



RIESGO Y PREDICTORES DE SUICIDIO EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 5 AÑOS DE PACIENTES DE UN ÁREA ASISTENCIAL DE ALAVA

Ana María González-Pinto Arrillaga; Patricia Vega Pérez; Sara Barbeito Resa.

PATRICIA.VEGAPEREZ@osakidetza.net

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. El suicidio es una complicación del curso evolutivo de la psicosis, se relaciona con la peor evolución de la enfermedad. A pesar de existir diferentes programas para el tratamiento temprano de estos pacientes, algunos intentos realizados para disminuir las tasas de suicidio no han sido eficaces (Nordentoft y cols., 2002).

OBJETIVO. Explorar las características clínicas y demográficas basales asociadas a la conducta suicida en pacientes con un primer episodio psicótico (PEP) durante un seguimiento de 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se evaluaron 112 pacientes que ingresaron por PEP de manera consecutiva en el servicio de psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol, grupo del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Como conducta suicida incluimos intentos de suicidio y suicidio consumado. El 8% de los pacientes habían intentado suicidarse antes del PEP (González-Pinto y cols., 2007), siendo la tasa ligeramente inferior a la encontrada en países nórdicos (Nordentoft y cols., 2007). Durante 5 años los pacientes fueron anualmente evaluados con el siguiente protocolo: SCID I (DSM IV), PANNS, YMRS, HDRS-21, consumo de tóxicos, conducta suicida, tratamiento psicofarmacológico. Se recogió información de familiares, personal, e historias clínicas. Examinamos la relación entre la conducta suicida y la sintomatología clínica basal (jícadrado de Pearson y T de Student para muestras independientes, variables significativas: modelo de regresión logística).

RESULTADOS. Hubo intentos de suicidio todos los años, y aunque los intentos previos fueron un factor de riesgo para realizar un nuevo intento, muchos pacientes sin antecedentes intentaron suicidarse. Dos fallecieron por suicidio. La tasa de intentos de suicidio fue de 2.89%/año, y la de muerte por suicidio fue de 0.48%/año. Entre los factores que predijeron el riesgo de suicidio encontramos en orden de importancia el consumo de sustancias estimulantes (sobre todo anfetaminas y cocaína) (OR de 8.03) y los síntomas depresivos (OR 1.58). La edad de comienzo temprana mostró significación en los análisis bivariados. La asociación del suicidio con los síntomas depresivos ya había sido señalada previamente (Nordentoft et al., 2002) sin embargo el consumo de estimulantes tiene una importancia fundamental en los intentos de suicidio de nuestro medio.

CONCLUSIONES. Las tasas de suicidio consumado fueron muy superiores a las descritas en España en población general (0.008%/año). La intervención sobre el consumo de drogas podría ser una buena estrategia para disminuir el riesgo de suicidio en las psicosis de inicio, debe considerarse a la hora de diseñar tratamientos para estos pacientes.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la consecuencia más grave de los trastornos psicóticos. Puesto que es una causa relativamente frecuente de muerte prematura en los pacientes psicóticos, resulta crucial examinar los factores predictivos de la conducta suicida en este grupo.

Los estudios prospectivos han identificado como factores predictivos de la conducta suicida más significativos la historia de intentos de suicidio previos a la primera hospitalización (Verdoux et al., 2001; Nordentoft et al., 2002), el alta reciente del hospital (Rossau y Mortensen, 1997; Quin y Nordentoft, 2005) y el primer episodio de la enfermedad (Siris, 2001, Baldessarini y Tondo, 2003). Entre los factores predictores clínicos, los síntomas depresivos, el abuso de sustancias y la dependencia, son los síntomas psiquiátricos más fuertemente asociados con el suicidio en la esquizofrenia 7,8 y otras psicosis (Baldessarini y Tondo, 2003; Gray y Otto, 2001; López et al., 2001; Hawton et al., 2005; Guy-Fayand et al., 2001). Por otra parte, el riesgo de comportamiento suicida puede cambiar a medida que evoluciona la enfermedad. Los jóvenes con psicosis tempranas se encuentran en alto riesgo de suicidio (Nordentoft et al., 2002; Rossau y Mortensen, 1997; Power et al., 2003; Nordentoft et al., 2004) y el riesgo de suicidio parece ser mayor durante el primer año del trastorno psicótico¹. Además, se ha observado que la conducta suicida se incrementa en un 11% a partir de los 2 años posteriores al primer episodio, en un 23% a los 4 años, y al 25% a los 10 años (Jarbin y Von Knorring, 2004).

Sin embargo, existen datos contradictorios acerca del seguimiento de la conducta suicida en primeros episodios psicóticos. Existe una asociación entre el suicidio y la historia de intentos de suicidio previos a la primera hospitalización, la duración del primer ingreso, el abuso de sustancias, y el número de reingresos posteriores (Verdoux et al., 2001). Asimismo, los síntomas depresivos en el primer episodio, son factores predictores de suicidio en el primer año, e incluso a los diez años de seguimiento (Jarbin y Von Knorring, 2004). Sin embargo, otros estudios no han encontrado esta asociación (Addington et al., 2004). En cuanto al papel de los síntomas psicóticos positivos en la predicción del suicidio también se han encontrado resultados contradictorios en los estudios de seguimiento 1 y 2 años (Verdoux et al., 2001; Nordentoft et al., 2002).

Por lo tanto, todavía no se han encontrado variables específicas de predicción temprana del riesgo de suicidio en pacientes con primeros episodios psicóticos.

RIESGO Y PREDICTORES DE SUICIDIO EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 5 AÑOS DE PACIENTES DE UN ÁREA ASISTENCIAL DE ALAVA

El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y demográficas basales asociadas a la conducta suicida en pacientes con un primer episodio psicótico (PEP) durante un seguimiento de 5 años.

MÉTODO

Sujetos

El estudio fue llevado a cabo con 112 pacientes ingresados entre Febrero de 1997 y Enero de 1999 en el Hospital Santiago Apóstol por presentar un primer episodio psicótico. Los pacientes fueron incluidos en el estudio después de dar el consentimiento informado para participar. Los sujetos tenían edades comprendidas entre los 15 y los 65 años y cumplían los criterios del DSM-IV para los siguientes trastornos: trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, psicosis atípica, trastorno bipolar tipo I y II, o trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos. Los sujetos diagnosticados con trastorno bipolar I o II, trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, fueron considerados como "pacientes con psicosis afectivas, mientras que el resto de diagnósticos fueron considerados "psicosis no afectivas". Los sujetos con retraso mental, trastornos orgánicos cerebrales o abuso de drogas como diagnósticos primarios fueron excluidos del estudio.

Instrumentos de evaluación

Los pacientes fueron diagnosticados de acuerdo a los criterios del DSMIV mediante la Entrevista Clínica Estructurada, SCID-I (Spitzer et al., 1996) y fueron evaluados con un protocolo que incluye la Escala para Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) y la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS-21) (Hamilton, 1960). Otras variables clínicas y demográficas fueron también recogidas, como la historia de intentos de suicidio, el sexo, la edad, la comorbilidad con abuso de alcohol y otras drogas y el tratamiento farmacológico. La información adicional de familiares, personal clínico, e historias clínicas fue incorporada al protocolo de evaluación. Todos los pacientes fueron evaluados con este protocolo en la visita basal, al año y a los 5 años de seguimiento.

RIESGO Y PREDICTORES DE SUICIDIO EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 5 AÑOS DE PACIENTES DE UN ÁREA ASISTENCIAL DE ALAVA

Análisis estadísticos

Los pacientes con y sin conducta suicida fueron comparados con modelos univariados (prueba U de Mann-Whitney y prueba t-test para dos muestras independientes) y tablas de contingencia (ji-

cuadrado). Empleamos un análisis de regresión logística para evaluar la independencia y significación de la asociación entre los factores clínicos y sociodemográficos y la conducta suicida.

RESULTADOS

37 (33%) de los pacientes fueron psicosis afectivas y 75 (867%) no afectivas. La media de edad fue de 28.86 años ($x=10.27$). La muestra estaba compuesta por 37 mujeres y 75 hombres.

Los pacientes fueron tratados después del primer episodio con antipsicóticos atípicos (62%-71%), con antipsicóticos típicos (7%-11%), o con estabilizadores del humor ya sea en monoterapia o en combinación con antipsicóticos atípicos (24%-28%) o no recibieron ningún tratamiento (0%-2%).

De la muestra inicial (112 pacientes) el seguimiento a cinco años fue llevado a cabo con 83 (74%) de los pacientes.

Nueve de los pacientes (8% de la muestra inicial) tenían una historia de intentos de suicidio en el momento del ingreso. Durante el seguimiento, 12 pacientes (14,5%) tuvo comportamiento suicida, pero sólo 2 había tenido intentos de suicidio previos.

Hubo intentos de suicidio durante todos los años de seguimiento. Siete pacientes intentaron suicidarse durante el quinto año de seguimiento, 4 realizaron 2 intentos de suicidio y uno 3 intentos. Dos pacientes se suicidaron durante el cuarto y el quinto año de seguimiento. La tasa de intentos de suicidio durante los 5 años de seguimiento fue de 2,89%/año y el porcentaje de suicidios consumados de 0,48%/año.

Las variables asociadas con el suicidio fueron el abuso de drogas estimulantes (cocaína y anfetamina), la edad de inicio joven, así como los síntomas depresivos evaluados según criterios del DSM-IV. No se encontró ninguna asociación entre la historia de intentos de suicidio, los síntomas depresivos evaluados con la HAM-D-21 o la sintomatología psicótica positiva, negativa o general, evaluadas con la PANSS y el suicidio (Tabla 1).

RIESGO Y PREDICTORES DE SUICIDIO EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 5 AÑOS DE PACIENTES DE UN ÁREA ASISTENCIAL DE ALAVA

Tabla 1. Variables estudiadas en 5 años de seguimiento en pacientes hospitalizados con primeros episodios psicóticos

Variables	No Suicidas (N=71) Media±DT	Suicidas (N=12) Media±DT	p
Edad de inicio de la enfermedad	29.7± 10.9	23.8 ± 5.3	<.01
Síntomas depresivos	1.6 ± 1.8	2.8 ± 2.6	.07
Puntuación PANSS			
Positiva	24.65 ± 6.35	23.42 ± 7.56	.55
Negativa	19.07 ± 9.96	18.58 ± 9.66	.88
General	41.72 ± 11.02	42.67 ± 9.86	.78
Total	85.44 ± 20.53	84.67 ± 21.89	.91
Puntuación Hamilton-21	17.93 ± 7.98	18.42 ± 8.68	.85
	% (N)	% (N)	
Diagnóstico no afectivo	63.4 (45)	75.0 (9)	.53
Varones	66.2 (47)	75.0 (9)	.74
Hª intentos suicidio	9.9 (7)	16.7 (2)	.61
Abuso tabaco	80.3 (57)	75.0 (9)	.70
Abuso alcohol	56.3 (40)	58.3 (7)	1.00
Abuso cannabis	46.5 (33)	50.0 (6)	1.00
Abuso estimulantes (cocaína y anfetamina)	25.4 (18)	58.3 (7)	.037

Por último, los factores que predijeron el riesgo de suicidio fueron el abuso de sustancias estimulantes (anfetaminas y cocaína) y los síntomas depresivos.

DISCUSIÓN

Las altas tasas de comportamiento suicida tuvieron lugar tras los primeros años posteriores al primer episodio psicótico. Alrededor del 14,5% de los pacientes mostraron conductas suicidas durante los 5 años de seguimiento

y la tasa de intentos de suicidio se mantuvo estable a lo largo del período de seguimiento. Sin embargo, la gravedad de los intentos de suicidio se incrementó durante los últimos años del estudio.

RIESGO Y PREDICTORES DE SUICIDIO EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 5 AÑOS DE PACIENTES DE UN ÁREA ASISTENCIAL DE ALAVA

Por otra parte, las tasas de intentos de suicidio (2,89%/año) y de suicidio consumado (0,48%/año) fueron superiores a las de la población general española (0,008%/año) (World Health Organization. International Suicide Statistics, 2004) e internacional (0,015%/año) (World Health Organization. International Suicide Statistics, 2004; Tondo, Isacson y Baldessarini, 2003). Asimismo, la tasa de intentos de suicidio previos es relativamente baja en comparación con otros estudios de primeros episodios (Cohen et al., 1994; Verdoux et al., 2001; Addington et al., 2004). No obstante, hay que tener en cuenta las diferencias culturales existentes en las tasas de suicidio. España tiene la tasa más baja de intentos de suicidio de todos los países europeos, (Schmidtke et al., 1996). Asimismo, las características culturales pueden cambiar las tasas de intentos de suicidio (López et al., 2001; Oquendo et al., 2005).

Se ha observado que las drogas estimulantes (cocaína y anfetamina) son factores predictores del riesgo de suicidio. La comorbilidad con abuso de sustancias es una condición especialmente importante en la predicción del riesgo de suicidio durante los primeros años posteriores al primer episodio psicótico. Este hallazgo puede tener implicaciones clínicas importantes, tanto en muestras clínicas como en la población general. Los programas preventivos son necesarios especialmente para los jóvenes, que cada vez abusan más de las drogas estimulantes (Clatts, Goldsamt y Yi, 2005).

La sintomatología depresiva también es un factor predictivo del suicidio. Otros estudios también han encontrado una relación entre el suicidio y los síntomas depresivos (Nordentoft et al., 2002; Jarbin y Von Knorring, 2004; Vieta et al., 2001; Nordentoft et al., 2005).

En nuestro estudio no se encontraron asociaciones entre los suicidas sobre el seguimiento y la sintomatología psicótica de referencia.

El papel de los síntomas psicóticos en la predicción de la conducta suicida ha sido ampliamente estudiado; sin embargo, los resultados son contradictorios. Algunos autores sostienen que la presencia y severidad de los síntomas psicóticos predicen el riesgo de suicidio (Verdoux et al., 2001; Pillmann et al., 2003), mientras que otros autores no han encontrado esta asociación (Schwartz y Smith, 2004; Vieta et al., 1997).

Finalmente, mientras que en algunos estudios se ha encontrado que el sexo masculino está asociado con un mayor alto riesgo de suicidio (Rossau y Mortensen, 1997; De Hert, McKenzie y Peukens, 2001), en este estudio no hemos encontrado esta asociación.

RIESGO Y PREDICTORES DE SUICIDIO EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 5 AÑOS DE PACIENTES DE UN ÁREA ASISTENCIAL DE ALAVA

En conclusión, los síntomas depresivos durante el inicio del primer episodio psicótico se asocian claramente con un mayor riesgo de suicidio a lo largo del curso de la enfermedad. La comorbilidad con el abuso de estimulantes (cocaína y anfetamina) en el momento basal fue un factor predictor importante para el riesgo de suicidio durante los primeros años de las psicosis afectivas y no afectivas. Teniendo en cuenta que los síntomas depresivos y el abuso de estimulantes son factores de riesgo para los intentos de suicidio y el suicidio consumado, es uno de los principales retos clínicos en el cuidado de los pacientes con psicosis.