wilson J, Lock J. Self-injury in adolescents with eating disorders: Correlates and provider bias. J Adolesc Health. 2011;48:310–3.
10. Huas C, Caille A, Godart N, Foulon C, Pham-Scottez A, Divac S, et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patient. Acta Psychiatr Scand. 2011;123:62–70.
11. Holm-Denoma JM, Witte TK, Gordon KH, Herzog DB, Franko DL, Fichter M, et al. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. J Affect Disord. 2008;107:231–6.
12. Foulon C, Guelfi JD, Kipman A, Adès J, Romo L, Houdeyer K, et al. Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. Eur Psychiatry. 2007;22:513–9.
13. Dancyger IF, Fornari VM. A review of eating disorders and suicide risk in adolescence. Scientific World J. 2005;5:803–11.
14. Fedorowicz VJ, Falissard B, Foulon C, Dardennes R, Divac SM, Guelfi JD, et al. Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. Int J Eat Disord. 2007;40:589–95.
15. Guillaume S, Jaussent I, Olie E, Genty C, Bringer J, Courtet P, et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case–control study. PLoS One. 2011;6:e23578.

16. Huas CG, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac SM, et al. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. Eur Eat Disorders Rev. 2013;21:15–9.
17. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, et al. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? Psychol Med. 2004;34:843–53.
18. NICE. Self-harm: Longer-term management. NICE, National Clinical Guideline Number 133 London: NICE; 2012.
19. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. Curr Dir Psychol Sci. 2009;18:78–83.
20. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379:2373–82.
21. Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, Berrettini WH, Crow S, Fichter MM, et al. Impulse control disorders in women with eating disorders. Psychiatry Res. 2008;157:147–57.
22. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. Lancet. 2012;379:236–44.
23. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:409–21.
24. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. Self-injurious behavior in a community sample of young women: Relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. J Clin Psychiatry. 2007;68:122–31.
25. Brodsky B, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. Psychiatric Clin North Am. 2008;31:223–35.
26. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. Int J Eating Dis. 2001;30:401–12.
27. Shaffer A, Yates TM, Egeland BR. The relation of emocional maltreatment to early adolescente competente: Development process in a prospective study. Child Abuse Neglect. 2009;33:36–44.
28. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, Clinical version (SCID-CV). Washington: APA; 1996.
29. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). Washington: APA; 1997.
30. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP; 2013.
31. Swanson SA, Crow SJ, le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:714–23.
32. Stein D, Lilenfeld LR, Wildman PC, Marcus MD. Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. Compr Psychiatry. 2004;45:447–51.
33. Dohm FA, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Pike KM, Hook J, Fairburn CG. Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2002;32:389–400.
34. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. Am J Psychiatry. 2002;159:408–11.
35. Forcano L, Álvarez E, Santamaría JJ, Jimenez-Murcia S, Granero R, Penelo E, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. Compr Psychiatry. 2011;52:352–8.
36. Favaro A, Santonastaso P, Monteleone P, Bellodi L, Mauri M, Rotondo A, et al. Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity. J Affect Disord. 2008;105:285–9.
37. Wildman P, Lilenfeld LR, Marcus MD. Axis I comorbidity onset and parasuicide in women with eating disorders. Int J Eat Disord. 2004;35:190–7.
38. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Kodama Y, van Vliet I. Using the mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale to detect bipolar disorder and borderline personality disorder among eating disorder patients. BMC Psychiatry. 2013;13:69.
39. Brietzke E, Moreira CL, Toniolo RA, Lafer B. Clinical correlates of eating disorder comorbidity in women with bipolar disorder type I. J Affect Disord. 2011;130:162–5.
40. Chen EY, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. Psychiatry Res. 2009;170:86–90.
41. Steiger H, Joober R, Israel M, Young SN, Kin KNY, Gauvin L, et al. The 5HTTLPR polymorphism, psychopatologic symptoms and platelet [^{3}H-] paroxetine binding in bulimic syndromes. Int J Eat Disord. 2005;37:57–60.
42. Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, Strober M, Berretini WH, Crow S, et al. Impulse control disorders in women with eating disorders. Psychiatry Res. 2008;157:147–57.
43. Orozco-Cabal LF, Herin D. Neurobiología de la impulsividad y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Colomb Psiquiatr. 2008;37:207–19.
44. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: Moderation of polymorphism in the 5HTT gene. Science. 2003;301:386–9.