



SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Isabel de Burgos Berdud, Miguel Zacarías Pérez Sosa, Diego de la Vega Sánchez
isabelburgos@gmail.com

Suicidio consumado, trastorno de personalidad

RESUMEN

El suicidio se ha convertido en España en la principal causa de muerte violenta, por delante de los accidentes de tráfico, y la segunda causa de muerte más frecuente en el grupo de edad de entre los 20 y los 24 años. Se estima que cada año mueren cerca de 3500 personas en España y un millón en el mundo.

Los factores de riesgo de la conducta suicida en la que se basan los programas preventivos están tomados de estudios sobre intentos de suicidio y, en menor medida, de suicidios consumados. En el suicidio intervienen numerosos factores, algunos modificables y otros no modificables, muchos de ellos clínicos. El adecuado conocimiento de las variables clínicas que nos vamos a encontrar nos permitiría identificar y tratar de forma precoz a las personas con un mayor riesgo de suicidio.

Existen una serie de variables relacionadas con el riesgo de suicidio y que son independientes del diagnóstico, como pueden ser la hostilidad, la agresividad y la impulsividad. Estas variables suelen estar presentes en sujetos con unos rasgos de personalidad disfuncionales y que podrían suponer un factor de riesgo añadido para la conducta suicida.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

A pesar de que en la práctica clínica la prevalencia de trastornos de personalidad e intentos de suicidio está determinada, el fenómeno de suicidio consumado difiere del intento de suicidio, por lo que nos planteamos hacer una revisión sobre la prevalencia de trastornos de personalidad en suicidios consumados.

Los modelos más importantes en relación a los factores que intervienen en la conducta suicida incluyen el carácter y la personalidad del individuo como factores fundamentales en la naturaleza del suicidio, por lo que consideramos fundamental estudiar la influencia que los trastornos de personalidad pueden tener en suicidio consumado.

INTRODUCCIÓN

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Se estima que alrededor de 800.000 personas mueren por suicidio en todo el mundo cada año. El suicidio se ha convertido en España en la principal causa de muerte violenta, por delante de los accidentes de tráfico, y la segunda causa de muerte más frecuente en el grupo de edad de entre los 20 y los 24 años. Se estima que cada año mueren cerca de 3500 personas en España y un millón en el mundo¹.

Los factores de riesgo de la conducta suicida en los que se basan los programas preventivos están tomados de estudios sobre intentos de suicidio y, en menor medida, de suicidios consumados². En el suicidio intervienen numerosos factores, algunos modificables y otros no modificables, muchos de ellos clínicos. El adecuado conocimiento de las variables clínicas que nos vamos a encontrar nos permitiría identificar y tratar de forma precoz a las personas con un mayor riesgo de suicidio².

A pesar de que en la práctica clínica la prevalencia de trastornos de personalidad e intentos de suicidio está determinada, el fenómeno de suicidio consumado difiere del intento de suicidio, por lo que nos planteamos hacer una revisión sobre la prevalencia de trastornos de personalidad en suicidio consumado.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los modelos más importantes en relación a los factores que intervienen en la conducta suicida incluyen el carácter y la personalidad del individuo como factores fundamentales en la naturaleza del suicidio, por lo es necesario estudiar la influencia que los trastornos de personalidad pueden tener en suicidio consumado.

DIFERENCIA ENTRE INTENTO DE SUICIDIO Y SUICIDIO CONSUMADO

Dentro del suicidio existen varios fenómenos que van desde la ideación suicida hasta la consumación de este, pasando por la planificación y el intento de suicidio entre otros.

El término de intento de suicidio alberga una gran cantidad de comportamientos diferentes, pero podemos definirlo como el acto en el que una persona se provoca o intenta provocarse un daño con intencionalidad suicida aunque sin un resultado mortal. El suicidio consumado es aquel intento de suicidio que acaba provocando la muerte del sujeto.

En el suicidio se ven implicados numerosos factores de riesgo biológico, psicológico y ambiental entre otros. Existen una serie de variables relacionadas con el riesgo de suicidio y que son independientes del diagnóstico, como pueden ser la impulsividad, la hostilidad y la agresividad³. Estas variables suelen estar presentes en sujetos con unos rasgos de personalidad disfuncionales y que podrían suponer un factor de riesgo añadido para la conducta suicida³.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Según la DSM 5⁴, un Trastorno de Personalidad (TP) es un patrón perdurable, estable e inflexible de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en la afectividad, la cognición, el funcionamiento interpersonal y el control de impulsos. Esto causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento⁵.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad se clasifican en tres clusters: Cluster A, que incluye los subtipos paranoide, esquizoide y esquizotípico; Cluster B que incluye el antisocial, límite, histriónico y narcisista; y Cluster C que comprende el evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

La OMS estima que la prevalencia de TP en la población general es de un 6,1%. Las prevalencias de los diferentes clusters (A, B y C) son 3.6%, 1.5% y 2.7%, respectivamente⁶. Dentro de la población con un diagnóstico psiquiátrico, la prevalencia de TP aumenta a un 30%. La literatura describe que las personas con un trastorno de personalidad son más frecuentemente jóvenes, solteros, hombres, de clase social baja y nivel educativo bajo⁷. Específicamente, el TP antisocial se relaciona más con ser hombre, mientras que el histriónico, límite y dependiente, con ser mujer. También los distintos subtipos de trastornos de personalidad se asocian con distintas comorbilidades, en concreto en nuestro estudio nos hemos centrado en su relación con el suicidio.

Según la DSM, la inestabilidad afectiva de los trastornos límite de personalidad (TLP) se asocia a un elevado riesgo de intentos de suicidio. Estos suelen ser de baja letalidad y suelen ser el resultado de conflictos interpersonales. Sin embargo, las muertes en sujetos con TLP se producen en aquellos que han tenido menos intentos de suicidios previos; por lo tanto, podría haber una correlación inversamente proporcional entre inestabilidad afectiva y riesgo de muerte por suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN SUICIDIO

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN SUICIDIO

Es bien conocida la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos de personalidad, tanto por nuestra práctica habitual en los servicios de urgencia como por la literatura: en una revisión sistemática que analizó los diagnósticos de los pacientes que acudían a urgencias por autolesiones, la prevalencia de los trastornos de personalidad fue del 27.5% (IC 95%=17.6-38.7%)⁸, y alrededor del 60-70% de los pacientes con TLP realizan al menos un intento de suicidio y como media realizaron 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida⁹.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Sin embargo, es menos conocida la relación entre suicidio consumado y trastorno de personalidad.

Aresenault, en su revisión sobre los diagnósticos en suicidios consumados encontró que los trastornos de personalidad ocupaban el 16.2% (SD 8.6%) de los diagnósticos psiquiátricos hallados en los suicidas, sin observarse diferencias entre las regiones analizadas (Europa 16.8%, Norteamérica 13.4%, Australia 17.7%, Asia 17.7%, $\chi^2= 1.2$, n.s), atribuyéndoles elevado mayor riesgo para el suicidio en los hombres respecto a las mujeres (OR=2.01; 95% CI: 1.38–2.95)¹⁰. Una revisión posterior, siguiendo la misma metodología, encontró una prevalencia de los trastornos de personalidad en los suicidios consumados del 12.2% (95% IC: 0.083-0.177) y una de OR=3.408 (95% IC: 1.414-8.213)¹¹. Respecto a la prevalencia de los distintos trastornos de personalidad en el suicidio los resultados son más variados, pudiéndose tomar como ejemplo el trabajo de Palacio Acosta¹², quien describió la prevalencia de TP que había en una muestra de 108 suicidas, obteniendo los siguientes resultados: del total de la muestra, 18 (16,7 %) tenían un trastorno de personalidad, incluyendo TLP 7 (6,5 %), esquizoide 4 (3,7 %), antisocial 3 (2,8 %), dependiente 2 (1,9 %) y esquizotípico 1 (0,9 %).

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL EJE I

Schneider y cols¹³ estudiaron la relación entre suicidio, TP y trastornos del eje I comparando una población de sujetos vivos (n=396) y otra de suicidios consumados (n=163). El tener un trastorno de personalidad aumentaba significativamente el riesgo de suicidio, independientemente de tener un trastorno del eje I comórbido (hombres: OR=7.07, IC al 95%= 3.82–13.10, $p<0.01$; mujeres: OR=6.21, IC al 95%= 2.94–13.09, $p<0.01$). En mujeres, el riesgo de suicidio asociado con la comorbilidad de trastornos del eje I y del eje II (suicidios: 56.4%, controles: 12.8%) fue 3.5 veces mayor que el riesgo de suicidio al tener un trastorno del eje I sin TP (suicidios: 33.3%, controles: 26.5%, OR = 3.50, CI al 95%= 1.40–8.71, $p<0.01$) y 5 veces mayor que el riesgo en los que tenían un TP sin trastorno del eje I (suicidios: 10.3 %, controles: 12%; OR = 5.13, CI al 95%= 1.48–17.86, $p<0.05$).

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

En hombres se obtuvieron resultados similares: riesgo de suicidio teniendo un TP junto a un trastorno del eje I y del eje II (suicidios: 68.9%, controles: 15.3%), 3 veces mayor si tenía un trastorno eje I sin TP (suicidios: 24.6 %, controles: 17.3 %; OR=3.17, CI al 95%= 1.42–7.08; $p<0.01$) y 10 veces mayor si tenían un TP sin trastorno del eje I (suicidios: 4.9%, controles: 11.3%; OR = 10.35, CI al 95%= 3.16–33.85; $p<0.001$).

En un estudio de la misma autora¹⁴ se llegaron a conclusiones similares. Se compararon 163 suicidios con 396 vivos. Se concluyó que tener un trastorno de personalidad era un factor modificador del riesgo de suicidio. Tener un TP comórbido a un trastorno afectivo aumenta el riesgo de suicidio (OR=36.9, CI al 95%= 13.3–101.9), al igual que tener un trastorno por consumo de sustancias (OR=27, CI al 95%=9.2–79.5), estar soltero (OR=19.3, CI al 95%=7.4–50.7), tener bajo nivel educativo (OR=36.2, CI al 95%=13.2–99.4) y haber tenido un evento estresante en los últimos 3 meses (OR=41.3, CI al 95%=15.0-113.5).

En esta misma línea, Ross y cols¹⁵ compararon dos grupos de hombres, de entre 25 y 44 años, que murieron por suicidio ($n=126$) y por otras causas ($n=68$). De los suicidios, el 79.4% (OR=10.68, CI al 95%=5.36-21.31) tenía al menos un diagnóstico psiquiátrico. El 76.2% (OR=10.40, CI al 95%=5.19-20.82) tenía un diagnóstico del eje I y el 19.8% un diagnóstico del eje II (Fisher's exact=0.003). El diagnóstico principal del eje II fue el trastorno límite de la personalidad (7,9% Fisher's exact=0.101), seguido del trastorno evitativo (4% Fisher's exact=0.667) y del paranoide (4% Fisher's exact=0.164).

IMPULSIVIDAD EN SUICIDIOS CONSUMADOS

Dado que algunos tipos de TP suelen ser más impulsivos, es conveniente estudiar la relación entre impulsividad y suicidio.

Así por ejemplo, en un estudio canadiense que comparó los TLP que cometieron suicidio con controles vivos con TLP se observó que los suicidas presentaban mayores niveles de impulsividad (BIS= 81.66 ± 11.26 vs. 73.65 ± 13.75 , $p<0.01$)¹⁶.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

En un trabajo de Foster y cols¹⁷ en el que compararon 120 suicidios, los sujetos que cumplían criterios para TLP (n=70), presentaban mayor impulsividad (medida con la escala de impulsividad de Barratt, BIS-11) (81.66 ± 11.26 , vs 76.35 , $p < 0.01$), hostilidad (medida con la Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) (48.37 ± 10.47 vs 42.73 ± 12.58 , $p < 0.05$) y búsqueda de novedades (27.70 ± 5.93 Vs 23.04 ± 6.74 , $p < 0.01$) aunque menores niveles de evitación de daño (18.04 ± 8.55 vs 22.67 ± 6.62 , $p < 0.01$).

Zouk y Turecky¹⁸ también estudiaron la impulsividad como factor de riesgo de suicidio consumado en 164 suicidios utilizando la escala BIS-11. El 50% de los suicidios consumados tuvieron una puntuación por encima del percentil 70, y el 50% por debajo del percentil 30. La media de las puntuaciones de impulsividad fueron 84.49 (SEM ± 0.75) en el grupo de suicidas impulsivos y 50.34 (SEM ± 0.89) en el de no impulsivos ($t = 29.34$, $df = 98$, $pb 0.0001$). En relación a los TP, como se esperaba, los suicidas impulsivos reunían más criterios de cluster B (OR=19.12, CI al 95%=5.076–72.005, $pb 0.0001$), fundamentalmente el TLP (OR=13.60, CI al 95%=2.89–63.95) y el trastorno antisocial (OR=20.50, CI al 95%=2.55–164.90).

Siguiendo la misma línea que sus compañeros, Shelef¹⁹ estudió en un grupo de soldados iraníes que se suicidaron (n=69), entre 2009 y 2013, la presencia o ausencia de impulsividad (n=22 y n=47, respectivamente) para investigar posibles rasgos característicos de personalidad presentes en la conducta suicida.

El 32% de los sujetos tenían rasgos impulsivos de personalidad. En ellos, era más frecuente que tuvieran historia de problemas disciplinarios (63.6% vs. 19.1%. $p < 0.001$; y 18.2% vs. 2.1%. $p = 0.03$), que tuvieran diagnóstico de trastorno de personalidad cluster B comórbido (77.3% vs. 36.2%, $p = 0.004$) y que el abuso de alcohol fuera más prevalente (45.4% vs. 14.9%; $p = 0.008$).

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Otros investigadores se centraron en el análisis de la impulsividad de población suicida frente a sujetos vivos. Lin Lin en uno de sus estudios²⁰ comparó 162 controles vivos con 162 suicidios consumados ocurridos entre 2005 y 2007 en población rural joven (15-35 años) de China, para estudiar la relación entre el riesgo de suicidio y la impulsividad. Esta fue medida mediante el Dickman Impulsivity Inventory (DII), que la divide en dos tipos: impulsividad funcional (IF) y disfuncional (ID). Los suicidios puntuaron más alto en impulsividad disfuncional que los controles vivos (5.07 (2.45) vs 2.29 (1.90), $t=11.446$, $p<0.001$) y más bajo en impulsividad funcional (5.65 (2.33) vs 6.38 (1.64) $t=-3.247$, $p=0.001$). En otro artículo de este mismo autor²¹, se estudió el efecto de la impulsividad sobre el suicidio comparando 392 casos de suicidio (178 mujeres y 214 hombre de entre 15–34 años) y 416 controles vivos (202 hombres y 214 mujeres de las mismas edades). Para medir la impulsividad se utilizó el Dickman Impulsivity Inventory (DII). La FI media de los suicidios fue 7.07 (desviación estándar [DE]=2.83), mientras que la IF media de los controles fue superior: 7.62 (DE=2.32). Por otro lado, la ID media de los suicidios fue 6.76 (DE=3.62) y la del grupo control fue inferior: 3.72 (DE=2.74). En resumen, las personas que murieron de suicidio en este estudio presentaban más impulsividad disfuncional mientras que el grupo control puntuaba más alto en la impulsividad funcional.

DIFERENCIAS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN SUJETOS VIVOS FRENTE A SUICIDIOS CONSUMADOS

Otros investigadores se han centrado en la diferenciación entre la población de sujetos que se suicidan comparado con sujetos vivos. En uno de sus estudios, McGuirr²² comparó 120 sujetos con TLP, de los cuales 50 eran controles vivos y 70 suicidios consumados. Los suicidios tuvieron menos antecedentes de hospitalizaciones (1.07 ± 3.13 Vs 2.73 ± 4.87 , $p<0.001$) y de intentos de suicidios (0.97 ± 1.10 Vs 2.31 ± 1.76 , $p<0.05$). Además, presentaron mayor riesgo de comorbilidades como dependencia al alcohol (OR=5.829, 2.199-15.499, $p<0.001$), dependencia a drogas (OR=2.303, 1.010-5.250, $p<0.05$), comorbilidad con el eje I (OR=2.493, 1.664-3.733, $p<0.001$) y otros trastornos de personalidad (OR=1.690, 1.036-2.756, $p<0.01$). En otro trabajo del mismo autor²³ comparó 97 sujetos con TLP, de los cuales 62 eran suicidios consumados y 35 controles vivos.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los suicidios presentaron menos inestabilidad afectiva (OR=0.18, CI al 95%=0.04-0,86 p<0.05) e ideación paranoide y síntomas disociativos (OR=0.42, CI al 95%=0.17-1,06 p<0.05) que los controles vivos.

Estudiando otros factores que pudieran influir para diferenciar la población de suicidios consumados con respecto a sujetos vivos, Pirkola en la década de los 80²⁴, analizó los suicidios ocurridos en Finlandia entre los años 1987 y 1988 (n=117) de aquellos sujetos que tenían adicción a sustancias y comorbilidad de eje I o II. Se vio que el diagnóstico de TP era característico de mujeres jóvenes (<40 años). El TLP era más frecuente en mujeres que en hombres (25% vs 6%; chi-square = 6.85, df = 1 P = 0.009), y todas ellas tenían menos de 40 años excepto una. Analizando otro posible factor de riesgo como es el desempleo, Pompili²⁵ estudió el desempleo como factor de riesgo de suicidio en relación con tener un TP comórbido. Comparó un grupo de suicidios desempleados (n=41) con un grupo control de vivos desempleados (n=41). Los suicidas desempleados tenían menos frecuentemente un diagnóstico psiquiátrico (según la DSM-IV-TR) (73.2% vs. 100.0%; p<0.001), especialmente esquizofrenia y otras psicosis (7.3% vs. 37.5%; p<0.001) que los vivos desempleados; sin embargo, dentro del grupo de los suicidios, tenían más frecuentemente un diagnóstico de TLP (26.8% vs. 5.0%; p<0.01) que los controles vivos.

Siguiendo en esta línea de estudio de factores que podían influir en el suicidio, Schneider²⁶ analizó si el efecto del tabaco suponía un factor de riesgo para suicidio en población con trastornos mentales y personalidad. Para ello comparó 163 suicidios con 396 controles vivos de edades similares. Los no fumadores sin TP no presentaban OR aumentadas. Sin embargo, entre los fumadores que tenían algún TP se obtuvo una OR=18.1, CI al 95%=7.7-42.6, siendo el cluster B el que obtuvo OR superior en fumadores: OR=14.8, CI al 95%=6.5-33.9.

Almasi y cols²⁷ analizaron varios factores de riesgo de suicidio en 194 casos de suicidios en Budapest entre 2002 y 2004 y 194 controles vivos. Se obtuvo que tener un trastorno de personalidad suponía un factor de riesgo, ya que de los suicidios el 65% (33.5) tenían un TP, con una OR=6.44, CI al 95%=3.19–13.01, p< 0.001.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

DISCUSIÓN

A pesar de la gran importancia que tiene el intento de suicidio como factor de riesgo para el suicidio consumado, ambos son fenómenos distintos y, por lo tanto, no se puede asumir que los factores de riesgo para el intento de suicidio sean los mismos que para el suicidio consumado. Con este trabajo nos planteamos hacer una revisión sobre la prevalencia de trastornos de personalidad en suicidio consumado, así como de los factores que se asocian a un mayor riesgo suicida en los trastornos de personalidad.

Un ejemplo claro lo supone el Trastorno Límite de la Personalidad. Mientras que en las muestras procedentes de los servicios de urgencias el diagnóstico del TLP suele ser uno de los más prevalentes, hemos visto como, por el contrario, los TLP que se suicidan realizan menos intentos y tienen menos hospitalizaciones que los TLP que realizan intentos de suicidio repetidos.

De lo que no hay duda es de la relación entre los TP y el suicidio consumado, así como que la presencia de comorbilidades con trastornos del eje I aumentan el riesgo de suicidio consumado. De entre estas comorbilidades, parece que son la presencia de un trastorno depresivo y de un trastorno por uso de alcohol los que confieren un mayor riesgo, riesgo que también se observa en la población sin TP.

También hemos comprobado que algunos rasgos de personalidad están más presentes en los sujetos que se suicidan, como son la impulsividad, la hostilidad y la agresividad, estando estos rasgos más relacionados con el cluster B de personalidad.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Europa.
2. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998 December;173:531-5.
3. Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004 March;161(3):562-3.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
5. Ma G, Fan H, Shen C, Wang W. Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neurosci Bull*. 2016 Jun;32(3):286-306.
6. Zhang TT, Huang YQ, Liu ZR, Chen HG. Distribution and Risk Factors of Disability Attributed to Personality Disorders: A National Cross-sectional Survey in China. *Chin Med J (Engl)*. 2016 Aug 05;129(15):1765-71.
7. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour. *Am J Psychiatry*. 2004;161;1296-1298.
8. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013 Dec;151(3):821-30. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.020. Epub 2013 Sep 7. PMID: 24091302.
9. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012 May;169(5):484-90. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11091378. PMID: 22549208; PMCID: PMC3342836.
10. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004 Nov 4;4:37. doi: 10.1186/1471-244X-4-37. PMID: 15527502; PMCID: PMC534107.
11. Cho SE, Na KS, Cho SJ, Im JS, Kang SG. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016 Jan 15;190:704-713. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.008. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26600412.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

12. Palacio-Acosta C, García-Valencia J, Diago-García J, Zapata C, Ortiz-Tobón J, López-Calle G, López-Tobón M. Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2005 Sep-Dec;7(3):243-53. doi: 10.1590/s0124-00642005000300001. PMID: 16396414.
13. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, Fritze J. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Feb;256(1):17-27. doi: 10.1007/s00406-005-0593-7. Epub 2005 Aug 30. PMID: 16133739.
14. Schneider B, Schnabel A, Wetterling T, Bartusch B, Weber B, Georgi K. How do personality disorders modify suicide risk? *J Pers Disord*. 2008 Jun;22(3):233-45. doi: 10.1521/pedi.2008.22.3.233. PMID: 18540796.
15. Ross V, Kölves K, De Leo D. Beyond psychopathology: A case-control psychological autopsy study of young adult males. *Int J Soc Psychiatry*. 2017 Mar;63(2):151-160. doi: 10.1177/0020764016688041. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28112013.
16. McGirr A, Paris J, Lesage A, et al. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68;721-729. PMID: 17503981.
17. Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*. 1999 Aug;175:175-9. doi: 10.1192/bjp.175.2.175. PMID: 10627802.
18. Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord*. 2006 Jun;92(2-3):195-204. doi: 10.1016/j.jad.2006.01.016. Epub 2006 Mar 20. PMID: 16545465.
19. Shelef L, Korem N, Yavnai N, Yedidya R, Ginat K, Shahar G, Yacobi A. Depression and impulsiveness among soldiers who died by suicide: A psychological autopsy study. *J Affect Disord*. 2018 Aug 1;235:341-347. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.068. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29665517.
20. Lin L, Zhang J, Zhou L, Jiang C. The relationship between impulsivity and suicide among rural youths aged 15-35 years: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Health Med*.

SUICIDIO Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

2016;21(3):330-7. doi: 10.1080/13548506.2015.1051555. Epub 2015 Jun 25. PMID: 26110614; PMCID: PMC4691212.

21. Zhang J, Lin L. The moderating effects of impulsivity on Chinese rural young suicide. *J Clin Psychol*. 2014 Jun;70(6):579-88. doi: 10.1002/jclp.22039. Epub 2013 Sep 3. PMID: 24002993.
22. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*. 2007 May;68(5):721-9. doi: 10.4088/jcp.v68n0509. PMID: 17503981.
23. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. An examination of DSM-IV borderline personality disorder symptoms and risk for death by suicide: a psychological autopsy study. *Can J Psychiatry*. 2009 Feb;54(2):87-92. doi: 10.1177/070674370905400206. PMID: 19254439.
24. Pirkola SP, Isometsä ET, Heikkinen ME, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Female psychoactive substance-dependent suicide victims differ from male--results from a nationwide psychological autopsy study. *Compr Psychiatry*. 1999 Mar-Apr;40(2):101-7. doi: 10.1016/s0010-440x(99)90113-x. PMID: 10080256.
25. Pompili M, Innamorati M, Di Vittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A, Wong P, Lester D, Yip P, Girardi P, Amore M. Unemployment as a risk factor for completed suicide: a psychological autopsy study. *Arch Suicide Res*. 2014;18(2):181-92. doi: 10.1080/13811118.2013.803449. PMID: 24689509.
26. Schneider, B., Wetterling, T., Georgi, K., Bartusch, B., Schnabel, A., & Blettner, M. (2009). Smoking differently modifies suicide risk of affective disorders, substance use disorders, and social factors. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 165–173. PMID: 18558438
27. Almasi K, Belso N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, Kerfoot M, Dunn G, Sotonyi P, Rihmer Z, Appleby L. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry*. 2009 Jul 28;9:45. doi: 10.1186/1471-244X-9-45. PMID: 19638202; PMCID: PMC3224739.