



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE SUICIDAL RISK FACTORS IN DELUSIONAL DISORDER**

Laura Santos García, M<sup>a</sup> Rosa López Urban, M<sup>a</sup> Soledad Olmeda García, Enrique de Portugal Fernández del Rivero.

[Laurasantos7692@gmail.com](mailto:Laurasantos7692@gmail.com)

Suicidio; depresión; Trastorno delirante, paranoia; Esquizofrenia paranoide  
Suicide; depression; delusional disorder, paranoia; paranoid schizophrenia

#### **RESUMEN**

El suicidio es una de las principales causas de muerte en la psicosis

Objetivos: 1) Examinar la presencia de antecedentes de intentos de suicidio y el riesgo suicida en el TD. 2) Identificar los factores clínicos y cognitivos que más predicen el riesgo de suicidio en el TD.

Métodos: Se evaluó el riesgo de suicidio en 86 pacientes diagnosticados de TD (criterios del DSM-IV SCID-I) mediante el ítem "riesgo de suicidio" de la "Mini International Neuropsychiatry Interview" (MINI). Todos los sujetos con TD se dividieron en dos grupos: "con riesgo de suicidio" y "sin riesgo de suicidio". Las variables potencialmente predictoras de riesgo de suicidio (sociodemográficas, de personalidad, psicopatológicas, cognitivas, de curso, evolución, funcionalidad y de tratamiento) se evaluaron mediante una amplia batería de instrumentos estandarizados. En el análisis se aplicaron técnicas univariantes.

Resultados: Un 20% de los sujetos con TD tenían antecedentes de intento autolítico y un 15% presentaron riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio se asoció de manera univariante con ser varón, antecedentes de intento autolítico, edad de inicio del trastorno temprana, comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos en general y de manera específica con los trastornos depresivos, mayor gravedad en la sintomatología depresiva y con la presencia de idea delirante erotomaniaca. Tras realizar una regresión logística, solo se asoció al riesgo de suicidio la sintomatología depresiva.

Conclusiones: El riesgo de suicidio en el TD es un fenómeno clínico relevante por su alta frecuencia, siendo la presencia de depresión uno de los factores los más implicados en ella.

## **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE**

### **INTRODUCCIÓN**

El suicidio es una de las principales causas de muerte en la población general, especialmente si se analiza en función de los grupos de edad, situándose a la cabeza en los grupos de menor edad<sup>1</sup>. Las cifras toman mayor peso cuando hablamos de población con un diagnóstico de esquizofrenia o trastornos relacionados, estableciéndose el riesgo de suicidio acumulado a lo largo de la vida en un 5%<sup>2,3</sup>, algo que contribuye de manera decisiva al acortamiento de la esperanza de vida en estos sujetos<sup>4</sup>. Varios estudios ponen de manifiesto que la ideación suicida y los intentos de suicidio suceden de manera más frecuente en personas con diagnóstico de esquizofrenia al compararlo con el resto de la población, habiéndose estimado la frecuencia de ideación suicida y de intento de suicidio en este subgrupo en un 50% y un 20-50% respectivamente<sup>5,6,7</sup>

A pesar de que se ha demostrado ampliamente la relación entre la ideación paranoide y el riesgo de suicidio<sup>8,9</sup>, la mayoría de los estudios se refieren a pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia. González-Rodríguez et al realizan la primera revisión bibliográfica que estudia el suicidio de manera específica en trastorno delirante, encontrando que la frecuencia de comportamiento suicida en estos pacientes se sitúa en un 8-21%<sup>10</sup>

Los datos recogidos en la literatura científica resaltan la importancia de la mortalidad asociada al suicidio en pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados. Por este motivo, surge el interés en analizar los posibles factores de riesgo que contribuyen a esta relación y que, además, pueden ser de gran ayuda a la hora de diseñar estrategias de prevención. Siguiendo esta tendencia, nos encontramos con numerosos artículos que tratan de iluminar la relación entre el suicidio y variables demográficas, clínicas y psicológicas en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia. Apenas encontramos estudios que se refieran al trastorno delirante de manera específica.

En 2005, Hawton et al<sup>11</sup>, publican un metaanálisis que reúne la información disponible hasta la fecha en cuanto a los factores de riesgo de suicidio en esquizofrenia. Los resultados ponen de manifiesto que el riesgo de suicidio tiene una mayor relación con síntomas afectivos o consumo de sustancias que con síntomas psicóticos, de hecho, las alucinaciones se relacionan con un menor riesgo. También establece otros factores que contribuyen al aumento del riesgo como antecedentes de intento de suicidio, pobre adherencia terapéutica o pérdidas vitales recientes. Destaca que, en pacientes con esquizofrenia, a diferencia de la población general, ni el estado civil ni el abuso o dependencia de alcohol parecen influir de manera significativa en el incremento del riesgo de suicidio.

En 2017, Cassidy et al<sup>12</sup>, amplían el estudio de los factores de riesgo y realizan un metaanálisis y metaregresión, diferenciando entre ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado.

## **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE**

Los factores de riesgo apenas varían entre los tres grupos y, muchos de ellos, coinciden con los arrojados en estudios anteriores, como historia personal de depresión, antecedentes de intentos de suicidio, pobre adherencia al tratamiento o antecedentes familiares de suicidio. Este artículo evidencia una diferencia a nivel de género, mientras ser hombre se relaciona con un aumento del riesgo de suicidio consumado, ser mujer predispone al aumento, en este caso, de intentos de suicidio. También resaltar que un mayor cociente intelectual y una edad más temprana están relacionados con un aumento de la incidencia de suicidio. Una diferencia con el artículo previo es que, en este caso, el consumo de alcohol si se perfila como un factor de riesgo a tener en cuenta tanto en el grupo de intentos de suicidio como en el de suicidio consumado.

En 2010, Hor K et al <sup>2</sup> realizan una revisión sistemática, que merece ser nombrada, acerca del suicidio y los factores de riesgo que contribuyen al mismo en esquizofrenia. Los factores de riesgo que obtuvieron una mayor fuerza de asociación fueron un mayor nivel educativo, ser varón y de menor edad, presencia de síntomas clínicos de depresión y síntomas psicóticos positivos (alucinaciones y delirios), antecedentes de intento de suicidio, conciencia de enfermedad y enfermedad física comórbida. Como en los ejemplos anteriores, antecedentes familiares de suicidio y trastorno por uso de sustancias concomitante también contribuyen al aumento del riesgo en estos pacientes. El único factor protector identificado fue la realización de un tratamiento adecuado.

Las publicaciones que analizan los factores de riesgo de suicidio en población con esquizofrenia han ido apareciendo de manera frecuente en la literatura científica en los últimos años. Las limitaciones aparecen cuando queremos orientar nuestra búsqueda de manera específica al trastorno delirante. En 2014 se publica la primera revisión sistemática de factores de riesgo en trastorno delirante, desafortunadamente la escasez de estudios orientados a este diagnóstico influye de manera negativa en la consistencia de los resultados. Las cifras de incidencia resultan muy parecidas a las que hemos mencionado para la esquizofrenia. No se ha hallado una relación clara entre el suicidio en trastorno delirante y factores sociodemográficos. Sin embargo, postula una mayor frecuencia de contenido delirante de tipo persecutorio y somático en los pacientes con ideación o intentos de suicidio <sup>10</sup>.

Como hemos mencionado previamente, existen un escaso número de artículos que analicen de manera específica la incidencia de ideación suicida y suicidio consumado en el trastorno delirante. Por este motivo, creemos importante evaluar la presencia de riesgo suicida y los factores de riesgo asociados de manera específica en el trastorno delirante y compararlo con la literatura existente, con el objetivo de poder identificar los sujetos de mayor riesgo y llevar a cabo un tratamiento más efectivo.

## **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE**

### **METODOS**

#### Muestra

Se seleccionó aleatoriamente una muestra de carácter transversal, formada por 106 individuos con diagnóstico de TD a partir de un registro informatizado de casos de cinco centros de salud mental (CSM) ambulatorios pertenecientes a Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental (SJD-SSM)<sup>7</sup>. SJDSSM es una institución de financiación estatal que presta asistencia psiquiátrica completa en centros ambulatorios y hospitalarios y que presta servicio a una población de 607.494 habitantes de un área bien definida del sur de Barcelona (España). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) estar diagnosticado de TD según el DSM-IV<sup>2</sup>; b) tener 18 años de edad o más; c) residir en el área de asistencia de los CSM participantes; d) haber acudido al CSM al menos en una ocasión durante los 6 meses previos; f) que el psiquiatra clínico referente aceptara que el paciente participe, y e) que el paciente también aceptara participar. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: a) no cumplir la confirmación diagnóstica de TD al aplicar el módulo de psicosis de la entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I)<sup>11, 12</sup> y b) diagnóstico de retraso mental. Seis pacientes rechazaron participar en el estudio, 8 no fueron incluidos porque sus psiquiatras clínicos no aceptaron que participaran y se excluyó a otros 6 por no cumplir la confirmación diagnóstica de TD mediante la aplicación del SCID-I (en 3 de ellos se observó finalmente que cumplían los criterios del DSM-IV para la esquizofrenia, en 1, los del trastorno esquizoafectivo; en 1, los de trastorno psicótico debido a enfermedad médica y en otro caso, los de trastorno psicótico debido a abuso de sustancias). Así pues, se completó la evaluación en 86 pacientes, que forman la muestra final de nuestro estudio. Se proporcionó a todos los pacientes una descripción completa del estudio, y se obtuvo su consentimiento informado por escrito para la participación después de una invitación mediante una carta de su psiquiatra. El estudio fue aprobado por el comité ético del SJDSSM

### **VARIABLES E INSTRUMENTOS**

— Diagnóstico del TD mediante la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I).

— La presencia o no presencia de riesgo autolítico de riesgo autolítico se basó en el ítem riesgo de suicidio de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para el DSM-IV.

— Comorbilidad psiquiátrica. La coexistencia de trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV se diagnosticó con la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para el DSM-IV<sup>13, 14, 15</sup>.

## PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE

- La personalidad se evaluó mediante la *Standardized Assessment of Personality (SAP)*. La SAP detecta la presencia y el tipo de trastorno de la personalidad mediante una entrevista semi-estructurada con un informante (familiar o amigo cercano). Las preguntas se adaptan a los criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastornos de la personalidad.
- El tipo de ideas delirantes y alucinaciones presentes en el último mes se evaluó mediante el Módulo B (síntomas psicóticos y asociados) del SCID-I. El TD se clasificó en siete subtipos según el DSM-IV (persecutorio, celotípico, somático, erotomaníaco, de grandiosidad, mixto y no especificado).
- La idea delirante, la ausencia de conciencia de enfermedad, la sintomatología positiva y la negativa se midió mediante la *Positive and Negative Symptom Scale* (dimensión positiva, negativa, excitatoria, cognitiva y depresiva).
- La evaluación neurocognitiva se realizó mediante una Batería Neuropsicológica diseñada para evaluar (i) CI premórbido (sub-escala vocabulario del *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III)*), (ii) Atención (sub-escalas número de respuestas correctas y media de tiempo de reacción golpeo del *Continuous Performance Test*, sub-escala Dígitos directos del WAIS-III, sub-escala tiempo para completar el *Trail Making Test Part A (TMT-A)*, sub-escalas número de elementos correctos del *Stroop 1 palabras y Stroop 2 colores*), (iii) Memoria verbal (sub-escalas total de aprendizaje, recuerdo libre a corto plazo, de recuerdo libre a largo plazo y discriminación del Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense), y (iv) Funciones Ejecutivas (sub-escalas número de errores perseverativos, número de errores y nivel conceptual respuestas del *Wisconsin Card Sorting Test*, sub-escala interferencia del *Stroop Test*, puntuación del TMT B-A y número de palabras en las FAS). Se calculó la media de T-score para cada dominio.
- Se evaluó con el Sheehan Disability Inventory (SDI) <sup>16, 17</sup> El SDI está formado por cinco ítems que se agrupan en las tres escalas siguientes: a) discapacidad, que incluye los primeros tres ítems y evalúa el grado en que los síntomas interfieren en tres dominios de la vida del paciente (trabajo, vida social y vida familiar); b) estrés percibido, que evalúa el grado en que los episodios estresantes y los problemas personales han deteriorado la vida del paciente, y c) apoyo social, que evalúa el apoyo que obtiene el paciente en comparación con el que necesita. Los primeros cuatro ítems se puntúan mediante una escala de Likert que va de 0 (ninguna en absoluto) a 10 (extrema). Los valores de 1 a 3 se consideran "leves", los de 4 a 6 se consideran "moderados" y los de 7 a 9 se consideran "intensos". El quinto ítem se puntúa con una escala porcentual, en la que el 100% significa que los pacientes reciben todo el apoyo que necesitan. Se obtienen tres puntuaciones, una para cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los tres ítems de la escala.

## **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE**

— Funcionalidad. El funcionamiento psicosocial general se evaluó con la escala Global Assessment of Functioning (GAF) <sup>18</sup>. La escala GAF está formada por un solo ítem de actividad general del paciente que se puntúa en una escala de 100 (actividad satisfactoria) a 1 (expectativa clara de muerte).

### **ESTADÍSTICA**

Todos los sujetos DD se dividieron en 2 grupos según la presencia o ausencia de riesgo autolítico. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos. La normalidad de los datos cuantitativos se verificó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las diferencias entre la presencia riesgo autolítico y las variables cuantitativas se midieron mediante pruebas de *t* para dos muestras independientes. Se aplicó el test de chi-cuadrado para explorar la asociación entre la presencia o ausencia de riesgo autolítico y las variables cualitativas y la prueba exacta de Fisher se utilizó en el caso de tablas de contingencia 2x2 con una frecuencia esperada inferior a 5. Para valorar la capacidad de predecir la presencia o ausencia de riesgo autolítico en función de variables sociodemográficas, la psicopatología, neuropsicología, el apoyo social y tratamiento, se realizó un análisis de regresión logística. Se incluyeron en el modelo de regresión logística las variables que se asociaron bivariadamente con la presencia o ausencia de riesgo autolítico con un nivel de confianza de 0,10. Los modelos construidos se validarán mediante pruebas Kolmogorov-Smirnovf para verificar que las variables incluidas discriminan adecuadamente los casos adherentes de los no adherentes, por el área bajo la curva de sensibilidad-especificidad COR y los análisis de residuos correspondientes

### **RESULTADOS**

La Tabla 1 recoge los datos de la relación entre el riesgo suicida y las variables cuantitativas. Se asociaron de manera univariante la edad al inicio de la enfermedad ( $p = .017$ ), los años de evolución ( $p = .021$ ), una mayor puntuación en la subescala DIM de depresión ( $p = .000$ ), mayor estrés percibido recogido mediante la escala SDI ( $p = .030$ ) y la presencia de antecedentes de intentos de suicidio ( $p = .002$ ).

Los resultados de la relación entre el riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de TD y las variables cualitativas analizadas se recogen en la Tabla 2. El grupo con riesgo de suicidio se asoció de manera univariante con la presencia de ideación delirante erotomaniaca ( $p = .027$ ), alucinaciones olfativas ( $p = .019$ ) y el trastorno depresivo comórbido ( $p = .001$ ).

## PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE

Cuando realizamos la regresión logística binaria por el método de Woolf encontramos que el riesgo de suicidio se asoció de manera significativa con la depresión ( $p = .002$ ), el delirio erotomaníaco ( $p = .006$ ), los años de evolución de la enfermedad ( $p = .044$ ) y los intentos de suicidio previos ( $p = .013$ ). Los resultados se muestran en la Tabla 3.

	Con riesgo de suicidio	Sin riesgo de suicidio	Valor	p
Edad	52,08 (13,68)	54,36 (14,59)	0,588	0,0603
WAIS	47,40 (8,94)	46,35 (7,6)	0,099	0,706
Años de estudio	6,8 (6,46)	7,35 (4,81)	0,906	0,740
Edad al inicio enfermedad	30,92 (9,90)	41,28 (14,50)	1,761	0,017
Años evolución	21,78 (14,56)	13,32 (11,42)	0,747	0,021
IgmgapicR	2,20 (0,40)	2,03 (0,08)	2,424	0,451
DIM negativa	1,47 (0,41)	1,31 (0,40)	0,069	0,184
DIM excitación	1,26 (0,29)	1,28 (0,38)	0,951	0,919
DIM cognitiva	1,53 (0,55)	1,45 (0,47)	1,951	0,558
DIM positivo	2,23 (0,72)	2,34 (0,92)	1,026	0,680
DIM depresión	2,00 (0,68)	1,44 (0,37)	3,698	0,000
GAF	61,92 (9,90)	64,25 (11,56)	0,257	0,498
SDI trabajo	6,15 (3,15)	5,13 (3,66)	2,669	0,350
SDI social	4,23 (2,77)	4,35 (3,04)	0,743	0,890
SDI familiar	5,07 (3,20)	4,08 (3,12)	0,016	0,295
SDI escala discapacidad	15,53 (7,10)	13,49 (7,97)	0,179	0,389
SDI estrés percibido	3,92 (2,90)	2,02 (2,85)	0,081	0,030
SDI apoyo social percibido	72,30 (31,39)	68,76 (33,99)	0,281	0,727
Respuesta a tratamiento antipsicótico	1,69 (0,63)	1,80 (0,90)	1,700	0,660
Cumplimiento tratamiento	1,53 (0,51)	1,60 (0,95)	4,125	0,814
Atención	42,22 (8,77)	41,79 (6,54)	0,929	0,860
Memoria y aprendizaje	48,81 (8,70)	43,33 (10,92)	0,206	0,155
Memoria de trabajo	42,28 (5,86)	41,17 (7,33)	0,218	0,663
Función ejecutiva	50,21 (5,02)	49,59 (5,63)	0,668	0,756
Nº acontecimientos adversos infan/adol	1,41 (1,08)	1,34 (1,26)	2,614	0,859

Tabla 1

## PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE

	Con riesgo suicida	Sin riesgo suicida	Valor	P
Hombre	8 (61,5%)	25 (34,2%)	3,476	0,073
Mujer	5 (38,5%)	48 (65,8%)		
Vive solo	1 (7,7%)	16 (21,9%)	1,408	0,449
Estado civil			0,335	0,726
Soltero	4 (30,8%)	17 (23,3%)		
Otro	9 (69,2%)	56 (76,7%)		
Experiencias adversas infancia/adolescencia	10 (76,9%)	44 (60,3%)	1,309	0,355
Presencia TP (SAP)	9 (69,2%)	45 (61,6%)	0,272	0,602
SAP cluster A	7 (53,8%)	35 (47,9%)	0,154	0,695
Cluster B	0	5 (6,8%)	0,945	1,00
Cluster C	10 (76,9%)	40 (54,8%)	2,220	0,136
Dificultad sensorial premórbida	7 (53,8%)	27 (37%)	1,312	0,252
Déficit auditivo premórbido	4 (30,8%)	12 (16,4%)	1,497	0,251
Abuso sustancias premórbido	5 (38,5%)	11 (15,1%)	3,988	0,060
Erotomanía	1 (7,7%)	3 (4,1%)	0,319	0,487
Grandiosidad	0	4 (5,5%)	0,747	1,00
Celotípico	2 (15,4%)	17 (23,3%)	0,400	0,724
Persecutorio	7 (53,8%)	44 (60,3%)	0,189	0,664
Somático	1 (7,7%)	2 (2,7%)	0,804	0,392
Mixto	2 (15,4%)	3 (4,1%)	0,562	0,162
SCID				
B1 (ideas delirantes de referencia)	11 (85,6%)	54 (74%)	0,677	0,507
B2 (ideas delirantes de persecución)	11 (84,6%)	60 (82,2%)	0,045	1,00
B3 (ideas delirantes de grandiosidad)	0	6 (8,2%)	1,149	0,585
B4 (ideas delirantes somáticas)	1 (7,7%)	9 (12,3%)	0,231	1,00
B5 (otras ideas delirantes)	7 (53,8%)	26 (35,6%)	1,551	0,232
B6 (ideas delirantes celotípicas)	5 (38,5%)	22 (30,1%)	0,355	0,535
B5B (ideas delirantes erotomaniacas)	4 (30,8%)	5 (6,8%)	6,738	0,027
Alucinaciones auditivas	2 (15,4%)	11 (15,1%)	0,001	0,977
Alucinaciones visuales	1 (7,7%)	6 (8,2%)	0,004	0,949
Alucinaciones cenestésicas	2 (15,4%)	16 (21,9%)	0,285	0,594
Alucinaciones gustativas	1 (7,7%)	3 (4,1%)	0,319	0,572
Alucinaciones olfativas	5 (38,5%)	9 (12,3%)	5,529	0,019
Eje I	12 (92,3%)	28 (38,4%)	12,911	0,000
Trastorno depresivo	10 (76,9%)	18 (24,7%)	13,728	0,001

Tabla 2



## PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Comorbilidad depresión	3,278	1,081	9,197	1	0,002	26,527
Delirio erotomaníaco	3,407	1,234	7,617	1	0,006	30,171
Años de evolución	0,068	0,034	4,045	1	0,044	1,07
Intentos de suicidio previos	1,077	0,434	6,157	1	0,013	2,935
Constante	-5,805	1,412	16,895	1	0	0,003

Tabla 3

### DISCUSIÓN

El riesgo de suicidio en el TD es un fenómeno relevante por su alta frecuencia, encontrándonos que un 20% de los sujetos con TD presentan antecedentes de intento autolítico. Este dato coincide con las cifras que manejan otros autores en cuanto a la frecuencia de intento autolítico en sujetos con TD o con otros trastornos psicóticos como esquizofrenia, donde veíamos que oscilaban alrededor del 20% <sup>5, 6, 7, 10</sup>.

En el conjunto de características sociodemográficas, una vez más aparece el género masculino como un factor de riesgo, algo que ya se ha discutido ampliamente en otras publicaciones. La diferencia a nivel de género se ha estudiado desde diferentes perspectivas, postulándose que ser varón aumenta el riesgo de suicidio consumado y ser mujer el riesgo de intento de suicidio <sup>20</sup>. Sin embargo, hay otros estudios <sup>3, 10, 19</sup> que consideran que ser varón supone un mayor riesgo no solo para el suicidio, si no también para los intentos de suicidio, tal y como muestran nuestros resultados.

El diagnóstico de psicosis a una edad más temprana, en este caso de TD, supone un aumento del riesgo suicida. Es una relación que ya ha sido establecida de manera firme con anterioridad, y que, una vez más, recogemos en los resultados de este estudio <sup>3, 20</sup>. Sin embargo, nos encontramos con algunos artículos que ofrecen algunas discrepancias, argumentando que hay una tendencia a realizar estudios a corto plazo en pacientes de menor edad, lo que influye por tanto en los resultados <sup>3</sup>.

Uno de los principales factores de riesgo que se ha establecido, tanto en la población general como en sujetos con diagnóstico de trastorno psicótico, es tener antecedentes de intentos autolíticos previos, existiendo unanimidad entre los diferentes autores.

## **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE**

De nuevo, esto también se encuentra en nuestros resultados. Por lo tanto, creemos que es imprescindible indagar más en este aspecto cuando realizamos la anamnesis de un paciente delirante para estimar su riesgo suicida <sup>3, 9, 19, 20</sup>.

De manera muy parecida, el trastorno afectivo comórbido supone uno de los principales factores de riesgo de suicidio en la población en general. En nuestro trabajo, la presencia de sintomatología depresiva y su nivel de gravedad aparece como uno de los factores más implicados en el aumento del riesgo de suicidio en pacientes con TD, coincidiendo con otros estudios realizados en este subgrupo de manera específica <sup>10</sup>. La aparición de síntomas clínicos de depresión en sujetos que han sido diagnosticados de trastorno psicótico se ha considerado uno de los aspectos a tener en cuenta más importantes cuando tratamos de evaluar el riesgo de suicidio, tal y como muestran numerosas publicaciones anteriores que resaltan esta asociación e incluso subrayan un mayor tamaño de efecto comparado con otros factores de riesgo <sup>3, 8, 9, 19, 20</sup>.

Un aspecto que ha sido sometido a debate, y en el que los diferentes autores no parecen ponerse de acuerdo, es lo concerniente a los síntomas psicóticos positivos. En este estudio, el riesgo se vio aumentado en aquellos pacientes que reportaban ideación delirante, concretamente, de tipo erotomaniaco. En cambio, González-Rodríguez et al relacionan un mayor riesgo de suicidio cuando los delirios son de contenido persecutorio y somático. Uno de los problemas a la hora de analizar el impacto de los síntomas psicóticos en el riesgo de suicidio es la utilización de diferentes medios para la clasificación y medición de los mismos. Aunque el método más compartido es la aplicación de la PANSS, no existe una homogeneidad que facilite la interpretación de los resultados. En este sentido, encontramos publicaciones que consideran los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) como un factor de riesgo <sup>3, 9, 10, 12</sup> y otras que establecen que las alucinaciones comportan un menor riesgo <sup>19</sup>.

En lo que respecta a otros factores de riesgo como el cociente intelectual, el consumo de alcohol y otras drogas, el número de ingresos previos o la adherencia al tratamiento, a pesar de que han sido incluidos en nuestro estudio, no hemos obtenido resultados con suficiente nivel de significación, aunque esto no es concluyente teniendo en cuenta el bajo número de casos de nuestra muestra.

Poder identificar y evaluar los factores de riesgo que contribuyen al aumento del riesgo de suicidio en grupos de población con una incidencia notablemente mayor que en el resto, resulta imprescindible para diseñar estrategias de prevención y tratamiento más ajustados a personas con un diagnóstico de TD o relacionado. Teniendo en cuenta nuestros resultados, que coinciden de manera casi unánime con lo que han aportado previamente otros autores, explorar de manera sistemática antecedentes de intentos autolíticos y, fundamentalmente, presencia de síntomas afectivos, de cara a aplicar intervenciones

## **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE**

específicas de tratamiento, podría ser beneficioso para prevenir el suicidio de estos pacientes.

Destacar que apenas se han realizado estudios con este objetivo en pacientes con TD de manera específica, lo cual podría estar en relación a la dificultad que supone reunir una muestra con un tamaño adecuado y poder seguirla durante un tiempo suficientemente largo como para poder diferenciar aquellos con riesgo de suicidio de los que no lo presentan. Es por esto que en nuestro estudio pese a contar con una N de 86, solo 13 fueron clasificados en el grupo de riesgo de suicidio, lo que resulta una muestra insuficiente como para obtener resultados concluyentes y debe completarse con poblaciones más amplias.

Este es un problema que afecta a todos los estudios sobre factores de riesgo en suicidio debido a que pese a ser un problema de salud de primera línea, su prevalencia es baja como para obtener muestras elevadas y significativas, por eso se entiende que esta dificultad se acentúa aún más cuando intentamos diferenciar pacientes por diagnóstico.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, Minino AM, Kung H-C. National vital statistics reports deaths: final data for 2009. Natl Cent Stat. 2012; 60: 1-117.
2. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. J psychopharmacol. 2010; 24: 81-90.
3. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 247-253.
4. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2005; 2: e141
5. J. Kasckow, L Montross, L Prunty, L Fox and S Zisook, "Suicidal behavior in the older patient with schizophrenia", Aging Health, vol 7, no 3, pp 379-393, 2011.
6. L P Montross, J Kasckow, S Golshan, E Solorzano, D Lehman and S Zisook "Suicidal ideation and suicide attempts among middle-aged and older patients with schizophrenia spectrum disorders and concurrent subsyndromal depression", Journal of Nervous and Mental Disease, vol 196, no 12, pp 884-890, 2008.
7. J M Harkavy-Friedman, K Restifo, D Malaspina et al. "Suicidal behavior in schizophrenia\_ characteristics of individuals who had and had not attempted suicide", American Journal of Psychiatry, vol 156, no 8, pp 1276-1278, 1999.
8. Fialko L, Freeman D, Bebbington PE, Kuipers E, Garety PA, Dunn G, et al. Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the psychological prevention of relapse in Psychosis (PRP) trial. Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 177-86.

## **PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE**

9. Freeman D, MCManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol Med* 2011; 41: 923-36.
10. A Gonzalez-Rodríguez, O Molina-Andreu, V Navarro Odriozola, C Gastó Ferrer, R Penadés, R Catalán. Suicidal ideation and suicidal behaviour in delusional disorder: a clinical overview. *Psychiatry Journal*. 2014
11. User's guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). American Psychiatric Publishing; 1997
12. 29 Instrumentalización de las ideas en investigación: Curso de doctorado en psiquiatría: Departamento de Medicina; Facultad de Medicina. Valencia; 199
13. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997;12:232-41
14. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-3, 34-57
15. Validez del MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en tres centros de AP en España. *Psiquiatría Biológica*. 1997;4:79
16. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996;11:89-95
17. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Disertas Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:530-8
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIIIR). Washington (DC): American Psychiatric Association; 1987
19. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br Psychiatry*. 2005; 187: 9-20.
20. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr Bull*. 2018; 44: 787-797.