Artículos de investigación:

Trastorno delirante y conducta suicida: estudio descriptivo de 26 casos

Francisco Mármol Bernal¹, Rogelio Luque Luque², Mohamed Farouk Allam^{3,4}, Rafael Fernández-Crehuet Navajas³

Resumen

Introducción / antecedentes

La conducta suicida en el trastorno delirante (TD) ha sido escasamente estudiada.

Objetivo

Profundizar en el conocimiento de las características demográficas, ambientales, psicosociales y clínicas del suicidio en un grupo de pacientes con TD con la finalidad de contribuir a generar y sugerir estrategias que contribuyan a realizar nuevos estudios de mayor nivel explicativo.

Método

Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de Registro de Casos en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba sobre pacientes con TD según criterios DSM-IV-TR. Aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión definidos constituyeron nuestra muestra final de 261 casos, de ellos 26 casos presentaron evidencias de intento de suicidio. Las variables sobre las que se recogió información en base a protocolos, fueron agrupadas con el orden siguiente: I. Socio-demográficos y generales. II. Factores de riesgo del TD (familiares y personales). III. Cuadro Clínico y el Diagnóstico del TD (Presentación, Sintomatología, Funcionalidad y Discapacidad, utilización de los recursos sanitarios, tratamiento, problemas psicosociales, evolución y curso) y medios letales utilizados.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 47 años y el 60% fueron hombres. Los datos sociodemográficos muestran que los pacientes con intento de suicidio residían en núcleos rurales (46,2%), no tenían estudios en un 15,4%, un 57,7% no trabajaba y un 26,9% recibía una pensión por enfermedad o jubilación laboral. El subtipo persecutorio con 8 casos, fue el más frecuente, seguido de los subtipos de grandiosidad (6 casos) y celotípico (6 casos), mixto (3 casos), erotomaniaco (2 casos) y somático (1 caso).

Discusión y conclusión

Son necesarios futuros estudios prospectivos para investigar los factores de protección, de riesgo y/o asociados al suicidio en el TD.

Palabras clave: Trastorno delirante, paranoia, conducta suicida, series de casos.

Delusional disorder and suicidal behavior: descriptive study of 26 cases.

Summary

Introduction / background

Suicidal behavior in delusional disorder (DD) patients has been poorly studied.

Objective

Investigate the demographic, environmental, psychosocial and clinical characteristics of the suicidal behavior in a group of patients with DD.

Method

Retrospective descriptive study of DD cases registered at Psychiatry and Mental Hygiene Clinic of Cordoba according to DSM-IV criteria was conducted. We obtained a sample of 261 DD patients who met the inclusion criteria, of them 26 cases presented evidence of suicidal behavior. Data and variables collected were divided into 4 groups: I. Socio-demographic and general data. II. DD risk factors (personal and family). III. DD clinical picture and diagnosis (presentation, symptoms, disability, use of health care resources, treatment, and evolution) and lethal methods used.

Results

The mean age of the patients was 47 years old and 60% were males. Socio-demographic data show that 46.2% of patients

1. Delegación Territorial de Salud, Córdoba, España.

2. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

3. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

4. Department of Community, Environmental and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Ain Shams University, Cairo, Egypt. Correspondencia: Mohamed Farouk Allam. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba. Avda. Menéndez Pidal, s/n Córdoba 14004, España Tel. y Fax + (34) 957 218 573. E-mail: fm2faahm@gmail.com

with suicidal behavior lived in rural areas, only 15,4% were analphabetic, 57,7% were unemployed, and 26,9% were receiving a pension because of illness or retirement. The persecutory subtype with 8 cases was the most frequent presentation, followed by grandiose (6 cases) and jealous (6 cases), mixed (3 cases), erotomanic (2 cases) and somatic (1 case) subtypes.

Discussion and conclusion

It is necessary to conduct future prospective studies to investigate the protective and risks factors associated with the suicidal behavior in DD patients.

Key words: delusional disorder, paranoia, suicidal behavior, case series.

Introducción

El trastorno delirante (TD) o paranoia es una patología psiquiátrica grave cuya característica principal es la presencia de ideas delirantes bien sistematizadas, sin alucinaciones prominentes ni alteraciones del lenguaje o el pensamiento, y que no conlleva deterioro de la personalidad. Es relativamente poco frecuente, con una prevalencia estimada del 0,02% [1], representando el 2-4% de los ingresos psiquiátricos [2]. La instauración del TD implica cambios emocionales o de personalidad, como ira, agitación, irritabilidad, euforia, y depresión [1,3]. Los síntomas depresivos del TD que se acompañan de síntomas vegetativos aparecen característicamente en las fases iniciales del trastorno [3]. La adopción de una actitud empática y el ofrecimiento de ayuda facilitan la reducción de la ansiedad y de los síntomas depresivos que a menudo acompañan al delirio, así como la sensación de frustración que pueda tener el paciente [4].

Los trastornos psiquiátricos y la depresión juegan un papel importante en las cifras de suicidio. La Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio (American Foundation for Suicide Prevention o AFSP, por sus siglas en inglés) afirma que al menos el 90% de las personas que se quitan la vida tienen una enfermedad psiquiátrica diagnosticable y tratable, como depresión clínica, trastorno bipolar o TD [5].

Los estudios sobre los trastornos psicóticos crónicos, como es el caso del TD, sugieren que el suicidio es una de las principales causas de muerte prematura en estos pacientes [6].

No obstante, Soukas et al. [7], en un estudio sobre la epidemiología de los intentos de suicidio en personas con trastorno psicótico, encuentra que no hubo intentos de suicidio entre las personas con TD, mientras que la tasa de intentos de suicidio es mayor entre las personas con trastornos psicóticos inducidos por sustancias (48,8%) que en las personas con otros trastornos

psicóticos (41,8%). Sin embargo, una reciente revisión sobre la literatura existente sobre la ideación y el comportamiento suicida en pacientes con TD, González-Rodríguez et al. [8] sobre 326 referencias bibliográficas encuentra resultados diversos tales como que están referidos a esquizofrenia o trastorno dismórfico, otras están referidas al TD pero no incluyen tasas de incidencia o bien no presentaban criterios de inclusión, lo que le lleva a seleccionar tan solo 12 estudios a los que no puede realizar ningún tratamiento estadístico debido a la heterogeneidad de herramientas psicopatológicas utilizadas en la evaluación de la conducta suicida y de la ideación suicida en los pacientes con TD. Este autor señala que en el TD, entre un 8% y 21% tendría un comportamiento suicida y que este porcentaje es similar al de la esquizofrenia [8].

El suicidio es prevenible [9], y los hechos citados más arriba revelan un creciente interés sobre el suicidio en pacientes con psicosis TD, pero también evidencian que los limitados estudios referidos a la conducta suicida en pacientes TD, además de utilizar criterios muy heterogéneos que dificultan su comparación, han reportado escasa información sobre las características de esta conducta, no permitiendo adoptar medidas preventivas más específicas con las características clínicas de este grupo de riesgo.

El suicidio es un problema de salud pública y entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general, figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que eleva el riesgo de imitación de actos suicidas, y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas; podríamos señalar que varios factores de riesgo suelen actuar acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida [9]. Para entender la conducta suicida es necesario integrar numerosas variables: biológicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas [10]. Santurtún et al. Incluyeron una variable más: el patrón temporo-espacial. En su estudio sobre los suicidios referido a la población general recogen que el patrón temporo-espacial de los suicidios no sigue una distribución geográfica homogénea, identificando áreas geográficas que presentan tasas más elevadas [11].

El impacto del intento de suicidio en el sistema de salud supone un elevado consumo de recursos sanitarios, estos se ven incrementados por la posterior consumación del suicidio cuya mortalidad se sitúa entre el 10-15% a los 10 años, siendo mayor a los dos años posteriores al intento [12]. Además la probabilidad

de repetir un nuevo intento es elevada, entre un 45-55%. [13], lo que incrementaría aún más este consumo.

Las intervenciones adoptadas en la población general encaminadas a la prevención del suicidio durante el periodo 2005-2014 – tales como la restricción del acceso a medios letales, aumento del control en la venta de analgésicos y de las medidas de seguridad en ciertos lugares para evitar las precipitaciones, el desarrollo de programas de sensibilización en escuelas, y el avance en los tratamientos psicológicos y farmacológicos para algunas enfermedades de riesgo como la depresión– podrían explicar la tendencia descendente encontrada en los adultos de más de 64 años e insisten en la idea de que el suicidio es prevenible [14].

Por tanto, nuestro objetivo en este estudio ha sido el de profundizar en el conocimiento de las características o variables demográficas, ambientales, psicosociales y clínicas así como identificar los medios letales utilizados por un grupo de pacientes con TD que han presentado una conducta suicida real. Conocer estas características podría facilitar nuevos estudios que permitieran no solo entender la conducta suicida e identificar factores de protección y de riesgo, sino también elaborar una estrategia específica de intervención temprana que se adapte a los subtipos clínicos de este grupo de riesgo de pacientes psicóticos TD con los consiguientes beneficios preventivos.

Metodología

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico descriptivo longitudinal retrospectivo de Registro de Casos sobre 261 pacientes con TD según criterios DSM-IV-TR [15].

Población de estudio. Un total de 392 historias clínicas de pacientes diagnosticados y registrados de TD según la CIE-9 [16] del Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba (en adelante DPHM) fueron revisadas en el año 2011. El DPHM según la red asistencial de salud mental era el centro de referencia provincial ambulatoria para la derivación de todos los trastornos mentales, comportándose como un registro de casos, constituyendo nuestro Registro de Casos de TD. Todas ellas recibieron una evaluación sistemática y estructurada conforme a protocolos que incluían criterios diagnósticos DSM-IV-TR, obteniendo finalmente 261 pacientes que fueron incluidos en este estudio y cuyas características sociodemográficas y clínicas han sido descritas en otro artículo [17].

Criterios de inclusión y exclusión. A los pacientes diagnosticados y registrados de TD en el DPHM, les fueron aplicados los siguientes criterios de inclusión para participar en nuestro estudio: a) Residir en el área de influencia del Dispensario, b)

Realizar al menos una visita al DPHM, c) Edad de 18 o más años, d) cumplir los criterios diagnósticos de TD según DSM-IV-TR, e) cumplir el procedimiento de validación diagnóstica del TD del módulo B (síntomas psicóticos y concomitantes) del SCID-I CV, de Psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I CV) [18]. Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión fueron asignados a uno de los siete tipos de TD del DSM-IV-TR [15]. Las evaluaciones retrospectivas para comprobar la adecuación de los diagnósticos TD, inicialmente realizados con criterios CIE-9, se realizaron dos veces, una por un médico investigador pre-doctoral entrenado y otra por un psiquiatra clínico. Un tercer psiquiatra clínico senior dirimía las posibles controversias.

Los criterios de exclusión fueron: a) no cumplir los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, b) no cumplir el proceso de validación para la confirmación diagnóstica contenidos en el módulo B (síntomas psicóticos y concomitantes) de Psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I CV), c) diagnóstico de retraso mental, d) padecer déficit auditivo/visual severo, e) no presentar ingesta de alcohol desde el diagnóstico de TD, f) constancia expresa de no desear participar en estudio clínico.

El grupo de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión definidos constituyeron nuestra muestra de 261 casos de pacientes con TD. De estos, 26 casos presentaron evidencias de conducta autolesiva [19], dado que realizaron un intento de suicidio, esto es: ejecutaron un acto que buscaba la muerte propia [20]. Estos 26 casos constituyeron la muestra final del presente trabajo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Córdoba.

Variables del estudio. Las variables sobre las que se recogió información en base a protocolos, fueron agrupadas con el orden siguiente: I. Variables de los datos sociodemográficos y generales. II. Variables de los Factores de riesgo del TD (familiares y personales). III. Variables del Cuadro Clínico y el Diagnóstico del TD (Presentación, Sintomatología delirante, Funcionalidad y Discapacidad, utilización de los recursos sanitarios, tratamiento, problemas psicosociales, evolución y curso). Los medios letales utilizados para el suicidio fueron identificados y clasificados por sexo y frecuencia de uso.

Recogida de datos. La recogida de datos se realizó sistemáticamente sobre una estructura de cuestionarios. Un protocolo fue diseñado para el registro de los datos sociodemográficos y generales, sobre la base de Factores de Riesgo sugeridos por investigaciones anteriores [20, 21, 22].

La información se obtuvo de las Historias Clínicas, notas de enfermería, test diagnósticos, informes de Hospitalización, infor-

mes de los Servicios de Urgencias, de partes judiciales y de los elaborados por el Trabajador Social.

En resumen, obtuvimos datos del TD en base a la evaluación multiaxial contenida en los cinco Ejes del DSM-IV-TR. En el Eje I, que incluye los trastornos clínicos y otros problemas objeto de atención clínica, el diagnóstico de TD se validó con el módulo B (síntomas psicóticos y concomitantes) de Psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I CV) [18]; el Eje II recogió información relacionada con los trastornos de la personalidad recabada en base al protocolo de información de antecedentes familiares, personales y datos de familiares y allegados al paciente; el Eje III, referido a las enfermedades médicas del paciente, obtenidos de las Historias Clínicas y agrupados según su frecuencia de presentación; el Eje IV identifica la presencia de problemas psicosociales y ambientales; y el Eje V referido a la actividad y la discapacidad que presenta el paciente, conforme a escalas estandarizadas:

- Escala de la Actividad Global (EEAG o Global Assessment of Functioning, GAF) [15] que presenta dos componentes, uno referido a la gravedad de los síntomas y el otro a la actividad que desempeña el paciente. Dividida en diez niveles de actividad, implica la selección de un único valor de uno (actividad insatisfactoria) a cien (actividad satisfactoria) que refleje del mejor modo posible la situación del nivel de actividad del individuo. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.
- Y la discapacidad debida a enfermedad psiquiátrica con la Escala Sheehan Disability Inventory (SDI) [23]. Este cuestionario evalúa de forma subjetiva la disfunción producida en pacientes con trastorno mental, junto con el grado de preocupación y el apoyo social percibido, constituido por cinco ítems que se agrupan en tres escalas:
 1. Discapacidad, incluye los tres primeros ítems y evalúa el grado en que los síntomas interfieren en los tres dominios de la vida del paciente (trabajo, vida social, y vida familiar).
 2. Estrés percibido, que evalúa el grado en que los episodios estresantes y los problemas personales que han deteriorado la vida de relación del paciente.
 3. Apoyo social, que evalúa el apoyo que obtiene el paciente en relación con el que necesita.

Los primeros cuatro ítems se puntúan mediante escala de Likert que va de cero (ninguna en absoluto) a diez (extrema). Los valores de uno a tres se consideran "leves", de cuatro a seis "moderados" y de siete a nueve "intensos". El valor diez se considera "máxima discapacidad". El quinto ítem se puntúa con una escala porcentual, 0 a 100%, en la que 100% significa que los pacientes reciben todo el apoyo de familiares y amigos que necesi-

tan. Se obtienen tres puntuaciones, una para cada escala, que, sumadas, constituyen la variable recodificada SDI total. A más puntuación total más discapacidad,

Análisis de datos. Se realizó una estadística descriptiva, con el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión, y cálculos de frecuencias. Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico EPIDAT versión 3.1.

Resultados

De los 261 casos diagnosticados de TD según criterios DSM-IV-TR, el 10% de los pacientes realizaron intento de suicidio ejecutando un acto suicida que buscaba la muerte propia (total 26 casos) como evidencian los datos obtenidos de las Historias Clínicas, informes de los Servicios de Urgencias y de Hospitalización, así como de partes judiciales. En relación a los medios letales utilizados, 6 casos intentaron el suicidio mediante medios tales como la ingesta masiva de psicofármacos; 5 casos se autolesionaron con arma blanca (navaja, cuchillo, bayoneta); 4 casos precipitándose al vacío desde sima y edificios; 2 por ahorcamiento; 1 por inhalación de gas y en 8 casos no figuraban datos sobre el método utilizado aunque uno de ellos consumió el suicidio, pues ni la familia lo reveló en la consulta, ni este figuraba explicitado en los informes médicos de los servicios de urgencia hospitalarios, ni en los partes judiciales disponibles en la información médica. En cuanto a la distribución por sexos del método utilizado, los hombres utilizaron los psicofármacos en cuatro casos frente a dos casos de ellas, el arma blanca en tres frente a dos casos de las mujeres. El ahorcamiento solo fue utilizado por dos hombres y el gas solo por una mujer. La precipitación fue usada por igual entre los dos casos de mujeres y los dos de hombres. La no revelación del método utilizado ocurrió en cinco casos de hombres, uno de los cuales consumió el suicidio, y en tres casos de mujeres.

Los datos sociodemográficos muestran que los pacientes con conducta suicida residían en núcleos rurales (46,2%), tenían estudios en un 84,6%, un 42,3% trabajaba y un 26,9% recibía una pensión por enfermedad o jubilación laboral. La Tabla 1 recoge las características demográficas, ambientales y psicosociales del suicidio en los pacientes con TD.

Solo se halló un caso con antecedente familiar de suicidio (3,84%). También solo un caso presentó antecedentes de abusos sexuales en la infancia (3,84%). Un 26,9% presentó antecedentes de enfermedad psiquiátrica, sin episodios celotípicos previos. Los episodios de heteroagresividad presentes en el 23,1% y en el 34,6% se identificaron eventos estresantes 3 meses previos al inicio del TD. Casi el 70% de los pacientes presentaban ideas de referencia y de persecución, junto con alucinaciones acordes con el tema delirante, todo lo cual se detalla en la tabla 2 y 3.

Tabla N°1

Características demográficas, ambientales, y psicosociales de pacientes con trastorno delirante con intento de suicidio

Variable	Intento de suicidio *
Hombre	16 (61.5%)
Edad	47.55 (DE=15.3)
Escolarización <7 años	4 (15.4%)
Desempleado/a	8 (30.8%)
Soltero/a	11 (42.3%)
No convivencia en pareja	14 (53.8%)
Antecedentes familiares psiquiátricos	4 (15.4%)
Antecedentes personales médicos	12 (46.2%)
Sordera cieguera premórbida	5 (19.2%)
Inmigración/Emigración	8 (30.8%)
Antecedentes Consumo de sustancias	2 (7.7%)
Antecedentes Consumo de alcohol	2 (7.7%)
Problemas legales	4 (15.4%)
Encarcelamiento	1 (3.8%)
Estresante <3 meses	9 (34.6%)
Trastornos conducta alimentaria	1 (3.8%)
Heteroagresividad	6 (23.1%)

*Media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencia para variables cualitativas.

Tabla N°2

Características clínicas de pacientes con trastorno delirante con intento de suicidio.

Variable	Intento de suicidio *
Ideas de referencia	18 (69.2%)
Ideas de persecución	18 (69.2%)
Ideas de grandiosidad	7 (26.9%)
Ideas de somáticas	2 (7.7%)
Otras ideas delirantes	12 (46.2%)
Alucinaciones auditivas	10 (38.5%)
Alucinaciones visuales	3 (11.5%)
Otras alucinaciones	1 (3.8%)
EEAG	25.42 (DE=8.2)
SDI 1 individual	28.96 (DE=2.4)
SDI 2 estrés	9.54 (DE=1.1)
SDI 3 apoyo social	43.15 (DE=29.0)
SDI total	81,65 (DE=29.6)
Número total de consultas	10.38 (DE=12.6)
Número total de ingresos hospitalarios	1.54 (DE=1.2)
Número de visitas de urgencias	0.12 (DE=0.4)
Total días de baja laboral	117.27 (DE=276.4)
Adhesión tratamiento antipsicótico	15 (57.7%)
Tratamiento antidepresivo	8 (30.8%)
Evolución monotemática del delirio	23 (88.5%)
Curso crónico ininterrumpido del trastorno delirante	13 (50.0%)

*Media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencia para variables cualitativas.

Tabla N°3

Análisis bivariante de adhesión al tratamiento antipsicótico y prescripción de antidepresivos en pacientes del grupo con intento de suicidio si versus grupo intento de suicidio no.

Variable * Intento de suicidio	Intento suicidio No	Intento suicidio Si	Valor de p**
Adhesión tratamiento antipsicótico			
Olvida alguna vez tomar medicamentos	17 (7,2%)	3 (11,5%)	0,590
Toma a las horas indicadas	139 (59,1%)	15 (57,7%)	
Si bien, deja de tomar medicación	29 (12,3%)	5 (19,2%)	
Si mal deja de tomar medicación	23 (9,8%)	2 (7,7%)	
No existen datos	27 (11,5%)	1 (3,8%)	
Tratamiento antidepresivo sí	99 (42,1%)	8 (30,8%)	0,264

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

Tabla N°4

Análisis bivariante del total consultas médicas, visitas de urgencia, ingresos hospitalarios, y días baja laboral en pacientes del grupo con intento de suicidio si versus grupo intento de suicidio no.

Variable * Intento de suicidio	Intento suicidio	Intento suicidio	Valor de p**
Existencia informes de asistencia social	18 (7,7%)	5 (19,2%)	0,048 *
Nº total consultas	8,01 (de=9,47)	10,38 (de=12,60)	0,243
Visitas de urgencias sí	23 (9,8%)	2 (7,7%)	0,731
Nº total visitas urgencia	,13 (de=,45)	,12 (de=,43)	0,895
Ingresos hospitalarios sí	108 (46,0%)	20 (76,9%)	0,003 *
Nº total ingresos hospital	1,17 (de=2,02)	1,54 (de=1,17)	0,358
Baja laboral sí	187 (79,6%)	18 (69,2%)	0,223
Total días baja laboral	71,59 (de=277,70)	117,27 (de=276,44)	0,427

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

El tiempo transcurrido desde la edad del inicio del TD hasta la edad de 1ª consulta psiquiátrica fue de 22,77(DE=40,97) meses. El subtipo persecutorio con 8 casos fue el más frecuente, seguido de los subtipos de grandiosidad (6 casos) y celotípico (6 casos), mixto (3 casos), erotomaniaco (2 casos) y somático (1 casos). La Tabla 4 recoge las características clínicas de los pacientes con conducta suicida, datos de uso de los recursos sanitarios y sobre el curso y la evolución en los pacientes con TD.

Los informes de Asistencia Social fueron realizados en el 19,2% y 3 de cada 4 pacientes presentaron más de un ingreso hospitalario previo al intento de suicidio.

De los 26 casos que intentaron el suicidio, 8 casos requirieron hospitalización posterior y en dos se registró más de un intento de suicidio. Un caso, sin antecedentes de intento, consumó el suicidio.

Discusión

Nuestro objetivo fue el de profundizar en el conocimiento de las características demográficas, ambientales, psicosociales y clínicas de un grupo de pacientes con TD que presentó intento de suicidio e identificar los medios letales utilizados, con la finalidad de generar y sugerir estrategias de prevención que contribuyan a realizar nuevos estudios de mayor nivel explicativo en este poco estudiado TD. Presentamos los resultados de un estudio de 26 casos (10%) de intento de suicidio procedentes de un Registro de Casos de 261 pacientes con TD.

González-Rodríguez et al. [24] en un estudio de 97 casos TD con criterios DSM, informó que el 12,4% había intentado suicidarse

al menos una vez, mientras que De Portugal y colaboradores [25], en el estudio DELIREMP de 86 casos TD con criterios DSM, informó de un 20.9%. Estos resultados estarían dentro de lo convenido por González-Rodríguez et al. [8], pues señala que el porcentaje de comportamiento suicida en TD oscila entre el 8 y el 21%, cifras muy similares a la esquizofrenia.

Antes de obtener conclusiones de los resultados de nuestro estudio, debemos evaluar los posibles sesgos y/o limitaciones derivados de la metodología empleada. Nuestros resultados han de interpretarse con precaución debido al tamaño de la muestra, que limita la posibilidad de establecer asociaciones, y al tipo de estudio. Se trata de un estudio de Registro de Casos basado en la exploración retrospectiva de los registros obtenidos de distintos médicos-psiquiatras. Nosotros no entrevistamos a los pacientes ni a sus familiares, registramos los datos de una exploración retrospectiva de forma sistemática y estructurada. La exactitud puede oscilar entre diferentes profesionales, constituyendo así potenciales sesgos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los profesionales disponían de un modelo protocolizado de Historia Clínica que permitía obtener los datos de forma que se redujera la variabilidad.

Este estudio proporciona una descripción clínica de 26 pacientes diagnosticados de TD en base a criterios contenidos en el DSM-IV-TR que presentaron intento de suicidio. Los Ejes, I, IV y V fueron evaluados conforme a protocolos estandarizados. El tipo de estudio no facilitó la obtención de datos sobre la existencia de trastornos de la personalidad en base a protocolos estandarizados (Eje II) no obstante, la información de familiares y allegados próximos al paciente permitió obtener infor-

mación relacionada con estas cuestiones. Los datos del Eje III, referidos a las enfermedades médicas del paciente, aunque no se encontraron clasificados según la CIE-9, fueron obtenidos de las historias clínicas y agrupados según su frecuencia. Los datos relacionados con el intento de suicidio se obtuvieron de las historias clínicas, notas de enfermería, informes de hospitalización, de los servicios de urgencias, partes judiciales y de los elaborados por el Trabajador Social, de forma que aquellos casos sin evidencias de intento de suicidio fueron descartados. Las características del estudio no permitieron obtener información basada en escalas de evaluación que permitiera identificar el riesgo de esta conducta suicida mediante la detección de la presencia de ideación suicida en estos pacientes.

En la población general, el sexo es uno de los predictores más importantes del suicidio entre las personas de edad. Los varones tienen mayor predisposición al suicidio [9,11], que cometen en proporción tres veces superior a las mujeres, que apenas incrementan sus tasas en el período final de la vida [25]. Nuestros resultados no demuestran que el sexo podría ser un factor asociado con el suicidio en los pacientes del TD, con más frecuencia entre los hombres con un 61%, aunque esto puede ser debido al tamaño de la muestra.

También en la población general las tasas de suicidio crecen con la edad y fuertemente a partir de los 65 años, hasta superar los 20 fallecidos por cien mil habitantes a partir de los 80 años [26]. En nuestro estudio, la edad media de los pacientes de TD con intento de suicidio fue de 47 años, una edad muy inferior a la de la población general y muy parecida a la de un estudio reciente sobre impacto de la conducta suicida en el TD [27].

Más de la mitad de los pacientes de TD con intento de suicidio no convivía en pareja, lo que refleja que la soledad de estos pacientes podría ser un factor de riesgo para el intento de suicidio. Otra posible explicación es que los síntomas del TD, entre ellos las ideas de referencia y de persecución, y los trastornos depresivos asociados, impiden la convivencia en pareja y dificultan también las relaciones sociales, favoreciendo el aislamiento social y la soledad, por lo tanto el sesgo de causa efecto no puede ser descartado.

Aunque la situación de desempleado está reconocida como un hecho probado de poner en riesgo la salud mental, concretamente incrementando los efectos de la depresión y la ansiedad [28], tan solo aproximadamente un tercio de los pacientes se encontraba desempleado y una cuarta parte tenía una escolarización inferior a siete años. Los bajos niveles de escolarización coinciden con los hallazgos de De Portugal et al. [25] y sugieren la posibilidad de que estos pacientes tengan pocas estrategias

de afrontamiento para hacer frente a las demandas internas y ambientales y a los conflictos que surgen entre ellas.

En una cuarta parte se detectaron antecedentes familiares psiquiátricos y tan solo un caso presentaba antecedentes de suicidio consumado previo. Es probable que algunos pacientes no hayan tenido acceso a este tipo de información familiar, pues aún existe cierto recelo en nuestro país a comentar datos de esta naturaleza, por lo que esto debe ser tomado con cautela.

Tan solo en dos casos se registró más de un intento de suicidio anterior. Esta conducta suicida previa ha sido señalada como un factor de riesgo predictor del suicidio consumado [25,29].

Lo más destacado en nuestras series de casos es la presencia en el discurso psicótico de ideas de referencia y de persecución en casi el 70% de los pacientes. Nuestros resultados demuestran claramente que el TD con presencia de ideas de referencia y de persecución, presentes en casi un 70%, supone un riesgo muy importante para el intento de suicidio y la necesidad de identificar sistemáticamente la ideación suicida y esmerar la vigilancia de los pacientes TD.

Los trastornos depresivos están asociados al suicidio [30,31] Sin embargo menos de un tercio de nuestros pacientes no tomaban ningún tratamiento antidepressivo previo al intento de suicidio, González-Rodríguez et al. [8] no encontró una tasa más alta de depresión en los pacientes que habían intentado suicidarse. Esto podría sugerir que el intento de suicidio pudiera producirse como reacción al pensamiento desordenado de la psicosis, o consecuencia del contenido temático del delirio o creencia delirante que afecta al paciente, lo cual también ha sido señalado por diversos autores [32,33,34].

Los pacientes que contactan con los servicios de salud mental, esto es, atendidos en urgencias psiquiátricas e ingresados en psiquiatría, cualquiera que sea su diagnóstico, tienen un riesgo de suicidio estimado de 27,9 y 44,5 veces mayor que la población general [35]. En nuestro estudio presentaron antecedentes de frecuentación de las urgencias psiquiátricas en tan solo dos casos, sin embargo en más de las tres cuartas partes de pacientes se registró ingreso hospitalario y menos de un 60% presentó una adecuada adherencia al tratamiento antipsicótico. Tarrier et al. [36] señalan que para muchos pacientes del registro psicótico, el ingreso hospitalario y el tratamiento antipsicótico asociado resulta traumático en un alto porcentaje, hasta el 80%, llegando a cumplir criterios de Trastorno de Estrés Postraumático el 38%, y con un comportamiento suicida mucho mayor en estos casos, lo que le lleva a proponer que si se reconsiderasen las condiciones del ingreso quizás esto podría ayudar a reducir la relación entre el trauma, el estigma y el suicidio hasta mejo-

rar la evidencia científica disponible sobre el uso de los antipsicóticos y su relación con el suicidio.

La escala EEAG presentó valores bajos, revelando una baja funcionalidad y el SDI total, mostró valores altos, lo que indica una discapacidad intensa en este grupo de pacientes TD, lo cual nos aproxima a las necesidades de atención y cuidados que requieren estos pacientes y que habitualmente son prestados por las familias o entidades que los acogen. La existencia de estas características referidas a la situación de dependencia en los pacientes TD ya fue señalada por De Portugal et al. [25].

El método letal escogido para el suicidio está íntimamente ligado a su disponibilidad, aceptación cultural y letalidad. Así se acredita que las tasas de suicidio pueden ser disminuidas por limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse [9,37,38] mediante la adopción de medidas que eviten o reduzcan su instrumentalización por parte del paciente. La distribución de los métodos utilizados en nuestra casuística, recoge el uso de psicofármacos (23,07%), seguido de la autolesión con instrumento cortante (19,23%), precipitación (15,38%), ahorcamiento (7,69%) y por inhalación de gas (3,87%). En nuestra casuística las mujeres no utilizaron el ahorcamiento y sí la intoxicación tanto por psicofármacos como por gas (11,56%). Los hombres recurrieron al uso de métodos violentos tales como el salto al vacío o precipitación, ahorcamiento y al uso de armas blancas o instrumentos cortantes en un 26,91% de los casos y un 15,38% recurrió al uso de psicofármacos. Estos métodos coinciden con los utilizados en el resto de nuestro país [38].

El estigma asociado a la enfermedad mental podría explicar la falta de datos existente en relación con algún ítem ya citado que afecta a la calidad de los datos y por tanto a la realización de una adecuada prevención para los grupos de riesgo, pero no es el único factor. Como el suicidio es un asunto sensitivo es muy posible que exista subnotificación, en algunos países es ilegal, y en relación con los registros de datos, Santurtún et al. [39] señalan la importancia de conocer el proceso metodológico para su clasificación, pues en su estudio han observado disparidad entre las fuentes judiciales y los datos procedentes de la fuente de registro estadístico estatal, lo que también hace suponer que la tasa mundial para el 2012 de 804.000 muertes por suicidio, 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres), refleje a la baja el fenómeno del suicidio [9]. En nuestro estudio, sin embargo, la información, cuyas fuentes se han citado más arriba, no requirió el uso de las bases de datos citadas.

Las estrategias para lograr que los suicidios sean prevenibles [9] están dirigidas a personas vulnerables específicas e incluyen: el apoyo de la comunidad, el seguimiento de los pacientes de alta de los establecimientos de salud, la capacitación del personal

de salud y del entorno familiar social y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias. Muchas de estas actividades conforman un programa de prevención del suicidio que se implantan y desarrollan por áreas geográficas donde su frecuencia es más elevada [11]. La prevención también puede desarrollarse fortaleciendo los factores protectores, tales como las relaciones personales sólidas y potenciando un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas.

Nuestras conclusiones han de tomarse con las limitaciones expuestas, debido al tipo de estudio y al tamaño de la muestra, lo que restringe la interpretación de los datos y en gran medida la formación de inferencias. Sin embargo nuestro estudio ha sido realizado en base a protocolos obtenidos del DSM-IV y ante la escasez de estudios sistematizados sobre el suicidio en este grupo de riesgo de pacientes psicóticos con TD, sus aportaciones pueden contribuir al conocimiento de la conducta suicida en este tipo de pacientes, así como a generar y sugerir estrategias que contribuyan a realizar estudios de mayor nivel explicativo. El porcentaje de comportamiento suicida en pacientes TD obtenido en nuestro estudio, 10%, está comprendido dentro de la franja del 8 al 21%, según lo convenido por González-Rodríguez et al. [8].

Nuestros datos revelan que los pacientes afectados por este trastorno mental grave, con independencia del sexo y de la situación laboral, conllevan un riesgo de suicidio el cual, aunque más frecuente en el subtipo persecutorio, también se presenta en los restantes subtipo clínicos, lo que deberá asumir el terapeuta que deberá proveer el mejor tratamiento posible y adoptar medidas sistemáticas de vigilancia de su conducta y hasta tanto no se identifiquen con precisión factores de riesgo que permitan la identificación de las personas en riesgo, no se logrará una prevención más eficaz.

Los registros de datos han de ser mejorados, dado que en casi un 30% de los casos, el método de suicidio utilizado no fue determinado, lo que afecta a la calidad de la investigación.

Una intervención formativa en los profesionales sanitarios que les permita mejorar la evaluación del riesgo de suicidio y su manejo inicial, permitiría una detección precoz de pacientes en riesgo y sensibilizaría sobre la importancia de la calidad de los datos para la elaboración de programas de prevención del suicidio en pacientes TD.

Los bajos valores de funcionalidad y la discapacidad intensa detectada en este grupo de pacientes TD, junto con una escasa escolarización, podrían sugerir una situación de riesgo de conducta suicida en pacientes TD, aunque esto ha de ser objeto de estudios más exhaustivos. Y a modo de conclusión final, entendemos que son necesarios futuros estudios prospectivos

homogeneizados para investigar los factores de protección y de riesgo asociados al suicidio en el TD.

Este estudio descriptivo pretende continuar estimulando el interés en la investigación de la conducta suicida en el TD.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. Este artículo no ha recibido ningún tipo de ayuda económica estatal ni ha sido financiado por entidad patrocinadora alguna.

Conflictos de intereses. Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5^o) Arlington, VA Panamericana Asociación Americana de Psiquiatría 2014.
- Borra C, Herrán A, Herrera Castañedo S, Vázquez-Barquero JL. Esquizofrenia y trastornos relacionados. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 209-30.
- Rudden M, Sweeney J, Frances A, Gilmore M. A Comparison of Delusional Disorders in Women and Men. *Am J Psychiatry* 1983;140(12):1575-8.
- Delusions and Delusional Disorders Part II. *Harv Ment Health Lett* 1999;15(8):1-3.
- Suicide Risk Factors. American Foundation for Suicide Prevention. Disponible en: <https://www.afsp.org/understanding-suicide/suicide-risk-factors> (acceso 21 de Mayo de 2017).
- Modai I, Kuperman J, Goldberg I, Goldish M, Mendel S. Suicide risk factors and suicide vulnerability in various major psychiatric disorders. *Med Inform Internet Med* 2004;29(1):65-74.
- Suokas JT, Perälä J, Suominen K, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM. Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophr Res* 2010;124(1-3):22-8.
- González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Navarro Odriozola V, Gastó Ferrer C, Penadés R, Catalán R. Suicidal ideation and suicidal behaviour in delusional disorder: a clinical overview. *Psychiatry J* 2014;2014:834901.
- WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. Luxembourg: World Health Organization (2014). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Front Psychiatry*. 2016;20:7-108
- Santurtún M, et al. ¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.001>
- Adams KS, Bonchong A, Steiner D: Parental loss and family stability in attempted suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1980;39:1081-1085.
- Bille-Braha U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, et al. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO multicenter study on parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:81-6.
- Zalsman G1, Hawton K2, Wasserman D3, van Heeringen K4, Arensman E5, Sarchiapone M6, Carli V3, Höschl C7, Barzilay R8, Balazs J9, Purebl G10, Kahn JP11, Sáiz PA12, Lipsicas CB13, Bobes J12, Cozman D14, Hegerl U15, Zohar J16. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016;3(7):646-59.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4^o ed. Washington, DC. Ed: Asociación Americana de Psiquiatría. 1994.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 9^a Revisión Modificación Clínica (CIE-9). Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2012.
- Mármol Bernal F, Luque Luque R, Farouk Allam M, Fernández-Crehuet Navarro R. Estudio descriptivo de series de casos de trastorno delirante. *Rev Chi Neuro-Psiquiat* 2015;53(4):241-50.
- First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I. Versión Clínica. Ed. Masson. Barcelona 1999.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168(12):1266-77.
- Moreno-Ceballos N, Nomenclatura en Suicidología Clínica. República Dominicana, Edit. Búho, 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe Compendiado Ed. OMS Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004.
- Stilo SA, Di Forti M, Mondelli V, Falcone AM, Russo M, O'Connor J, Palmer E, Paparelli A, Koliakou A, Sirianni M, Taylor H, Handley R, Dazzan P, Pariante C, Marques TR, Zoccali R, David A, Murray RM, Morgan C. Social disadvantage: cause or consequence of impending psychosis? *Schizophr Bull* 2013;39(6):1288-95.
- Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;3(supl 3):89-95.
- González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Navarro V, Gastó C, Penadés R, Catalán R. Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(2):119-24.
- De Portugal E, González N, Vilaplana M, Haro JM, Usall J, Cervilla JA. An empirical study of psychosocial and clinical correlates of delusional disorder: the DELIREMP study. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2009;2:72-82.
- Abellán A. El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol* 2005;15(1):65-7.
- González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Penadés Rubio R, Catalán Campos R, Bernardo Arroyo M. Impacto de la conducta suicida en el trastorno delirante: descripción de una serie de 44 casos. *Med Clin (Barc)* 2014;142(7):299-302.

28. Wilkison R, Marmot M. Los determinantes sociales de la Salud. Los hechos probados. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2ª Edición de la OMS 2006; 20-1.
29. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Gerhard T, Blanco C. Suicide Following Deliberate Self-Harm. Am J Psychiatry 2017;174(8):765-774.
30. Björkenstam C, Björkenstam E, Hjern A, Bodén R, Reutfors J. Suicide in first episode psychosis: a nationwide cohort study. Schizophr Res 2014;157(1-3):1-7.
31. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. Am J Psychiatry 1999;156(10):1590-5.
32. Blumenthal S. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Méd Norteamérica 1988;4:999-1035.
33. Cruzado L, Cáceres-Taco E, Calizaya JR. Apropósito de un Olfactory Reference Syndrome case. Actas Esp Psiquiatr 2012;40(4):234-8.
34. Wong Z, Öngür D, Cohen B, Ravichandran C, Noam G, Murphy B. Command hallucinations and clinical characteristics of suicidality in patients with psychotic spectrum disorders. Compr Psychiatry 2013;54(6):611-7.
35. Inchauspe Aróstegui JA, Valverde Eizaguirre MA (2017). El uso de antipsicóticos en la psicosis: alcance, limitaciones y alternativas. Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN. Cuadernos Técnicos, 18. Madrid. ISSN 2254-4046. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2017/04/Cuaderno-18-El-uso-de-antipsicoticos.pdf>
36. Tarrier N, Khan S, Cater JY, Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behavior. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;1:29-35.
37. Schmitz M, Batista J, Bittencourt P. Tentativa de suicidio por auto-envenenamiento: un estudio sobre 684 casos. Revista ABP-APAL 1992;14(2):63-66.
38. Ayuso Mateos JL. Magnitud e impacto epidemiológico y social de la conducta suicida. En Bobes García, J; Giner Ubago, J; Saiz Ruiz, J. Suicidio y psiquiatría. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela 2011:17-37.
39. Santurtún M, et al. ¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.001>

Misión

Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental tiene por objeto el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.

En el cumplimiento de sus objetivos la Corporación podrá:

- a) Promover, realizar y auspiciar todo tipo de eventos científicos, tales como: Congresos Científicos, Simposios, Conferencias, Mesas Redondas y Charlas.
- b) Promover y realizar estudios, investigaciones científicas y cursos de perfeccionamiento.
- c) Promover el intercambio científico entre las diversas disciplinas relacionadas con la Salud Mental.
- d) Promover el intercambio societario con otras corporaciones similares, nacionales o extranjeras.
- e) Editar y publicar revistas y todo tipo de escritos científicos.
- f) Crear y sostener Bibliotecas.
- g) En general, realizar todas aquellas acciones encaminadas al mejor logro de los fines propuestos.

“La salud mental es tarea de todos”