

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES CON  
ANTECEDENTE PSICÓTICO**

ANGIE CAROLINA GÓNGORA SALGADO  
ANGELICA GONZALEZ PATIÑO

UNIVERSIDAD CES Y UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA

AGOSTO DE 2011

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES CON  
ANTECEDENTE PSICÓTICO**

ANGIE CAROLINA GÓNGORA SALGADO  
Microbióloga

ANGELICA GONZALEZ PATIÑO  
Médica Cirujana

DIRECTOR  
MILCIADES IBAÑEZ PINILLA  
Magister en Epidemiología

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro profesor, Milciades Ibañez Pinilla por su tiempo, asesoría, colaboración, paciencia y sus enseñanzas.

A nuestras familias por su apoyo.

A la Clínica psiquiátrica La paz y todos los que participaron en la recolección de la Información, asesoría, conocimiento para la realización de este estudio.

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I. INTRODUCCION	
a. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
b. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
II. ANTECEDENTES	
a. MARCO TEÓRICO.....	12
III. MARCO CONCEPTUAL .....	22
IV. OBJETIVOS .....	24
V. HIPOTESIS .....	25
VI. METODOLOGIA	
a. TIPO DE ESTUDIO.....	26
b. POBLACION DE ESTUDIO .....	26
c. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	26
d. MUESTRA.....	27
i. DISEÑO DE LA MUESTRA .....	27
ii. MARCO MUESTRAL .....	27
iii. PRECISION DE LA MUESTRA.....	27
e. VARIABLES DEL ESTUDIO .....	28
f. DISEÑO Y PRUEBA DE INSTRUMENTOS.....	29
g. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION Y SISTEMATIZACION DE LA INFORMACIÓN.....	30
h. VALIDEZ: SESGO Y VARIABLES DE CONFUSIÓN ..	31
i. ANALISIS ESTADISTICO .....	31
j. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	32
VII. RESULTADOS	
a. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS .....	34
b. PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA .....	35
c. FACTORES ASOCIADOS .....	36
d. INTENTO SUICIDA EN EL ULTIMO AÑO .....	39
e. INTENTO SUICIDA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS .....	41
f. ANALISIS MULTIVARIADO .....	44
VIII. DISCUSION Y CONCLUSIONES	
a. DISCUSIÓN .....	46
b. CONCLUSIONES .....	53
c. RECOMENDACIONES.....	53

IX. BIBLIOGRAFÍA..... 55

## **ANEXOS**

Anexo 1: Cuestionario de factores de riesgo prevenibles asociados a hospitalización en pacientes psicóticos .....	58
Anexo 2: Cuestionario de evaluación de la prueba piloto .....	59
Anexo 3. Consentimiento informado .....	67
Anexo 4: Definición y operacionalización de variables.....	69

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Asociación de factores socio-demográficos con el intento suicida en pacientes psicóticos.....	36
Tabla 2. Asociación de factores de consumo con el intento suicida en pacientes psicóticos.....	37
Tabla 3. Asociación de adherencia al tratamiento con el intento suicida en pacientes psicóticos.....	37
Tabla 4. Asociación de enfermedad psiquiátrica con el intento suicida en pacientes con psicótico.....	38
Tabla 5. Asociación de cumplimiento de citas y hospitalizaciones con intento suicida en pacientes psicóticos .....	38
Tabla 6. Asociación de factores socio-demográficos con el intento suicida en el último año en pacientes psicóticos.....	39
Tabla 7. Asociación de factores de consumo con el intento suicida en el último año en paciente psicóticos .....	40
Tabla 8. Asociación de adherencia al tratamiento con el intento suicida en el último año en paciente psicótico.....	40
Tabla 9. Asociación de enfermedad psiquiátrica con el intento suicida en el último año en pacientes psicóticos .....	41
Tabla 10. Asociación de cumplimiento de citas y hospitalizaciones con intento suicida en el último año en pacientes psicóticos .....	41
Tabla 11. Asociación de factores socio-demográficos con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.....	42
Tabla 12. Asociación de factores de consumo con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos .....	42
Tabla 13. Asociación de adherencia al tratamiento con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.....	43
Tabla 14. Asociación de enfermedad psiquiátrica con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos .....	43
Tabla 15. Asociación de cumplimiento de citas y hospitalizaciones con intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.....	47
Tabla 16. Modelo de regresión logística para intento de suicidio del paciente psicótico .....	47
Tabla 17, Modelo de regresión logística para intento suicida en el último año del paciente psicótico .....	48
Tabla 18. Definición de Variables.....	69

## RESUMEN

El suicidio es un problema de salud resultando 1'000.000 de muertes anuales, siendo mayores en pacientes con enfermedades psiquiátricas, lo cual genera costos en atención llegando hasta 46,024 USD anuales.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados al intento suicida en pacientes con antecedente psicótico.

Métodos: Estudio de corte transversal, 226 pacientes de consulta externa en la Clínica La Paz, Bogotá; entre 2008-2009. Información recolectada por entrevista directa con el paciente/cuidador mediante cuestionario que evaluó factores demográficos, consumo, adherencia, clínicos y atención.

Resultados: La distribución por género fue similar, promedio de edad de  $41,11 \pm 12,5$  años y mediana de 41 años. Prevalencia del 26% de intento suicida. Diagnóstico más frecuente: esquizofrenia (53.5%). La mayoría de los pacientes vivía con sus familiares (91,2%). Factores asociados al aumento de la probabilidad de intento suicida fueron: género femenino (OR = 1,77; IC 0,919-3,422), ingesta de alcohol (OR = 2,43; IC 95: 1,07-5,51) y tener hospitalización previa con duración menor a 10 días (OR = 2,065; IC 95: 1,086-3,928). Los factores asociados con menor probabilidad de intento suicida en el último año fueron los relacionados con adherencia. Mientras que el alcohol se determinó como un factor asociado que aumentó la probabilidad de intento suicida en los últimos 5 años (OR = 1,68 IC 95: 1,17-22,17).

Conclusiones: Ser de género femenino, ingerir alcohol y haber tenido hospitalización previa menor a 10 días son factores asociados a mayor probabilidad de intento suicida. La adherencia al tratamiento es un factor asociado con menor probabilidad del dicho desenlace.

Palabras clave: Psicosis, Intento suicida, prevalencia

## **ABSTRACT**

Suicide is a health issue resulting in 1'000.000 deaths/year, being more frequent in patients with psychiatric illnesses, generating high costs in medical attention of approximately 46,024 USD per year.

**Objective:** Determine the prevalence and the factors associated with suicide attempts in patients with history of psychosis.

**Methods:** Cross sectional study of 226 outpatients attending La Paz clinic in Bogotá between 2008-2009. The information was collected through direct interview with the patient or person responsible of patient's care. The interview assessed demographic factors, substance abuse, clinical aspects of the current disease and access to medical care.

**Results:** The gender distribution was similar, with a mean age of  $41,11 \pm 12,5$  years. The prevalence of suicide attempt was 26%. The most frequent diagnosis was schizophrenia (53,5%), most of the patients lived with their families (91,2%). Within the factors that increased the probability of suicide attempts, we found female gender (OR = 1,77; CI 0,919-3,422), alcohol use (OR = 2,43; IC 1,07-5,51) and previous hospitalizations with length of stay less than 10 days (OR = 2,065; CI 95: 1,086-3,928). While factors associated with less probability of suicide attempts within the last year were the ones related with adherence to treatment. Alcohol was a factor associated with an increase of probability of suicide attempts in the last 5 years (OR = 1,68 CI 1,17-22,17).

**Conclusions:** Female gender, alcohol use and previous hospitalization with length of stay less than 10 days were factors associated with higher probability of suicide attempts, while adherence to treatment was associated with less probability.

**Keywords:** Psychosis, suicide attempts, prevalence

## **I. INTRODUCCION**

### **A. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

El suicidio es un problema de salud grave pero prevenible que causa casi la mitad de las muertes violentas, resultando en un millón de muertes anuales, se calcula que podría aumentar a 1.5 millones de muertes para el 2020. (1). Hay una relación compleja entre el suicidio y las enfermedades mentales debido a factores biológicos, psicológicos y sociales. Las tasas de suicidio son más altas en pacientes psiquiátricos que en la población general (2), que de igual forma incurre en altos costos en salud con reportes incluso de hasta 46,024 USD en promedio anual en pacientes con intento suicida (3).

Se considera que del 20 al 30%, de los pacientes psicóticos que cometen suicidio han tenido intentos suicidas previos (4). Más específicamente, se ha determinado que del 10 al 13% de individuos con esquizofrenia cometen suicidio y del 20 al 40% presentan intentos suicidas. (5). Cifras similares se han mencionado en pacientes con esquizofrenia con valores de 18 a 55 % a lo largo de la vida. (6). Algunos estudios mencionan un riesgo de intento suicida de alrededor del 50% a lo largo de la vida en pacientes con esquizofrenia y 9 al 13% de riesgo para suicidio consumado. (7).

Los intentos suicidas que frecuentemente terminan en muerte por suicidio posterior, son comunes entre pacientes con esquizofrenia; alrededor de 20 – 40% de estos pacientes llevan a cabo intentos suicidas (8), representando altos costos para los sistemas de salud y alta demanda de servicios.

Determinar los factores de tipo personal, familiar, relacionados con el tratamiento y con la utilización de los servicios de salud asociados con el intento suicida en los pacientes psicóticos podrá ayudar a los profesionales de la salud implicados en el tratamiento, a prevenir los factores que sean modificables e intervenir para

disminuir el número de intentos suicidas. De esta forma las instituciones que tratan estos pacientes podrán disminuir costos y utilización de recursos, así mismo generar planes de prevención que contribuyan al manejo de dichos pacientes.

## **B. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de intento suicida y los factores asociados de tipo personal, familiar y social, y de la utilización de los servicios que se encuentran asociados a intento suicida en pacientes con antecedentes de psicosis en una IPS de salud mental en Bogotá?

## **II. ANTECEDENTES**

### **A. MARCO TEÓRICO**

Los pensamientos e intentos suicidas se encuentran entre los factores de riesgo más aceptados para suicidio consumado. Los intentos suicidas son causa importante de heridas, tratamiento de emergencia u hospitalización conllevando a altos costos de salud. (9). No sorprende que el intento suicida sea el predictor más importante de suicidio. Estimaciones llevadas a cabo en Inglaterra sugieren que más de dos terceras partes de los suicidios están precedidos por intentos no fatales en el año previo (10). Evidencia sugiere que la inteligencia puede jugar un papel importante en la etiología del intento suicida. Mientras que estudios ecológicos sugieren que países con un mayor promedio en puntajes de coeficiente intelectual generalmente tienen mayores tasas de suicidio (10).

Estudios de investigación indican que los hombres comenten suicidio más frecuentemente que las mujeres, pero no difieren de las mujeres respecto a la tasa de intentos suicidas y que la mayoría de los individuos con esquizofrenia intentan suicidarse en los primeros 10 años de la enfermedad. (5).

El suicidio es la segunda causa más común de muerte en el grupo de edad de 15 a 35 años. Se ha determinado que la prevalencia de intentos suicidas y suicidio es marcadamente más alto en pacientes bipolares que en la población general. El comportamiento suicida es un problema de trabajadores de la salud y frecuentemente una causa de tratamiento de emergencia y hospitalización psiquiátrica. (11)

Un estudio multi-céntrico cross sectional de 908 admisiones al hospital debido a auto envenenamiento llevado a cabo en Oslo, Noruega entre abril de 2003 y marzo de 2004, determinó que 55 % de los pacientes reportó haber tenido intentos de suicidio previos, 58 % reportó tratamiento psiquiátrico previo o actual y

32 % reportó uso diario de sustancias. En general, en dicho estudio, los pacientes tratados por envenenamiento mostraron ausencia de integración social. Sólo el 33% eran pacientes empleados, 34 % eran solteros o vivían en unión libre y 53% vivían solos. (12).

Un estudio que evaluó desordenes psiquiátricos y correlación clínica de intentos suicidas en 155 pacientes admitidos a un hospital psiquiátrico determinó que los desordenes afectivos 62 %, desordenes de ansiedad 56% y desordenes relacionados con uso de sustancias 38 % se relacionaba con alta prevalencia en pacientes psiquiátricos con comportamientos suicidas. El género y la edad sugirieron tener una influencia en la escogencia del método suicida y los procesos precedentes al suicidio. (11).

Estudios previos demostraron que un gran número de factores demográficos, socioeconómicos y factores de apoyo social están asociados con la ideación suicida en poblaciones generales. La mayoría de factores asociados con la ideación suicida incluyen edad, género, vivir solo, depresión y bajo apoyo social. (13).

En este campo, se han realizado estudios más profundos que asocian factores genéticos con ansiedad, desórdenes de personalidad e intentos suicidas. Un estudio demostró que las variantes genéticas en los genes poliaminergicos están asociadas con condiciones psiquiátricas. Dichos hallazgos podrían proveer mecanismos para explicar alteraciones en el metabolismo de la poliamina, las cuales se han observado en desordenes psiquiátricos. (14).

Estudios en población latinoamericana han asociado tener 31 años o más de edad con la persistencia de ideación suicida, el desempleo, haber tenido más de un intento suicida previo, conflictos sin resolver (OR= 106,7) y la disfunción familiar. (15).

De forma similar, un estudio llevado a cabo en Corea, en pacientes con trastorno bipolar sugirió que la presencia de un primer episodio depresivo fue significativamente diferente entre los pacientes con trastorno bipolar que intentaron suicidarse y los que no intentaron al igual que el tipo de desorden bipolar que tuviera el paciente, los cuales se asociaron significativamente con el intento suicida en dicha población (16).

Un meta-análisis llevado a cabo en el año 2010 con artículos relacionando el suicidio y la esquizofrenia, afirmó que factores de riesgo fuertemente asociados a un suicidio posterior incluían ser joven, de género masculino y tener un alto nivel educativo. Dicho estudio determinó que factores de riesgo asociados a la enfermedad eran predictores importantes entre los que se encontraba el intento suicida previo, síntomas depresivos, alucinaciones activas y delusiones. Un historial familiar de suicidio, y el mal uso de sustancias estuvieron positivamente asociados con un suicidio posterior. El único factor protector encontrado para el suicidio fue la entrega y adherencia a un tratamiento efectivo. (17). Sin embargo, otros estudios de 10 años de seguimiento han encontrado que variables socio-demográficas y clínicas no eran predictoras de un status suicida. (18). Como se puede observar en la literatura no hay un consenso en cuanto a posibles variables relacionadas al intento suicida, un estudio en pacientes hospitalizados determinó que la edad y el nivel educativo no estaban significativamente asociados con ideación e intento suicida. (19).

Entre los pacientes psicóticos uno de los grupos más estudiados son los pacientes con esquizofrenia. Un estudio realizado en Italia donde se evaluó el riesgo de idea suicida en pacientes psicóticos reafirmó previos hallazgos, como se ha mencionado anteriormente, donde el historial previo de intento suicida aumenta el riesgo de presentar intento. De igual forma menciona que el historial psiquiátrico familiar es un factor relacionado al intento suicida al igual que el abuso de otras (20).

Se han publicado estudios donde se hace una evaluación de factores de riesgo para intento suicida por raza, por ejemplo para la raza negra en los Estados Unidos se concluyó que la prevalencia estimada en toda la vida de idea suicida y de intentos suicidas era de 11.7% y 4.1%, respectivamente. El mismo estudio encontró que luego de realizar un análisis por etnia y sexo, la prevalencia de intento suicida era mayor en los hombres de raza negra del Caribe 7.5%, seguido por mujeres afro-americanas. De las personas que intentaron suicidarse el 63.5% reportó haberlo intentado solo una vez, 18.3 % reportó haber tenido más de un intento a lo largo de su vida. El riesgo de intento suicida estuvo asociado con haber nacido en una cohorte reciente y tener un nivel educativo bajo. Por último se determinó que los intentos no planeados e impulsivos fueron más comunes que los planeados (21).

En contraste al anterior estudio, el mismo diseño para evaluar la prevalencia de intento suicida e idea suicida fue llevado a cabo en Asiático-Americanos. Se determinó que la prevalencia de idea suicida y de intento de de 8.8% y 2.5%, respectivamente. Donde el género femenino, tener conflicto familiar, discriminación percibida y la presencia de depresión o ansiedad estuvieron relacionados positivamente tanto con la idea suicida como con el intento. Un alto nivel de identificación con el grupo étnico estuvo asociado con tasas más bajas de intento suicida. Dichos hallazgos resaltaron la contribución al riesgo suicida de los factores culturales y las diferencias por género en Asiáticos Americanos. Entre los pacientes que tuvieron intento suicida el 62.5% reportó un intento, el 10.7% reportó 2 intentos mientras que el 10.7% reportó 4 intentos o más. (9).

La encuesta del Consejo Nacional de la Investigación médica de la Salud y la investigación realizada en Inglaterra donde se evaluaron desordenes psiquiátricos en adultos jóvenes y el riesgo de muerte prematura encontró que los pacientes con desordenes psiquiátricos con 36 años estaban en un riesgo mayor de muerte aún cuando se ajustaba por potenciales confusores. El estudio confirmó que existe

un incremento en la mortalidad en dichos pacientes, adicionalmente demostró que esta asociación no se explica solo por el suicidio, cigarrillo u alcohol (22).

Un estudio latino-americano, llevado a cabo con adolescentes en Brasil concluyó que los factores asociados al intento suicida fueron ser de género femenino, consumo de alcohol actual, uso ilícito de drogas y depresión así como otros desordenes mentales. El estudio resaltó la importancia de las estrategias de prevención enfocadas a mujeres adolescentes (23).

Estudios llevados en población general, no limitados a pacientes con problemas mentales han asociado factores económicos con la prevalencia de depresión y comportamiento suicida. Por ejemplo, un estudio realizado en Corea del Sur encontró inequidad persistente asociada con depresión, idea e intento suicidas; los pacientes con altos ingresos tenían menos probabilidad de tener dichos factores. Estudios como este asocian factores externos y sociales en el desempeño de las personas y la importancia de los mismos en el bienestar (24).

Como se ha visto, hay varios estudios que afirman la importancia y la atención que deben recibir pacientes con intento suicida debido al riesgo de volver a presentar la condición. Sin embargo, debido a que las intervenciones no han mostrado ser efectivas en reducir la repetición en este grupo de pacientes se han planeado estudios clínicos aleatorizados basados en algoritmos fácilmente reproducibles que proveen las guías para evaluación y manejo de dicha población. (25).

La población adolescente es quizá la que ha recibido más atención en cuanto al intento suicida, lo anterior debido a que la asociación del fenómeno del suicidio con problemas de salud mental ha resultado significativa en varios estudios en este grupo de edad. Mientras que análisis por género han mostrado asociación para ambos géneros (26).

Otro estudio de cohorte realizado en hombres suecos encontró que bajos puntajes de examen de coeficiente intelectual en adultez temprana se asociaban con un incremento en el riesgo de intento suicida en hombres libres de psicosis. El estudio sugiere que un mayor entendimiento de la asociación entre coeficiente intelectual y suicidio, particularmente en la presencia y ausencia de psicosis, proporciona una idea del proceso por el cual la persona llega a la decisión de intentar suicidarse (10).

Un estudio de casos y controles realizado en Dinamarca, en pacientes de 15 a 90 años que completaron suicidio determinó que 7.6% de los 9.612 casos, había sido diagnosticado con desorden de ajuste mientras que 0.52% de los controles había sido diagnosticado con la misma enfermedad. Lo cual significó que las personas diagnosticadas con desorden de ajuste tuvieron 12 veces la tasa de suicidio de los que no tuvieron el diagnóstico. (27).

Se ha determinado que alrededor del 20 al 40 % de pacientes con esquizofrenia intenta suicidarse, un estudio estadounidense que comparó las características demográficas y clínicas de 52 individuos con esquizofrenia o desorden psicoafectivo los cuales habían intentado suicidarse vs. 104 individuos con las mismas características que no habían intentado suicidarse determinó que la mayoría de intentos suicidas fueron de letalidad moderada a severa, requiriendo atención médica. Este estudio no encontró diferencias demográficas, de duración de la enfermedad, tasa de depresión o abuso de sustancias, entre los pacientes con esquizofrenia que intentaron vs. Los que no intentaron suicidarse. La mayoría de los pacientes que intentaron suicidarse habían hecho intentos previos. (5).

Como se ha observa en nuestra revisión, mientras que algunos estudios han sugerido que las variables demográficas (5, 12, 13, 14, 15, 20, 21) y clínicas (11, 16, 22) están asociadas con intento suicida en pacientes con esquizofrenia, dichas asociaciones son inconsistentes.

La guía práctica para evaluación y tratamiento de pacientes con comportamientos suicidas de la asociación Americana de Psiquiatría (APA) sugiere varios factores a favor de la hospitalización de los pacientes vs tratamiento alternativo para pacientes psiquiátricos, incluyendo psicosis, intentos previos de suicidio y planes suicidas específicos o persistentes con alta letalidad. (28).

Factores como la ansiedad han sido asociados en un mayor riesgo de intento suicida en pacientes con esquizofrenia. En estudio que evaluó la ansiedad social en pacientes de consulta externa con esquizofrenia, determinó que la ansiedad social es altamente prevalente y una condición discapacitante. Los pacientes con esquizofrenia y ansiedad social tuvieron una mayor tasa de intentos suicidas a lo largo de su vida, mayor letalidad en los mismos, historial de abuso de alcohol y otras sustancias así como baja calidad de vida y ajuste social. (29).

Un estudio multi-céntrico cross sectional donde se evaluaron las historias médicas de los pacientes de 3 centros médicos fueron evaluadas para determinar la relación entre características demográficas e intentos suicidas, comportamiento físico agresivo, abuso de sustancias, hospitalización recurrente y curso de la enfermedad continua determinó que 52 % de los pacientes habían experimentado ideación suicida e intento suicida y que 28% de los pacientes tuvieron al menos un intento suicida. (30).

La mayoría de los estudios de suicidio o intentos suicidas restringen a un grupo de posibles factores de riesgo, por ejemplo sociales, psiquiátricos, psicológicos o familiares. Dichos estudios están vagamente enfocados a estimar la importancia relativa de diferentes tipos de factores de riesgo o su interrelación usando modelos multivariados. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, que pretendía generar un modelo hipotético, explicativo y predictivo de comportamientos suicidas en pacientes psiquiátricos determinó que los pacientes con intento suicida tenían mayores niveles de depresión, mayores puntajes de idea suicida y menos razones para vivir según lo reportado. La tasa de agresión a lo largo de la vida y la

impulsividad fue mayor en los pacientes que intentaron suicidarse. Desordenes de personalidad, fumar, uso previo de sustancias o alcohol, historial familiar de actos suicidas, heridas en la cabeza e historial de abuso infantil fueron más frecuentes en pacientes con intento suicida. (4).

La tasa de suicidios es diferente entre grupos de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y esquizofrenia crónica. Además entre el 15 y el 26% han llevado a cabo por lo menos un intento suicida en el primer tratamiento y alrededor de 2 a 11% por lo menos una vez más durante su primer año de tratamiento (31). Como se ha mencionado anteriormente, ser joven, hombre y estar en estadios tempranos de la enfermedad mental y tener un historial de intento suicido previo son importantes factores de riesgo para presentar intentos suicidas. Entre el 50 y el 80% de los intentos suicidas no resultan en muerte, pero un historial de intento suicida, es común en pacientes con esquizofrenia que mueren a causa del suicidio (32). Un estudio que incluyó no solo esquizofrenia sino otros desordenes psiquiátricos, determinó que las tasas de comportamientos suicidas fueron altas a través del amplio espectro de pacientes psiquiátricos; pacientes con un historial de episodios de depresión actuales o previos tuvieron mayor riesgo de intentos suicidas, pero los pacientes con esquizofrenia, en promedio realizaron más intentos médicos peligrosos. Los factores de riesgo de comportamientos suicidas en pacientes con psicosis parecieron variar comparados con los de la población general. (6).

Un estudio prospectivo longitudinal que examinó si la muestra de la primera admisión y el pobre funcionamiento previo a la enfermedad estaban asociados con un historial de intento suicida anterior a la primera admisión al hospital o si el pobre funcionamiento previo a la enfermedad estaba asociado con un intento suicida posterior durante los 48 meses de seguimiento a pacientes en Israel determinó que un pobre funcionamiento previo a la enfermedad estaba asociado significativamente con una mayor probabilidad de intento suicida antes de la primera admisión hospitalaria, Específicamente 33% de los pacientes con pobre

funcionamiento previo tuvieron un historial de intento suicida previo comparado con 23.5% con buen funcionamiento previo a la enfermedad. Concluyó que identificar pacientes con pobre funcionamiento previo a la enfermedad e historial previo de intento suicida podrían ayudar a los médicos a identificar pacientes en alto riesgo, por lo cual deberían recibir mayor atención al igual que intervención temprana (32).

Un estudio observacional de pacientes admitidos durante un período de 10 años a un hospital para ser evaluados por consulta y unidad psiquiátrica en España indicó que al ajustar por edad, género, nivel educativo, estatus co-habitacional, estar empleado o desempleado, diagnóstico psiquiátrico al momento de la entrevista y la información de previos intentos suicidas, se encontró que las variables asociadas al riesgo de intento suicida fueron: edad, diagnóstico psiquiátrico e intentos suicidas previos. Se determinó que el riesgo de intento suicida disminuye con la edad (OR=0.969). El diagnóstico psiquiátrico estuvo asociado con un riesgo más alto de intento suicida, con el riesgo más alto encontrado para trastornos afectivos o de humor (OR=7.49), seguido por trastornos de personalidad (OR=7.31) y esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (OR=5.03). El factor predictivo más fuerte para intento suicida como se ha mencionado en varios estudios, fue un historial previo de intento suicida (OR=23.63) (33).

Otro factor que asociado con mayor riesgo de intento suicida es la accesibilidad a armas, especialmente de fuego (33).

Artículos afirman que el paciente esquizofrénico sin hacer diferenciación por tipo específico de la enfermedad el cual es más probable que cometa suicidio es: “hombres, jóvenes, blanco y soltero, con buen desempeño previo a la enfermedad, depresión post-psicótica e historial de abuso de sustancias.”(8).

Se estima que en promedio, los costos en salud del año siguiente al intento suicida en pacientes con trastorno bipolar son de 25,012 US, más de 2 veces

mayor que los aproximadamente 11,476 US del año previo. Los costos de cuidado totales en el mes siguiente al intento suicida son alrededor del 28,9% de los costos anuales totales de la enfermedad. La distribución de los costos a través del tiempo en un estudio llevado a cabo en US, mostró que hay un pico de gastos de hospitalización y servicios de emergencia en el mes posterior al intento con incrementos sostenidos en medicamentos y como paciente externo (36).

Otros estudios hablan de un promedio anual de hasta 46,024 US para pacientes con esquizofrenia que tuvieron intentos suicidas, seguido por 37,329 US anuales para personas con hospitalizaciones psiquiátricas en los últimos 6 meses. El costo total de salud anual para estos pacientes no fue significativamente mayor cuando se tuvo en cuenta uso concurrente de sustancias (3). Sin embargo, para las enfermedades psicóticas mencionadas es necesario detectar posibles factores que puedan predecir un mal desenlace para el paciente como la no adherencia al tratamiento, el uso de alcohol y haber tenido hospitalizaciones previas lo cual puede ser un indicador de la severidad de la enfermedad, no solo por los costos sino por el tratamiento oportuno de la enfermedad. Al ser el consumo de alcohol un factor modificable, debe recibir especial atención ya que controlando este factor podrán disminuirse los intentos suicidas.

### III. MARCO CONCEPTUAL

La Psicosis es un estado mental que se caracteriza por el poco contacto con la realidad del paciente, con una limitada y precaria ubicación y poca conciencia dentro de un contexto determinado, sea esta laboral, familiar o personal. En esta condición se pierde la confrontación y acomodación de los juicios subjetivos con respecto a los objetivos, con muy poca conciencia en el mejor de los casos. La orientación tiempo-espacio frecuentemente se encuentra alterada; el pensamiento es ilógico por haberse perdido los soportes de lógica y su contenido alberga ideas irreales de características místicas, de pobreza, de grandiosidad, etc.; el curso del pensamiento puede estar aumentado o disminuido y las estructuras sintácticas y semánticas del lenguaje se han trastornado haciéndolo incomprensible para las otras personas. (34)

Los trastornos del afecto y del estado de ánimo que se presentan frecuentemente son: la labilidad, el cambio frecuente de un estado de ánimo a otro: de la alegría a la tristeza, a la rabia, a la indiferencia, etc., denotando la poca firmeza, estabilidad y respaldo de los sentimientos en la realidad. El afecto inapropiado o inadecuado es el más frecuente en esta gama de trastornos y consiste en la no concordancia de los sentimientos con la realidad que se vive: es posible expresar alegría cuando la situación es triste o cuando no hay elementos para estarlo, se demuestra rabia y prevención cuando realmente no existen estímulos agresivos o peligrosos para el sujeto. (34)

Presentando trastorno de la senso-percepción, principalmente alucinaciones auditiva, visuales y cenestésicas. Se evidencian alteraciones motoras que se presentan como un aumento de la actividad diaria sin objetivos claros, y el otro extremo es el paciente totalmente inmóvil, lo que hace necesario la alimentación por sonda nasogástrica. Entre estos dos extremos se pueden encontrar movimientos estereotipados, tics, manierismos, incapacidad para agarrar objetos, etc. También la poca atención ya que el paciente está más concentrado en su mundo interno que en el externo. (34)

La memoria se encuentra comprometida en forma general (anterógrada y retrógrada) hasta el punto que, en ocasiones, es imposible evaluarla a nivel de sala de urgencias. Es de esperar que el juicio y raciocinio se encuentren comprometidos como también la conciencia de enfermedad y la prospección, pues su fundamento que es el pensamiento, está alterado (34).

De acuerdo al manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) la psicosis se incluye en varias características consideradas como psicóticas dentro de la categoría denominada “esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” en donde se describen los siguientes trastornos: la esquizofrenia en sus diferentes tipos, ya sea paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y de tipo residual; Los trastornos esquizofreniforme y esquizoafectivo, este ultimo subdividido en sus tipos: bipolar y depresivo; el trastorno delirante y trastorno psicótico breve: con y sin desencadenante grave; el trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a la enfermedad médica que se padezca ya sea con ideas delirantes o con alucinaciones y finalmente el trastorno psicótico inducido por sustancias. Según el manual, para hablar de psicosis solo se requiere la manifestación de una disfunción social y laboral del individuo. Al igual que la pérdida de los límites de sí mismo y de la evaluación de la realidad.

Como se ha mencionado, dentro de las enfermedades psicóticas, una de las que recibe mayor atención es la esquizofrenia, debido a su mayor frecuencia, lo cual se evidenció en el presente estudio, dicha enfermedad se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).

#### **IV. OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia y los factores de tipo personal, familiar y social, de tratamiento, uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales y de utilización de servicios de salud asociados a intento suicida en pacientes con antecedentes de episodios psicóticos.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir características sociodemográficas en pacientes con antecedente de episodio psicótico.
2. Estimar la prevalencia de intento suicida en pacientes con antecedente psicótico.
3. Establecer la asociación entre el nivel educativo, el estrato socioeconómico, el desempeño laboral, las relaciones familiares con el antecedente de autoagresión en paciente con antecedente psicótico.
4. Determinar la asociación del nivel de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales con antecedente de autoagresión en paciente con historia de psicosis
5. Establecer la asociación del incumplimiento en la entrega de medicamentos por la EPS y del consumo irregular de medicamentos con antecedente de autoagresión en paciente con antecedente de psicosis.
6. Determinar que tipo de medicamentos para tratamiento psiquiátrico y eventos adversos se relacionan con intento de suicidio en paciente con antecedente de psicosis.
7. Determinar la relación de antecedentes de enfermedad psiquiátrica de los familiares con antecedente de autoagresión en paciente con antecedente de psicosis.
8. Establecer si la convivencia con familiares con enfermedad psiquiátrica se asocia con intento de suicidio en paciente con antecedente de psicosis

9. Establecer si la edad de aparición de los síntomas y la edad de diagnóstico se asocia con intento de suicidio en paciente con antecedente de psicosis
10. Determinar si la frecuencia de citas psiquiátricas o su incumplimiento se relaciona con intento de suicidio en paciente el paciente con familiares con enfermedad
11. Establecer los factores prevenibles que se relacionan a los pacientes con antecedente de episodios psicóticos y que han intentado suicidarse

## **V. HIPOTESIS**

La probabilidad de intento suicida en mujeres, de bajo nivel educativo, bajo estrato socio-económico, mal desempeño laboral, presencia de enfermedades psiquiátricas en familiares, cortos tiempos de hospitalización previa, mala adherencia al tratamiento farmacológico, sin acceso a servicios de salud es mayor, por lo tanto la presencia de estos factores aumentan el riesgo del intento suicida.

## **VI. METODOLOGIA**

### **A. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio de corte transversal tomado de una base hospitalaria (base secundaria) durante un período de tiempo en el cual se tomaron los pacientes que se encontraban con diagnóstico de psicosis por medio del software de historia clínica atendidos en consulta externa de la Clínica la Paz.

### **B. POBLACION DE ESTUDIO**

Pacientes con antecedente de episodios psicóticos de la Clínica de atención psiquiátrica La Paz en Bogotá, entre 2 de diciembre de 2008 y 25 de junio de 2009.

### **C. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Hombres y Mujeres
- Entre los 18 y 65 años de edad
- Paciente psicótico con enfermedad estable
- Paciente atendido entre el 2 de diciembre de 2008 y el 25 junio de 2009.
- Paciente psicótico que no haya tenido hospitalización durante el período de recolección de datos, ni 6 meses antes al inicio de la recolección.
- Paciente que haya firmado el consentimiento informado.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes catalogados y con diagnóstico de retardo mental por historia clínica
- Pacientes que suministren información inconsistente o incompleta, y que no se pueda completar con la historia clínica o con información del cuidador.

## **D. MUESTRA**

### **i. DISEÑO DE LA MUESTRA**

Los pacientes se obtuvieron de consulta externa de la Clínica La Paz que ingresaron a partir del inicio del estudio (2 de diciembre de 2008), consecutivamente y en forma diaria, hasta completar el tamaño de la muestra requerido que se completó en junio 25 de 2009), tomando el listado completo diario (contenía fecha y hora de la cita, nombre del paciente y número del consultorio), con el software de historia clínica usado en la institución. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de psicosis y se estableció la edad y género del paciente.

### **ii. MARCO MUESTRAL**

Lista de pacientes de consulta externa de la clínica la Paz entre diciembre 2 de 2008 y junio 25 de 2009.

**Unidad de muestreo:** Paciente con antecedente psicótico

**Unidad de observación:** Paciente con antecedente psicótico

### **iii. PRECISION DE LA MUESTRA**

Para estimar la precisión de la muestra contando con el tamaño muestral y partiendo una proporción se usó: (35)

- Nivel de confianza 95%
- La prevalencia de intento suicida en pacientes con esquizofrenia reportada en la literatura varía del 20 al 40 % (4,5,6,7); en el presente estudio la prevalencia fue de 26%, a partir de un tamaño de muestra de 226 pacientes

d = precisión de la muestra

$Z^2_{(\alpha/2-0,05)}$  = nivel de confianza

p = proporción de intento suicida

q = 1 - proporción

$$d^2 = \frac{Z^2_{(\alpha/2-0,05)} * p * q}{n}$$

$$d^2 = \frac{(1,96)^2 * 0,26 * 0,74}{226}$$

$$d^2 = 0,00327$$

$$d = \sqrt{0,00327}$$

$$d = 0,057$$

El tamaño de la muestra resultante tuvo un 95% de confianza y un 5,7% de precisión.

## E. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

Se evaluó intento de suicidio en tres variables diferentes que fueron:

- Intento de suicidio
- Último intento de suicidio hace menos de 1 año
- Último intento de suicidio hace menos de 5 años

De los pacientes valorados en consulta externa de la institución psiquiátrica de la Paz entre el 2 de diciembre de 2008 y 30 de junio de 2009

Variables independientes:

Factores personales:

- Características demográficas: escolaridad, ocupación y estado civil
- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

- Actitud del paciente frente a la enfermedad
- Edad de inicio de la enfermedad
- Historia laboral
- Acceso a los servicios de salud

#### Factores familiares

- Antecedentes psiquiátricos en familiares
- Red de apoyo y relaciones familiares

#### Factores relacionados al tratamiento

- Adherencia al tratamiento

#### Factores asociados con la utilización de los servicios

- Número de hospitalizaciones previas
- Percepción de los servicios
- Comorbilidades
- Número de consultas en el último año
- Duración de última hospitalización

## **F. DISEÑO Y PRUEBA DE INSTRUMENTOS**

Teniendo en cuenta las variables de los diferentes factores prevenibles y otros factores determinados para el estudio, se construyeron las preguntas en un primer cuestionario y a partir del cual se realizó una prueba piloto con 10 pacientes con antecedente psicótico. Se construyó un instrumento evaluativo en términos de entendimiento del lenguaje, términos usados, tiempo de realización, extensión del instrumento y dificultades en la entrevista con el paciente psiquiátrico y/o cuidador. Se realizaron modificaciones en la medición del consumo de sustancias psicoactivas (tipo de bebida alcohólica y edad de inicio de consumo de sustancias

psicoactivas); y en el uso de una escala ordinal igual, en las preguntas que tenían relación, esta escala fue 1. Siempre, 2. Casi siempre, 3. Alguna vez, 4. Casi nunca y 5. Nunca. **(Anexo 1)**

Para registrar la información se diseñó un cuestionario estructurado (fuente primaria) que fue utilizado durante las entrevistas. **(Anexo 2)**

Además se verificó la información de las historias clínicas del paciente (fuente secundaria) y vía telefónica con el cuidador. Finalmente, se diseñó una base de datos con el programa SPSS versión 18.0 para el registro y posterior análisis de la información. Para minimizar el grado de error en la entrada de datos se realizó un control mediante doble digitación de los mismos, en subconjunto de pacientes.

## **G. PROCEDIMIENTO DE RECOLECIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

- Se escogieron los pacientes que cumplieron los criterios de selección, del listado de consulta externa diario de la clínica y se verificó el diagnóstico, y se estableció la edad y género con el software de historia clínica. Posteriormente, se solicitó la aceptación del consentimiento informado por parte del paciente y/o su cuidador, mediante la firma de este documento. **(Anexo 3)**.
- Se realizó la entrevista cara a cara con el paciente y/o cuidador del paciente seleccionado para el estudio en consulta externa de la clínica.
- Se revisaron los cuestionarios del estudio por parte del grupo de investigación (psiquiatra, ingeniera e investigadores) y se evaluó la información obtenida y los datos faltantes.

- Se corroboraron y completaron los datos de las variables de estudio, revisando las historias clínicas digitadas en el software de la clínica de la Paz y con la información que aun faltaba o fue necesario corroborar se obtuvo vía telefónica con los cuidadores del paciente.
- Se procesó la información en SPSS versión 18.0, teniendo en cuenta el plan de análisis realizado.

## **H. VALIDEZ: SESGO Y VARIABLES DE CONFUSION**

El diseño del estudio permitió control de posibles sesgos. Los datos fueron recolectados con alta calidad teniendo en cuenta variables que en la literatura se encontraron como asociadas. En el análisis multivariado se controlaron variables ajustando por medio de la regresión logística incondicional.

## **I. ANALISIS ESTADISTICO**

### **PREVALENCIA**

La prevalencia se determinó como la proporción expresada en porcentaje (%) en la población total, en el último año y en los últimos 5 años.

Se realizó una descripción del comportamiento de las variables en la muestra:

A las variables cuantitativas se les evaluó normalidad usando las pruebas de Kolmogorov-smirnov y Shapiro Wilk a un nivel de significancia de 5% ( $p < 0,05$ ). Para las variables cuantitativas continuas y discretas con distribución normal se usó la media aritmética como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. En las variables cuantitativas cuya distribución fue diferente a normal, se uso la mediana como medida de tendencia

central y los rangos intercuartiles como medida de dispersión. Las variables categóricas se presentaron en forma de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes.

Se realizó análisis bivalente para determinar asociación entre los factores y el intento suicida mediante OR, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se evaluó la asociación con la prueba de Ji-Cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher (valores esperados menores a 5).

Posteriormente, se realizó un análisis multivariado con el modelo de regresión logística incondicional ajustando por posibles variables confusoras para generar modelos que pudieran explicar los 3 desenlaces tenidos en cuenta (intento suicida, intento suicida en el último año e intento suicida en los últimos 5 años). Se tuvieron en cuenta posibles problemas de multicolinealidad entre las variables independientes a evaluar. Para llevar a cabo dichos análisis se tomaron las variables que mostraron asociación en el análisis bivariado y se incluyeron jerárquicamente en el modelo. Obteniendo OR ajustados. El nivel de significancia utilizado en todas las pruebas fue del 5%.

## **J. ASPECTOS BIOETICOS**

Este proyecto de investigación fue llevado a cabo en seres humanos y fue observacional, como tal no se realizó ningún tipo de intervención en los individuos y por ende este estudio se clasifica como “investigación con riesgo mínimo”, teniendo en cuenta el artículo 12 de la resolución 8430 de 1993 que comprende las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Cumple además con lo establecido por el Ministerio de Protección en la ley 84 de 1989 y la ley 2381 de 1993.

El estudio cumple con los parámetros éticos y jurídicos contemplados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Se contó además con el consentimiento informado el cual fue llevado a cabo en estudio previo (36), por medio del cual se recolectó la información y que se encuentra en el Anexo 3. Dicho trabajo fue presentado al comité de ética de investigación de la clínica Psiquiátrica de la Paz y obtuvo la respectiva aprobación. No se citaron nombres de pacientes ni de médicos participantes guardando la confidencialidad de la información en salud.

La información del estudio inicial se obtuvo previo consentimiento informado aprobado por el comité de Ética de la Clínica la Paz.

## **VII. RESULTADOS**

### **A. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS**

El grupo de estudio estuvo conformado por 226 pacientes mayores de edad con antecedente de psicosis. La edad mínima fue de 18 años y la máxima 65 años, con un promedio de  $41,11 \pm 12,5$  años y mediana de 41 años. El grupo tuvo una distribución por género similar, hombre: mujer (49,1% vs 50,9%). El estado civil más frecuente fue soltero con 61,9% y el 29,2% de pacientes tenía pareja estable.

De la población estudiada 25,2% alcanzó algún grado de educación universitaria, 14,8% contaba con educación universitaria completa o más. El estrato socio económico más prevalente fue el III (51,8%), seguido por el II (33,2%) mientras que en el ámbito familiar, se encontró que la mayoría de los pacientes vivía con sus familiares (91,2%).

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico más frecuente en el grupo de pacientes fue esquizofrenia (53,5%) seguido por trastorno afectivo bipolar (22,6%), trastorno esquizoafectivo (15%), trastorno psicótico agudo (4%), 3,5% de los pacientes tuvieron diagnósticos combinados y otras enfermedades relacionadas con psicosis (1,3%). El promedio de edad al inicio de síntomas fue de  $25,5 \pm 10,6$  años (mediana=22,5 años) con dato mínimo 8 años y máximo 59 años.

La edad promedio en que se realizó el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica fue de  $28,5 \pm 10,9$  años (mediana=25 años), el 58,4% de los pacientes reportó no padecer ninguna enfermedad orgánica, mientras que en los pacientes con alguna comorbilidad reportada, las más frecuentes fueron hipertensión, alteraciones de la tiroides y gastritis.

## **B. PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA**

La prevalencia de intento suicida en la muestra fue de 26%, siendo mayor en mujeres: 30.4% comparada con hombres 19.8%. Mientras que la prevalencia de intento suicida en pacientes casados o en unión libre fue de 26.3%, mayor a la encontrada en pacientes solteros-viudos-separados la cual fue de 24.9%. Por otra parte, la prevalencia de intento fue mayor en los estratos más bajos: 29.3% comparado con un 22.4% en los estratos más altos, todas las anteriores con diferencias significativas.

La prevalencia de intento suicida en pacientes con ingesta de alcohol fue de 28.8%, mientras que para los pacientes sin consumo de sustancias alcohólicas fue de 14.3%. De la misma forma, en los pacientes con uso de cigarrillo la prevalencia fue mayor: 31.6% vs. 23.1% en pacientes que no fumaban.

La prevalencia de intento en pacientes que tenían adherencia al tratamiento fue de 24.4% vs. 33.3% en pacientes que no tenían adherencia. Mientras que en pacientes que nunca dejaron de consumir medicamentos la prevalencia de intento fue de 22.6%, la prevalencia en pacientes que dejaron de consumir sus dosis completas más de un día fue de 32.3%.

Al tener en cuenta la prevalencia de intento en pacientes que presentaron eventos adversos producidos por los medicamentos para tratar su enfermedad psicótica fue de 31%, mientras que los pacientes que no presentaron ningún evento adverso presentaron una prevalencia de 24.4%.

La prevalencia de intento en pacientes con trastorno depresivo fue la más alta con 50%, seguida por trastorno esquizoafectivo con 38.34% y esquizofrenia con 23.97%. En pacientes que reconocían su enfermedad, la prevalencia de intento fue de 25.9%.

Los pacientes que cumplieron con sus citas la prevalencia fue de 24.6%, es decir menor que la que se presentó en los pacientes que incumplían sus citas: 28.7%.

Al comparar la prevalencia con pacientes con antecedente de hospitalización, la prevalencia de intento suicida en pacientes con hospitalizaciones previas menores a 10 días fue de 30.8% comparado con 17.7% en pacientes con hospitalizaciones mayores a 10 días.

### C. FACTORES ASOCIADOS

Al evaluar la asociación entre las variables demográficas y el intento suicida, se encontró que hubo diferencias significativas por género presentando mayor asociación con el género femenino. El riesgo de ser mujer y tener intento suicida fue 1,7 veces el riesgo de los hombres. Mientras que para las demás variables como fue el estado civil actual, tener pareja estable, el estrato, nivel educativo, vivir solo y tener un buen desempeño laboral no se encontraron diferencias significativas (tabla 1).

**Tabla 1. Asociación de factores socio-demográficos con el intento suicida en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	PREVALENCIA	OR	IC	SIG.
Hombre	22 (9,73%)	0,565	(0,306-1,04)	0,046
Mujer	35 (15,49%)			
Casado - Unión Libre	15 (6,64%)	1,079	(0,544-2,142)	0,477
Soltero-Separado-Viudo	42 (18,58%)			
Pareja Estable +	17 (7,52%)	1,041	(0,539-2,009)	0,515
-	40 (17,70%)			
Estrato I-II	27 (11,95%)	1,44	(0,786-2,637)	0,152
III-VI	30 (13,27%)			
Primaria-Secundaria	43 (19,03%)	1,048	(0,523-2,101)	0,523
Universitario	14 (6,19%)			
Ocupación remunerada +	25 (11,06%)	1,052	(0,574-1,928)	0,494
-	32 (14,16%)			
Vivir Solo +	2 (0,88%)	0,732	(0,151-3,551)	0,517 <sup>(*)</sup>
-	55 (24,34%)			
Buen Desempeño	24 (10,61%)	1,163	(0,632-2,142)	0,369
Mal Desempeño	33 (14,6%)			

<sup>(\*)</sup>Test exacto de Fisher.

El consumo de alcohol se encontró positivamente asociado con el intento suicida, los pacientes que consumían alcohol tenían 2,4 veces el riesgo de intentar suicidarse contra los pacientes psicóticos que no consumían alcohol. El consumo de cigarrillo y de sustancias ilegales no tuvo asociación con intento suicida. (Tabla 2).

**Tabla 2. Asociación de factores de consumo con el intento suicida en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	PROPORCIONES	OR	IC	SIG.
Alcohol + -	49 (21,7%) 8 (3,54%)	2,43	(1,072-5,510)	0,02
Cigarrillo + -	18 (7,96%) 39 (17,26%)	1,538	(0,792-2,986)	0,136
Sustancias ilegales + -	1 (0,44%) 56 (24,8%)	0,413	(0,049-3,343)	0,357 <sup>(+)</sup>

<sup>(+)</sup>Test exacto de Fisher.

Al evaluar la asociación de la adherencia al tratamiento y el acceso a los mismos medidos como: si el paciente recibía todos sus medicamentos psiquiátricos a tiempo, si en el último mes se habían entregado la totalidad de los medicamentos, haber recibido siempre la totalidad de los mismos en el último año por parte de la EPS, si el consumo fue diario con las dosis completas, o sí se dejó de consumir en el último mes o sí presentó algún evento adverso con la toma de los medicamentos, no se encontró ninguna asociación entre alguno de los factores de adherencia y acceso mencionados anteriormente con el intento suicida. (Tabla 3)

**Tabla 3. Asociación de adherencia al tratamiento con el intento suicida en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Medicamentos a tiempo	0,645	0,246-1,687	0,256
Totalidad medicamentos último mes	1,105	0,488-2,499	0,495
Frecuencia entrega medicamentos (último año) siempre	0,921	0,457-1,857	0,475
Consumo completo de dosis diaria	1,343	0,665,2,712	0,260
No suspender medicamentos ningún día	0,612	0,321-1,167	0,94
Eventos adversos con toma de medicamentos	1,397	0,596-3,272	0,287

Cuando se evaluaron los factores relacionados con la enfermedad mental del paciente ninguno de ellos se encontró asociado con el intento suicida. No hubo asociación con esquizofrenia, con que el paciente tuviera 2 o más enfermedades psiquiátricas, que el paciente reconociera la enfermedad, que tuvieran algún familiar con enfermedad mental, que la edad de inicio de síntomas fuera mayor de 45 años o que la edad de diagnóstico se hubiera dado después de los 40 años. (Tabla 4)

**Tabla 4. Asociación de enfermedad psiquiátrica con el intento suicida en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Enfermedad Psiquiátrica Esquizofrenia	0,867	(0,47-1,58)	0,377
Tener 2 o más enfermedades psiquiátricas	3,113	0,752-12,880	0,113
Paciente reconoce enfermedad mental	1,396	0,499-3,909	0,358
Familiar con enfermedad mental	0,844	0,451-1,577	0,356
Edad de inicio de síntomas >45 años	0,836	0,264-2,65	0,507
Edad de Diagnóstico >40 años	0,905	0,400-2,048	0,495

En cuanto a los factores de cumplimiento de citas y hospitalización del paciente se encontró una asociación entre la duración de la última hospitalización menor a 15 días y menor a 10 días con el intento suicida. Mientras que el cumplimiento de citas, tener menos de 3 citas al año, tener solo una cita en 3 meses, 10 hospitalizaciones o menos o haber estado hospitalizado hace un año o menos no se encontró asociado con el intento suicida. (Tabla 5)

**Tabla 5. Asociación de cumplimiento de citas y hospitalizaciones con intento suicida en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Cumplimiento a citas último año	0,816	0,362-1,823	0,380
Menos de 3 citas al año	1,051	0,394-2,812	0,547
Solo una cita en 3 meses	0,786	0,362-1,707	0,344
10 hospitalizaciones o menos	0,988	0,258-3,781	0,644
Ultima hospitalización 1 año o menos	1,150	0,629-2,105	0,382
Duración última hospitalización menor a 10 días	2,065	1,086-3,928	0,018

#### D. INTENTO SUICIDA EN EL ÚLTIMO AÑO

Otro de los desenlaces evaluados además del intento suicida, fue el tiempo del último intento, al evaluar el grupo de pacientes que presentó intento suicida menos de un año antes de la entrevista, se encontró que ninguna de las variables demográficas evaluadas se encontraba asociada con haber presentado intento suicida en el último año. (tabla 6)

**Tabla 6. Asociación de factores socio-demográficos con el intento suicida en el último año en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	PROPORCIONES	OR	IC	SIG.
Hombre	4 (1,77%)	0,577	(0,164-2,027)	0,290
Mujer	7 (3,1%)			
Casado - Unión Libre	1 (0,44%)	0,284	(0,035-2,268)	0,186 <sup>(+)</sup>
Soltero-Separado-Viudo	10 (4,4%)			
Pareja Estable +	1 (0,44%)	0,231	(0,029-1,840)	0,118 <sup>(+)</sup>
-	10 (4,4%)			
Estrato I-II	5 (2,21%)	1,226	(0,363-4,143)	0,487 <sup>(+)</sup>
III-VI	6 (2,65%)			
Primaria-Secundaria	8 (3,54%)	0,894	(0,229-3,492)	0,555 <sup>(+)</sup>
Universitario	3 (1,33%)			
Ocupación remunerada +	6 (2,65%)	1,635	(0,484-5,523)	0,311 <sup>(+)</sup>
-	5 (2,21%)			
Vivir Solo +	1 (0,44%)	2,289	(0,264-19,873)	0,399 <sup>(+)</sup>
-	10 (4,4%)			
Buen Desempeño	6 (2,65%)	1,908	(0,564-6,452)	0,228 <sup>(+)</sup>
Mal Desempeño	5(2,21)			

<sup>(+)</sup>Test exacto de Fisher.

Los factores de consumo como alcohol, cigarrillo y uso de sustancias ilegales no se encontraron asociados con haber presentado intento suicido en el último año. (Tabla 7)

**Tabla 7. Asociación de factores de consumo con el intento suicida en el último año en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	PROPORCIONES	OR	IC	SIG.
Alcohol + -	10 (4,42%) 1 (0,442%)	3,437	(0,430-27,470)	0,195 <sup>(+)</sup>
Cigarrillo + -	5 (2,21%) 6 (2,65%)	2,612	(0,766-8,912)	0,113 <sup>(+)</sup>
Sustancias ilegales + -	0 (0%) 11 (4,87%)	0,338	(0,013-8,906)	0,667 <sup>(+)</sup>

<sup>(+)</sup>Test exacto de Fisher.

El consumo diario de dosis completas y no dejar de tomar los medicamentos en el último mes, se mostraron como factores asociados con menor probabilidad para haber presentado intento suicida en el último año. Por otra parte, otros factores de adherencia no se mostraron como factores asociados. (tabla 8)

Ninguno de los eventos adversos producidos por los medicamentos formulados para el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica se encontró asociado con haber presentado intento suicida en el último año.

**Tabla 8. Asociación de adherencia al tratamiento con el intento suicida en el último año en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Medicamentos a tiempo	1,026	0,125-8,430	0,728 <sup>(+)</sup>
Totalidad medicamentos último mes	0,718	0,181-2,849	0,276 <sup>(+)</sup>
Frecuencia entrega medicamentos (último años) siempre	1,399	0,293-6,697	0,502 <sup>(+)</sup>
Consumo completo de dosis diaria	0,286	0,084-0,976	0,045 <sup>(+)</sup>
No suspender medicamentos ningún día	0,117	0,023-0,598	0,048 <sup>(+)</sup>
Eventos adversos con toma de medicamentos ninguno	2,159	0,605-7,699	0,196 <sup>(+)</sup>

<sup>(+)</sup>Test exacto de Fisher.

La enfermedad psiquiátrica actual, edad de inicio de síntomas mayor a 45 años entre otros factores de enfermedad psiquiátrica, no se asociaron con intento suicida en el último año. (tabla 9)

**Tabla 9. Asociación de enfermedad psiquiátrica con el intento suicida en el último año en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Enfermedad Psiquiátrica Esquizofrenia	0,308	0,079-1,194	0,069 <sup>(+)</sup>
Tener 2 o más enfermedades psiquiátricas	2,971	0,333-26,531	0,333 <sup>(+)</sup>
Paciente reconoce enfermedad mental	1,256	0,154-10,251	0,651 <sup>(+)</sup>
Familiar con enfermedad mental	0,329	0,025-4,419	0,513 <sup>(+)</sup>
Edad de inicio de síntomas >45 años	1,165	0,141-9,650	0,607 <sup>(+)</sup>
Edad de Diagnóstico >40 años	1,927	0,487-7,631	0,276 <sup>(+)</sup>

<sup>(+)</sup>Test exacto de Fisher.

El cumplimiento de citas y haber tenido hospitalizaciones menores a 20 días no se asoció con el intento suicida en el último año.

**Tabla 10. Asociación de cumplimiento de citas y hospitalizaciones con intento suicida en el último año en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Cumplimiento a citas último año	0,117	0,019-0,726	0,233 <sup>(+)</sup>
Menos de 3 citas al año	3,656	0,898-14,893	0,088 <sup>(+)</sup>
Solo una cita en 3 meses	0,378	0,047-3,029	0,305 <sup>(+)</sup>
10 hospitalizaciones o menos	0,331	0,022-4,908	0,541 <sup>(+)</sup>
Ultima hospitalización 1 año o menos	0,308	0,079-1,194	0,069 <sup>(+)</sup>
Duración última hospitalización menor a 20 días	1,443	0,408-5,105	0,393 <sup>(+)</sup>

## E. INTENTO SUICIDA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

De las variables socio-demográficas evaluadas, ninguna presentó asociación con el intento suicida en los últimos 5 años en los pacientes psicóticos evaluados. (tabla 11)

**Tabla 11. Asociación de factores socio-demográficos con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	PROPORCIONES	OR	IC	SIG.
Hombre Mujer	12 (5,31%) 17 (7,52%)	0,700	0,317-1,540	0,244
Casado - Unión Libre Soltero-Separado-Viudo	4 (1,77%) 25 (11,06%)	0,435	0,145-1,308	0,095
Pareja Estable + -	6 (2,65%) 23 (10,18%)	0,596	0,231-1,538	0,196
Estrato I-II III-VI	14 (6,19%) 15 (6,64%)	1,424	0,651-3,113	0,245
Primaria-Secundaria Universitario	21 (9,29%) 8 (3,64%)	0,869	0,362-2,087	0,455
Ocupación remunerada + -	13 (5,75%) 16 (7,08%)	1,132	0,517-2,478	0,489
Vivir Solo + -	2 (0,88%) 27 (11,95%)	1,75	0,353-8,678	0,375 <sup>(+)</sup>
Buen Desempeño Mal Desempeño	12 (5,31%) 17 (7,52%)	1,100	0,498-2,43	0,483

<sup>(+)</sup>Test pareado de Fisher.

Al evaluar el uso de sustancias entre las que se incluyó el alcohol, se encontró que el mismo fue un factor asociado con aumento de probabilidad de intento suicida en los últimos 5 años. Por el contrario, el consumo de cigarrillo y sustancias ilegales no tuvo asociación. (Tabla 12)

**Tabla 12. Asociación de factores de consumo con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	PROPORCIONES	OR	IC	SIG.
Alcohol + -	27 (11,95%) 2 (0,88%)	5,098	1,172-22,173	0,010
Cigarrillo + -	10 (4,42%) 19 (8,41%)	1,680	0,730-3,863	0,158
Sustancias ilegales + -	1 (0,44%) 28 (12,40%)	0,969	0,115-8,178	0,727 <sup>(+)</sup>

<sup>(+)</sup>Test pareado de Fisher.

La presentación de algún evento adverso debido a los medicamentos para el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica no se mostró como un factor asociado al intento suicida en los últimos 5 años. (tabla 13)

**Tabla 13. Asociación de adherencia al tratamiento con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Medicamentos a tiempo	0,424	0,143-1,263	0,112 <sup>(+)</sup>
Totalidad medicamentos último mes	0,743	0,280-1,971	0,356 <sup>(+)</sup>
Frecuencia entrega medicamentos (último años) siempre	0,957	0,345-2,384	0,544
Consumo completo de dosis diaria	0,559	0,238-1,310	0,224
No suspender medicamentos ningún día	0,5312	0,252-1,119	0,073
Eventos adversos con toma de medicamentos ninguno	0,671	0,219-2,054	0,446

<sup>(+)</sup>Test exacto de Fisher.

La enfermedad psiquiátrica actual, el reconocimiento de la enfermedad o tener algún familiar con enfermedad mental entre otros, no se encontró asociado con el haber presentado intento suicida en los últimos 5 años. (tabla 14)

**Tabla 14. Asociación de enfermedad psiquiátrica con el intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Enfermedad Psiquiátrica Esquizofrenia	0,920	0,422-2,007	0,494
Tener 2 o más enfermedades psiquiátricas	2,358	0,452-12,282	0,273 <sup>(+)</sup>
Paciente reconoce enfermedad mental	0,746	0,237-2,351	0,403 <sup>(+)</sup>
Familiar con enfermedad mental	0,297	0,056-1,582	0,159 <sup>(+)</sup>
Edad de inicio de síntomas >45 años	1,061	0,291-3,869	0,572 <sup>(+)</sup>
Edad de Diagnóstico >40 años	1,238	0,498-3,077	0,400

<sup>(+)</sup>Test exacto de Fisher.

El cumplimiento de citas o haber tenido alguna hospitalización sin importar la duración no se mostró como un factor asociado con el intento suicida en los últimos 5 años. (tabla 15)

**Tabla 15. Asociación de cumplimiento de citas y hospitalizaciones con intento suicida en los últimos 5 años en pacientes psicóticos.**

VARIABLE	OR	IC	SIG.
Cumplimiento a citas último año	0,901	0,344-2,356	0,499
Menos de 3 citas al año	1,541	0,533-4,458	0,294
Solo una cita en 3 meses	0,586	0,214-1,603	0,208
10 hospitalizaciones o menos	0,465	0,058-3,717	0,402 <sup>(+)</sup>
Ultima hospitalización 1 año o menos	0,566	0,275,1,165	0,085
Duración última hospitalización menor a 15 días	1,082	0,530-2,210	0,485
Duración última hospitalización menor a 10 días	0,581	0,303-1,114	0,467
Duración última hospitalización menor a 20 días	0,935	0,433-2,017	0,469

## F. ANALISIS MULTIVARIADO

Se realizó análisis multivariado para explicar el intento suicida, intento suicida en el último año; dado que en intento suicida en los últimos 5 años solo una variable fue significativa no se realizó análisis multivariado. Para dicho análisis, el conjunto de variables asociadas significativamente ( $p < 0.05$ ) y cerca de mostrar asociación ( $p < 0.20$ ), fueron incluidas jerárquicamente en orden de factores asociados.

**Tabla 16. Modelo de regresión logística para intento de suicidio del paciente psicótico**

VARIABLE	OR IC 95%	OR AJUSTADO IC 95%	SIGNIFICANCIA AJUSTADA
Hospitalización menor a 10 días	2,065 (1,086-3,928)	2,013 (1,041-2,894)	0,038
Ingesta de Alcohol	2,43 (1,072-5,510)	2,816 (1,201-6,0)	0,017
Género Masculino Femenino	0,565 (0,306-1,04)	0,447 (0,235-0,851)	0,014

Se determinó que los factores que en conjunto explicaron el intento suicida fueron el género, el consumo de alcohol y haber tenido hospitalización menor a 10 días.

**Tabla 17, Modelo de regresión logística para intento suicida en el último año del paciente psicótico**

VARIABLE	OR IC 95%	OR AJUSTADO IC 95%	SIGNIFICANCIA AJUSTADA
Consumo diario de dosis completa siempre	0,286 (0,084-0,976)	0,631 (0,147-2,703)	0,535
Número de días que dejo de consumir medicamento último mes	0,048 (0,023-0,598)	0,289 (0,066-1,262)	0,099

Para el intento suicida en el último año en pacientes con antecedente de psicosis, se determinó que los factores que en conjunto explicaron el evento fueron consumo diario de dosis completa y número de días que dejo de consumir medicamento el último mes, siendo protectores para siempre en el primero y ningún día en el segundo.

## VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### A. DISCUSION

#### INTENTO SUICIDA

La prevalencia de intento suicida en los pacientes atendidos por consulta externa fue de 26%, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura que varía de 20 al 40% (5) y para otros autores del 18 al 55% (6) en pacientes con esquizofrenia y de alrededor 13.1% en pacientes con trastorno bipolar (7).

Estudios previos realizados han asociado numerosos factores al intento suicida en pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas, entre los más frecuentemente asociados se encuentran: factores demográficos, más específicamente, algunos factores de riesgo mencionados en la literatura y que son consistentes entre estudios es ser hombre, ser de raza blanca, no estar casado, tener un aislamiento social, inestabilidad social, etc. En cuanto a otros factores de riesgo se han reportado el abuso de sustancias, tener un historial familiar de suicidio, admisiones previas al hospital por intentos previos, otros factores de la enfermedad psiquiátrica en sí, donde la mayor frecuencia se atribuye a pacientes con esquizofrenia, entre otros. Se habla de que el factor que representa mayor riesgo para presentar un intento suicida es haber tenido un intento previo (2, 6, 8, 10, 30).

Como se mencionó anteriormente, otro de los factores que se encuentra frecuentemente en la literatura y que no ha mostrado consistencia entre los diferentes estudios llevados a cabo, fue el género (8, 10, 21, 32), el cual se mostró como uno de los factores demográficos asociados a tener un intento suicida, donde ser de género femenino presentó asociación al desenlace, contrario a lo reportado por Walsh *et al.* (37), donde ser hombre resultó ser un factor de riesgo para el intento suicida, cabe aclarar que en dicho estudio evaluó tanto el intento

suicida como el intento consumado, diferente al nuestro donde solo se evaluó intento suicida. Un estudio que evaluó los costos asociados con intentos suicidas en pacientes bipolares, determinó que las mujeres jóvenes tenían más probabilidad de intento suicida (38). Estudios previos afirman que el ser de género femenino se correlaciona positivamente con el intento suicida (38). Como se esperaba el género femenino presentó mayor prevalencia de intento suicida (30.4%) comparado con el masculino (19.8%), lo cual concuerda con afirmaciones de algunos autores, como se mencionó anteriormente.

El género resultó ser el único factor asociado al intento suicida en el análisis bivariado, contrario a lo que se esperaba, donde para el análisis de habían incluido el estado civil, tener una pareja estable, el estrato socio-económico, el nivel educativo, contar con una ocupación remunerada y vivir solo por estudios previos que los han asociado.

En cuanto al análisis multivariado realizado para determinar los factores asociados al hecho de haber presentado intento, se incluyeron otros factores demográficos ( $\text{sig.} \leq 0.2$ ), entre los que se encontraba el estrato, pero tampoco se encontró asociación en el modelo.

Al analizar otros factores, se encontró que el alcohol tuvo asociación con presentar intento suicida, de acuerdo a lo que se esperaba y que se reporta frecuentemente en la literatura (7, 16), donde el abuso de alcohol presentó un riesgo de 2.43 veces de tener intento suicida vs. los pacientes que no consumían alcohol dentro del grupo. Un estudio de pacientes con esquizofrenia que presentaron intentos suicidas no diferían en variables demográficas respecto a los que no presentaron intentos, sin embargo, el abuso de alcohol se presentó como un factor de riesgo significativo (47).

Por otra parte, encontramos que haber presentado hospitalizaciones menores 10 días previamente, se asoció con presentar intento suicida, duraciones de

hospitalización mayores, no se encontraron asociadas con tener intentos, este hallazgo contradice lo determinado en un estudio realizado por Pompili et al ( 7, 24), donde una estadía mayor en el hospital se presentó como un factor de riesgo para el intento suicida en pacientes con esquizofrenia, atendidos por consulta externa en el hospital. Por el contrario, este hallazgo, es consistente con un realizado en Dinamarca que determinó que alrededor de la mitad de las personas que se suicidan han sido previamente admitidas a un departamento psiquiátrico y más de un cuarto de dichos pacientes se había admitido al hospital en el año previo del suicidio (39).

De acuerdo a los análisis bivariados llevados a cabo, se pensó que las variables que podrían estar asociados el intento suicida serían: género, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, haber presentado eventos adversos debido a los medicamentos para el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica, tener 2 o más enfermedades psiquiátricas, y haber tenido hospitalizaciones previas con duración menor a 15 días. Sin embargo, solamente el género, consumo de alcohol y duración de hospitalización previa menor a 10 días explicaron el intento suicida. Sugiriendo que comportamientos prevenibles como el uso de alcohol deben ser tenidos en cuenta para la prevención del posterior intento suicida en pacientes con psicosis. La prevalencia de intento suicida fue mayor en pacientes con hospitalizaciones menores a 10 días (30.8%) comparado con pacientes con hospitalizaciones mayores a 10 días (17.7%).

## **INTENTO SUICIDA EN EL ÚLTIMO AÑO**

Como se ha mencionado con anterioridad, el estudio no solo se enfocó al hecho de que los pacientes presentaran o no intentos suicidas, sino también el tiempo donde ocurrieron los intentos, ya fuera en el último año o en los últimos 5 años de vida del paciente.

Al realizar análisis de los factores asociados al intento suicida en el último año, encontramos que la adherencia al tratamiento juega un papel muy importante en presentar el intento en este lapso de tiempo, las únicas dos variables que se encontraron asociadas fueron que los pacientes consumieran las dosis de medicamento prescritas para tratar su enfermedad mental a diario siempre (OR = 0,280) y no haber dejado de consumir los medicamentos ningún día en el último mes (OR = 0,117) es decir se mostraron como factores que redujeron la probabilidad de intento suicida en el último año. Este hallazgo, es consistente con lo reportado por Barrett et al, donde el 70% de los pacientes psicóticos estudiados realizó intentos suicidas durante períodos de psicosis donde no estaban recibiendo tratamiento (40).

La adherencia a los medicamentos para el tratamiento de la psicosis en la esquizofrenia, es un predictor importante. Pacientes con adherencia al tratamiento presentan mayor participación social y un mejor desenlace; mientras que los pacientes que no se adhieren al tratamiento están en riesgo de presentar: dependencia al alcohol, hospitalización, aislamiento social, mayor riesgo de recaídas e intento suicida posterior, de acuerdo a lo reportado por *Novick et al.* (41).

Al realizar el análisis multivariado por orden jerárquico entre las que se encontraban: estado civil del paciente, tener pareja estable, abuso de sustancias: alcohol y cigarrillo, las dos variables de adherencia previamente descritas, que la enfermedad mental fuera esquizofrenia, tener menos de 3 citas al año y haber tenido una hospitalización en el último año o menos, se determinó que ninguna de las dos variables de adherencia tenidas en cuenta y que presentaron asociación con el intento suicida en el último año, explicaba dicho desenlace. Posiblemente otras variables que no fueron tenidas en cuenta tanto en el análisis bivariado como en el modelo multivariado explican al intento suicida en el último año. Algunas variables cercanas a ser significativas en el análisis para el último año fueron que el paciente tuviera esquizofrenia y que la última hospitalización se hubiera dado

hace un año o menos. Dentro de las enfermedades psiquiátricas, la esquizofrenia además de ser la más frecuente, ha recibido especial atención debido a que estar en la primera década de la enfermedad se presenta como un factor de riesgo importante, el comportamiento de los pacientes no es el mismo a través del curso de la enfermedad. Estudios han reportado que la severidad del intento suicida varia rápidamente, pacientes con poca ideación suicida presentan un incremento en de ideación o intento suicida en los próximos 3 meses posteriores al diagnóstico. (42).

### **INTENTO SUICIDA ÚLTIMOS CINCO AÑOS**

Para este desenlace se determinó que el único factor asociado fue el consumo de alcohol. Varios estudios consideran el alcohol un factor de riesgo no solo para el intento suicida sino también para suicidio consumado e ideación suicida. Donde se reporta que no solo para la esquizofrenia, sino para cualquier enfermedad mental el riesgo de suicidio es mayor para los consumidores de alcohol y otras sustancias (43). Otro estudio llevado a cabo en Australia, determinó que un historial de consumo de alcohol en pacientes que estuvieran atravesando su primer episodio de psicosis, aumenta el riesgo de intentos suicidas múltiples en 4.43 veces (95% CI (1.05-18.7;  $p=0.043$ )). (44).

Como se ha mencionado, el uso de alcohol, no solo se asocia con mayor probabilidad de intento suicida para pacientes con esquizofrenia, sino también se ha reportado que aumenta el riesgo de intento suicida en pacientes con trastorno bipolar (45). El uso de alcohol en pacientes con trastorno bipolar es altamente prevalente y se asocia a una alta morbilidad y mortalidad. Un estudio llevado a cabo en Brasil determinó que el abuso de alcohol y dependencia al mismo, se encontraban asociados con el género masculino, un bajo nivel educativo, que la enfermedad hubiera empezado a temprana edad, psicosis en primer episodio y síntomas depresivos. La presencia de alcohol, se mostró como un factor de riesgo

asociado con altas tasas de intento suicida, sugiriendo que la co-existencia de alcohol o sustancias aumenta el riesgo de intento suicida, el cual puede verse reflejado en parte en la mayor severidad de síntomas (46). Contrario a lo que se esperaba, la prevalencia de intento suicida fue mayor en trastorno depresivo (50%) y no en pacientes con esquizofrenia (23.97%).

Ninguna de las otras variables que se pensó podría estar asociada con el intento suicida en los últimos 5 años, tuvo significancia al realizar el análisis bivariado. Para el análisis multivariado y la determinación de un modelo que pudiera explicar el mencionado desenlace, se tuvieron en cuenta variables cercanas a ser significativas como fueron el estado civil, tener pareja estable, uso de alcohol y cigarrillo, variables de adherencia (recibir medicamentos a tiempo por parte de la EPS y consumirlos en el último mes), eventos adversos que pudieran ser producidos por los medicamentos prescritos para la enfermedad psiquiátrica, tener un familiar con alguna enfermedad mental o haber presentado alguna hospitalización en el último año o menos; sin embargo, ninguna de estas variables en el modelo logró explicar el intento suicida en los últimos cinco años.

Como se ha mencionado, en la literatura hay factores que se han determinado predictores del intento suicida sin embargo estos factores siguen siendo inconsistentes entre los estudios evaluados, algunos estudios hablan de predictores como género masculino, joven, poca duración de la enfermedad, haber tenido varias admisiones durante el año previo, estar actualmente hospitalizado, tener período de estadía corto en el hospital previo al intento suicida más reciente; algunas co-morbilidades incluyen depresión, abuso de drogas, poca adherencia al tratamiento, alto nivel intelectual y presentar ideación suicida.(47) Nuestros resultados, fueron contradictorios en cuanto al género como predictor, pero mostraron consistencia en algunos predictores aceptados como haber tenido hospitalizaciones previas de corta duración y la adherencia al tratamiento como factores claves que podrían explicar el comportamiento del intento suicida en pacientes psicóticos.

La prevención del suicidio en pacientes, especialmente con esquizofrenia debe enfocarse principalmente en el riesgo de suicidio durante el tratamiento al paciente en su hospitalización y la primera semana posterior a que se dé de alta según un estudio llevado a cabo en Dinamarca (48). Dicho estudio, también acentúa la necesidad de ensayos clínicos que evalúen el efecto de tratamiento psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia.

En nuestro estudio, no fue posible encontrar todas las variables que explicaron el comportamiento del intento suicida en pacientes psicóticos a lo largo de su vida, en el último año y en los últimos 5 años, pues el tamaño de la muestra podría no ser suficiente en aquellas variables en las que la prevalencia es menor a la elegida, sin embargo se hizo una gran aproximación a las variables que podrían estar influyendo en dichos comportamientos.

Al ser un estudio de un único momento en el tiempo, este estudio no permite establecer la relación temporal entre la exposición y la enfermedad es decir, no se puede asegurar que los factores de riesgo hayan antecedido el intento suicida. Por ende, solo permite determinar factores asociados al intento suicida, más no asegurar su naturaleza ya sea de riesgo o protectora.

No se tuvo en cuenta el tipo de esquizofrenia con el que se encontraban diagnosticados los pacientes lo cual genera limitaciones en la inferencia de la información para este grupo de pacientes, al no comportarse todas por igual.

Aunque se hizo verificación de los datos por medio de la historia clínica, puede haber sesgos de memoria para algunos de los factores como el de consumo ya que los pacientes podrían no recordar consumos previos de algunas de las sustancias tenidas en cuenta, además de la dosis de consumo.

Es importante tener en cuenta que al no haberse incluido personas con suicidio consumado y por ende sus posibles episodios previos de intento suicida, se podría estar subestimando la prevalencia de los intentos suicidas. Aunque estas personas fueron excluidas.

## **B. CONCLUSIONES**

- Los factores de tipo personal asociados significativamente al intento suicida fueron el género y el consumo de alcohol y relacionado con uso de servicios fue haber tenido hospitalizaciones previas menores a 15 días, todos con aumento de probabilidad de intento suicida.
- Los factores personales relacionados al tratamiento, como la adherencia: consumir dosis completas diarias y no haber dejado de consumir en el último mes se asocia con menor probabilidad de intentos suicidas en el último año.
- El factor de tipo personal asociado positivamente con haber presentado intento suicida en los últimos 5 años fue el consumo de alcohol.
- El género, consumo de alcohol y hospitalización previa menor a 15 días fueron factores que en conjunto explicaron el intento suicida.
- La adherencia al tratamiento evaluada como dosis diarias y en el último mes explicó el intento suicida en el último año.
- El consumo de alcohol explicó el intento suicida en los últimos 5 años.
- No se encontró asociación entre los factores de tipo familiar ni relacionados con el tratamiento y el intento suicida.
- La prevalencia de intento suicida fue de 26%.

## **C. RECOMENDACIONES**

Al evaluar condiciones cuya prevalencia sea baja y por ende disminuya la precisión de la muestra disponible, es importante llevar a cabo estudios que

incluyan un número de mayor de pacientes y así aproximarse al comportamiento del intento suicida es dichas condiciones.

Hacer seguimiento a los pacientes con psicosis para controlar conductas prevenibles como el consumo de alcohol la cual se muestra como un factor importante asociado con el intento suicida.

Asegurar los medicamentos a tiempo para el tratamiento de enfermedades psicóticas, ya que de esta forma podrán evitarse desenlaces negativos para los pacientes. La adherencia podría disminuir el riesgo de intentos, de esta manera también se controlarían factores como costos que acarrear los pacientes que presentan intentos suicidas.

Es importante llevar a cabo nuevos estudios e idealmente estudios prospectivos longitudinales en los cuales sea posible establecer factores causales.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Suicide huge but preventable public health problem. Sept.2004. WHO Geneva, Switzerland.
2. World Health Organization. Prevention of suicide: public health papers No.35.Geneva, Switzerland: WHO, 1968.
3. Zhu B, Ascher-Svanum H, Faries DE, Peng X, Salkever D, Slade EP. Costs of treating patients with schizophrenia who have illness-related crisis events. *BMC Psychiatry*. 2008 Aug 26;8:72.
4. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry*. 1999;156(2):181-9.
5. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *The American journal of psychiatry*. 1999;156(8):1276-8.
6. Radomsky ED, D P, Haas GL, et al. and Other Psychotic Disorders. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 1999; 156 (10): 1590-1594.
7. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of general psychiatry*. 2003;60(1):82-91.
8. Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*. 2007;6:10.
9. Fancher TL, Conner KR, Duberstein PR, Sue S. Lifetime Suicidal ideation and Suicide Attempts in Asian Americans. *NIH Public Access*. October. 2010;1(1):18-30.
10. Batty G D, Whitley E, Deary I J, Gale R K, et al. Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1109475 Swedish men. *BMJ*. 2010; 340: 1-8.
11. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC psychiatry*. 2010; 10(1):109.
12. Bjornaas M A, Hovda KE, Heyerdahl F, et al. Suicidal intention, psychosocial factors and referral to further treatment: a one-year cross-sectional study of self-poisoning. *BMC psychiatry*. 2010;10:58.
13. Casey P R, Dunn G, Kelly B D , et al. Factors associated with suicidal ideation in the general population. Five-centre analysis from the ODIN study.*Br J Psychiatry* 2006; 189: 410-415.
14. Fiori LM, Wanner B, Jomphe V, et al. Association of polyaminergic loci with anxiety, mood disorders, and attempted suicide. *PLoS one*. 2010;5(11):e15146.
15. Pérez O I, Ibáñez P M, Reyes F J C, Atuesta FJY, Suárez D M J . Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*. 2008;10(3):374-385.
16. Ryu V, Jon D-I, Cho HS, et al. Initial depressive episodes affect the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorder. *Yonsei medical journal*. 2010;51(5):641-647.
17. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2010;24(4 Suppl):81-90.

18. Shrivastava A, Johnston ME, Shah N, et al. Persistent suicide risk in clinically improved schizophrenia patients: challenge of the suicidal dimension. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2010;6:633-638.
19. Kim SW, Kim SJ, Mun JW, et al. Psychosocial factors contributing to suicidal ideation in hospitalized schizophrenia patients in Korea. *Psychiatry investigation*. 2010;7(2):79-85.
20. Preti A, Meneghelli A, Pisano A, Cocchi A. Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: Results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophrenia Research*. 2009; 113 (2): 145-150.
21. Joe S, Baser RE, Breeden G, Neighbors HW, Jackson JS. Prevalence of and risk factors for life time suicide attempts among blacks in the United States. NIH Public Access. 2009;296(17):2112-2123.
22. Henderson M, Hotopf M, Shah I, Hayes RD, Kuh D. Psychiatric disorder in early adulthood and risk of premature mortality in the 1946 British Birth Cohort. *BMC psychiatry*. 2011;11(1):1-7.
23. Dias L, Souza DM, Azevedo R, et al. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years : prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009;32:37-41.
24. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2011;10(1):40-4.
25. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC psychiatry*. 2011;11(1):1.
26. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*. 2004;24(8):957-979.
27. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, et al. The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical epidemiology*. 2010;2:23-8.
28. Goldberg JF, Ernst CL, Bird S. Predicting hospitalization versus discharge of suicidal patients presenting to a psychiatric emergency service. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*. 2007;58(4):561-5.
29. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *The American journal of psychiatry*. 2004;161(1):53-8.
30. Yıldız M, Yazıcı A, Böke O. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: a multi center cross-sectional case record study. *Turkish journal of psychiatry*. 2010;21(3):213-6.
31. Johannesen JO, Friis S, D P, et al. Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2006;(May):800-804.
32. Bakst S, Rabinowitz J and Bromet E. Is Poor Premorbid Functioning a Risk Factor for Suicide Attempts in First-Admission Psychosis. *Schizophr Res*.2010; 116 (2-3).
33. Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, et al. Suicide Attempts and Related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC psychiatry*. 2011;11(1):51.
34. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994

35. Luis M. Molinero seh-lilha.org, España, Noviembre 2002, Cálculo del tamaño de la muestra. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/tamuestra.htm>
36. Ibañez Pinilla M. Factores Modificables, asociados a hospitalización en pacientes psicóticos. Bogotá, Universidad del Valle; Enero 2010
37. Walsh E, Harvey K, White I, Fraser J, Higgitt A and Murray R. Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management: Report from the UK700 trial. *The British Journal of Psychiatry*, Mar 2001; 178: 255 - 260.
38. Stensland MD, Zhu B, Ascher-Svanum H, Ball DE. Costs associated with attempted suicide among individuals with bipolar disorder. *J Ment Health Policy Econ*. 2010 Jun;13(2):87-92.
39. Nordentoft M, Laursen TM, Agerbo E, et al. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-97: nested case-control study. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2004;329(7460):261.
40. Barrett E A, Sundet K, Faerden A, Nesvag R, et al. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophrenia Research - June 2010*; 119 (1): 11-17.
41. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, et al. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia *Psychiatry Research*, 2010: 176 (2) 109-113.
42. Young a S, Nuechterlein KH, Mintz J, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1998;24(4):629-34.
43. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, Salleron J, Vaiva G, Amariei A, Plancke L, Duhamel A. Suicide risk and suicide attempt in North Pas de Calais Region. Lessons from the survey Mental Health in General Population. *Encephale*. 2010;36(3 Suppl):39-57
44. Robinson J, Harris MG, Harrigan SM, Henry LP, Farrelly S, Prosser A, Schwartz O, Jackson H, McGorry PD. Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. *Schizophr Res*. 2010 Jan;116(1):1-8.
45. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):693-704.
46. Cardoso BM, Kauer Sant'Anna M, Dias VV, Andrezza AC, Ceresér KM, Kapczinski F. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. . 2008 Sep;42(6):451-7.
47. Uzun O, Tamam L, Ozculer T, Doruk A and Unal M. Specific characteristics of suicide attempts in patients with schizophrenia in Turkey. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009; 46(3):189-194.
48. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull*. 2007 Nov;54(4):306-69.

**ANEXO 1:  
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO**

Los puntos a evaluar sobre el instrumento fueron:

1. El lenguaje en este instrumento fue entendible?

SI

NO

**Explique**

---

---

2. ¿Todas las preguntas fueron comprendidas?:

SI

NO ¿Cual/es no? **Explique**

---

---

3. ¿Los términos utilizados fueron todos comprendidos?

SI

NO ¿Cual/es no?

---

---

4. ¿Cómo clasificaría usted la extensión del cuestionario?:

Poco extenso

Extensión adecuada

Demasiado extenso

5. ¿Cuánto tiempo se demoró respondiendo el cuestionario? \_\_\_\_\_

6. Tiene algún tipo de comentarios acerca del cuestionario y su diligenciamiento

---

---

**ANEXO 2**  
**CUESTIONARIO**  
**FACTORES DE RIESGO PREVENIBLES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIÓN**  
**EN PACIENTES PSICÓTICOS**

Fecha de consulta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Dd mm aaaa

IPS de Consulta Externa: \_\_\_\_\_

Formato No. \_\_\_\_\_ Número de Historia clínica \_\_\_\_\_

Fecha de diligenciamiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Dd mm aaaa

No. de cédula: \_\_\_\_\_

**I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE**

101. Género:

1. Masculino \_\_\_\_\_
2. Femenino \_\_\_\_\_

102. ¿Cuál es la edad actual del paciente en años cumplidos?

1. \_\_\_\_\_ años

103. ¿Cuál es el estado civil actual del paciente?

1. Unión libre
2. Casado
3. Soltero
4. Separado
5. Viudo

104. ¿El paciente tiene en el momento una pareja estable?

1. Si \_\_\_\_\_
2. No \_\_\_\_\_

105. Si el paciente tiene pareja estable, ¿hace cuánto la tiene?

1. \_\_\_\_\_ días
2. \_\_\_\_\_ meses
3. \_\_\_\_\_ años

106. ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó el paciente?

1. Ninguno 0
2. Primaria 1 2 3 4 5
3. Secundaria 6 7 8 9 10 11
4. Universitario 12 13 14 15 16
5. Postgrado 17 18 19 20 21
6. Otros estudios \_\_\_\_\_

107. ¿Cuál ha sido la actividad principal del paciente durante los últimos doce meses?

\_\_\_\_\_

108. ¿Tiene el paciente un trabajo u ocupación remunerada?

1. Si \_\_\_\_\_
2. No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

109. ¿Cómo es el desempeño laboral del paciente?

1. Excelente
2. Sobresaliente
3. Bueno
4. Aceptable
5. Deficiente

110. ¿Qué otras actividades realiza el paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

111. ¿Cuál es el estrato socioeconómico actual del paciente (según recibo de servicios públicos)?

1. \_\_\_\_\_ I
2. \_\_\_\_\_ II
3. \_\_\_\_\_ III
4. \_\_\_\_\_ IV
5. \_\_\_\_\_ V
6. \_\_\_\_\_ VI

112. ¿En qué barrio y localidad se encuentra la casa del paciente?

1. Barrio \_\_\_\_\_
2. Localidad \_\_\_\_\_

113. ¿En la actualidad con qué personas vive el paciente?

1. Con miembros de su familia
2. Con una familia diferente a la suya

- 3. Vive solo
- 4. En otro lugar. ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**II. CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

201. ¿Cuándo fue la última vez que el paciente consumió bebidas alcohólicas?  
Hace:

- 1. \_\_\_\_ días
- 2. \_\_\_\_ meses
- 3. \_\_\_\_ años
- 4. \_\_\_\_ Nunca ha consumido

202. ¿Cuántos días consumió bebidas alcohólicas el paciente durante el último mes?

- 1. \_\_\_\_ Días

203. Si el paciente consume bebidas alcohólicas, ¿Hace cuánto las consume?

- 1. \_\_\_\_ días
- 2. \_\_\_\_ meses
- 3. \_\_\_\_ años
- 4. \_\_\_\_ Nunca ha consumido

204. ¿Cuando el paciente empieza a consumir alcohol puede parar de beber?

- 1. \_\_\_\_ Siempre
- 2. \_\_\_\_ Casi siempre
- 3. \_\_\_\_ Algunas veces
- 4. \_\_\_\_ Casi nunca
- 5. \_\_\_\_ Nunca

205. ¿Cuáles de las siguientes sustancias psicoactivas ha consumido durante el último mes? (Respuesta múltiples)

Sustancias	Consumo último mes
1. Cigarrillo	
2. Marihuana	
Cocaína	
4. Basuco	
5. Extasis	
6. Otras cuales _____	

**j. ACCESO Y ADHERENCIA**

301. En los últimos treinta días, ¿el paciente ha tenido todos sus medicamentos

psiquiátricos a tiempo?

1.  Si
2.  No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

302. En los últimos treinta días, ¿al paciente le han entregado la totalidad de los medicamentos que toma?

1. Si
2. No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

303. En el último año, ¿con qué frecuencia la EPS ha entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Algunas veces
4.  Casi nunca
5.  Nunca

304. ¿El paciente consume a diario las dosis completas de los medicamentos que le formula su médico tratante?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Algunas veces
4.  Casi nunca
5.  Nunca

305. En los últimos treinta días, ¿cuántos días el paciente dejó de tomar los medicamentos que le formularon para tratar su enfermedad mental?

1. 00 días
2. 01-05 días
3. 06-10 días
4. 11-15 días
5. 16-20 días
6. 21-30 días

306. ¿El paciente consume para su enfermedad mental alguno(s) de los siguientes medicamentos? (Respuestas múltiples)

1. Haloperidol
2. Clozapina
3. Risperdal, Olanzapina o quetiapina
4. Sinogán
5. Otros. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
6. No sabe

307. ¿Qué tipo de complicaciones (eventos adversos) le ha generado el consumo

de los medicamentos formulados para su enfermedad mental al paciente?  
(Respuestas múltiples)

1. Mareos
2. Temblor
3. Rigidez
4. Estreñimiento
5. Visión borrosa
6. Problemas sexuales
- 7.

Cuáles? \_\_\_\_\_

Otros,

8. Ninguno

308. ¿Este tipo de complicaciones (eventos adversos) han hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos?

1. \_\_\_\_ Si
2. \_\_\_\_ No (pase a pregunta 401)

309. ¿Cuáles han sido las razones del paciente para no consumir los medicamentos formulados para su enfermedad mental? (Respuestas múltiples)

1. No asistencia a consultas
2. Complicaciones del medicamento (eventos adversos)
3. Distancias muy largas para solicitar medicamentos
4. Insuficientes dosis para el paciente A
5. Otras

razones.

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

#### IV. ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD

401. ¿Qué enfermedades orgánicas (distintas a las psiquiátricas) tiene actualmente el paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

402. ¿Qué enfermedad psiquiátrica tiene actualmente el paciente? (Respuestas múltiples)

1. Esquizofrenia
2. Trastorno afectivo bipolar
3. Trastorno psicótico agudo
4. Trastorno esquizoafectivo
5. Trastornos depresivos
6. Dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol e ilegales)
7. Otras

enfermedades.

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

403. ¿El paciente reconoce que tiene una enfermedad mental?

1.  Sí
2.  No

404. ¿Cuáles familiares del paciente tienen o tuvieron enfermedades mentales?  
(Respuestas múltiples)

1. Padre
  2. Madre
  3. Hermano (a)
  4. Abuelos
  5. Tíos (a)
  6. Hijos (a)
  7. Otros familiares.
- ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
8. Ningún familiar

405. ¿Si el paciente tiene familiares con enfermedad mental, alguno(a) de ellos vive en la casa donde reside el paciente?

1.  Sí
2.  No

406. ¿Qué edad tenía el paciente cuando se iniciaron los síntomas de su enfermedad mental?

1.  Años

407. ¿Qué edad tenía el paciente cuándo le diagnosticaron la enfermedad mental por la que consulta o por la que ha estado hospitalizado?

1.  Años

## V. CITAS Y HOSPITALIZACIONES

501. En el último año ¿El paciente ha cumplido todas las citas psiquiátricas que fueron solicitadas?

1. Sí
2. No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

502. ¿Cuántas consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en el último año?

1. < 3 citas
2. 3-5 citas
3. 6-10 citas
4. 11-14 citas
5. 15-19 citas
6. >= 20 citas

503. ¿Cuántas consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en los últimos tres

meses?

1. \_\_\_\_ citas

504. Si el paciente no ha asistido a consultas psiquiátricas en los últimos tres meses, ¿por qué ha ocurrido esto?

---

---

---

---

504. A lo largo de la vida ¿cuántas veces ha estado hospitalizado el paciente debido a su enfermedad mental? \_\_\_\_\_ Veces (Incluir la última si el paciente está hospitalizado)

505. ¿Cuándo fue la última hospitalización psiquiátrica del paciente? Hace:

1. \_\_\_\_ días

2. \_\_\_\_ meses

3. \_\_\_\_ años

506. ¿Cuánto tiempo de duración tuvo la última hospitalización? \_\_\_\_\_ días

## VI. COMPOSICIÓN FAMILIAR Y ADAPTACIÓN (ESCALA)

601. ¿Qué personas conforman actualmente el hogar del paciente? (Respuestas múltiples)

1. Esposo (a)
2. Hijos (a) del paciente
3. Padre del paciente
4. Madre del paciente
5. Hermanos (a) del paciente
6. Abuelos del paciente
7. Tíos (a) del paciente
8. Otras personas

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

602. ¿Aparte de su familia, el paciente se relaciona con otras personas?

1. \_\_\_\_ Siempre
2. \_\_\_\_ Casi siempre
3. \_\_\_\_ Algunas veces
4. \_\_\_\_ Casi nunca
5. \_\_\_\_ Nunca

603. ¿El paciente es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares?

1. \_\_\_\_ Siempre

2.  Casi siempre
3.  Algunas veces
4.  Casi nunca
5.  Nunca

## VII AUTOAGRESIÓN

701. El paciente ha realizado a lo largo de la vida intentos suicidas?

1.  Si
2.  No pase al capítulo VIII

702. A lo largo de la vida, que número de intentos suicidas ha tenido el paciente?

\_\_\_\_\_

703 Cuando fue la última vez que realizó un intento suicida el paciente?

- días  
 meses  
 años

ANEXO 3  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
FACTORES ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES PSICÓTICOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es muy importante que usted lea y entienda ciertos puntos importantes en la realización de este estudio:

- (a) La participación en este estudio es totalmente voluntaria.
- (b) La naturaleza de esta investigación, su propósito, sus limitaciones, sus riesgos, sus inconvenientes, incomodidades y cualquier información pertinente al resultado de este, le será explicada por el equipo de investigadores.
- (c) Si tiene algún interrogante sobre el estudio por favor no dude en manifestarlo a alguno de los investigadores, quien con mucho gusto, le contestará sus preguntas
- (d) **CONFIDENCIALIDAD:** La información que ustedes suministraran mediante el cuestionario son de carácter absolutamente confidencial y para propósitos exclusivos de investigación científica, de manera que solamente usted y el equipo de investigación tendrá acceso a estos datos, no tendrá forma de identificación. Por ningún motivo se divulgará esta información sin su consentimiento.
- (e) De acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”), este estudio puede ser clasificado como una “Investigación con riesgo mínimo”. Se cumplirá con lo establecido por el Ministerio de Protección Social colombiano (antiguo Ministerio de Salud), la ley 84 de 1989 y la ley 2381 de 1993.
- (f) El estudio sigue los lineamientos jurídicos y éticos contemplados en la última modificación (Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos”). También se desarrolla de acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”), y cumplirá con la ley 84 de 1989 y la ley 2381 de 1993 establecida por el Ministerio de Protección Social Colombiano (antiguo Ministerio de Salud), este estudio puede ser clasificado como una “Investigación con riesgo mínimo”.

Cualquier información adicional usted puede obtenerla directamente con:  
Dr. Milcíades Ibáñez Pinilla y Dra. Claudia Vanegas. Tel (91)6252111 (Ext. 1504),  
316-8758728 o clínica de la Paz.

**EXPLICACIÓN DEL TRABAJO**

**OBJETIVO:**

Dado al aumento de hospitalización de pacientes psicóticos y los costos que se generan para el sistema general de seguridad social, es importante para este estudio Identificar los factores prevenibles asociados con la frecuencia de hospitalización en pacientes psicóticos en Bogotá.

**PROCEDIMIENTO:**

Este estudio es observacional sin ninguna intervención para el paciente y por lo tanto es una "Investigación con riesgo mínimo". Donde se evaluarán factores relacionados con hospitalización mediante un cuestionario y se completará con la información de la historia clínica del paciente, teniendo en cuenta la confidencialidad de la información obtenida

**BENEFICIOS ADICIONALES:**

Poder generar en estos factores modificables, permitirán generar programas de prevención para disminuir la hospitalización y aumentar la calidad de vida de los pacientes y por lo tanto disminuir los costos para el sistema de salud.

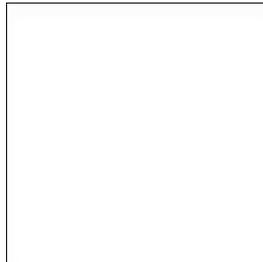
**AUTORIZACION VOLUNTARIA DEL ESTUDIO**

Habiendo sido enterado/a del contenido del presente estudio, informado/a que no tendré ningún beneficio directo ni problemas en el mismo y que se han resuelto todas mis dudas acerca de la investigación, Yo (paciente o cuidador)

\_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en el estudio  
CC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma paciente o cuidador/representante legal

\_\_\_\_\_  
Huella digital índice derecho



\_\_\_\_\_  
Firma testigo 1  
CC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigador principal

Bogota D.C Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd mm aaaa

Anexo 4. Tabla 21 Definición y operación de las variables de estudio

FACTORES	VARIABLES	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA CATEGORIA	O	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIALES	RELACION VARIABLE	FUENTE PRINCIAL
Adherencia a tratamiento	Acceso a los medicamentos	1. Puntualidad en la entrega de medicamentos en el último mes	1. Si 2. No		Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		2. Entrega total o parcial de la medicación, último mes	1. Si 2. No		Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		3. Frecuencia con que la EPS ha entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente	1. siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca		Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Toma del medicamento	1. Toma de todas las dosis completas diariamente dada por el médico tratante  2. Número de días que dejo de tomar los medicamentos en el último mes	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca		Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Complicaciones o eventos adversos medicamentosos	Tipo de eventos adversos que presenta por consumo de medicamentos psiquiátricos.	1.Ninguna 2.Mareos 3.Temblores 4.Rigidez 5.Estreñimiento 6.Visión borrosa		Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario

			7.Problemas sexuales 8.Otros,				
	Razones de no consumo del medicamento	Tipo de razones de no consumir los medicamentos anti-psicóticos.	1.No asistencia a consultas 2.Complicaciones del medicamento (eventos adversos) 3.Distancias muy largas para solicitar medicamentos 4.Insuficientes dosis para el paciente 5. Otras razones	Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Uso de medicamentos no psiquiátricos	Consumo de otros medicamentos diferentes a los de su enfermedad psiquiátrica.	1.Si 2.No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
Adherencia a la consulta	Cumplimiento de las citas	Cumplimiento de las citas en el último año	1.Si 2.No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Frecuencia de citas	Número de citas en el último año y últimos 3 meses	1. < 3 citas 2. 3-5 citas 3. 6-10 citas 4. 11-14 citas 5. 15-19 citas 6. >= 20 citas	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
Comorbilidad	Consumo de alcohol	Consumo actual y/o periódico	1. Si 2. No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		Frecuencia en días de consumo	Número de días en el último mes	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario
	Consumo de otras sustancias	Consumo en el último mes.	1. Si 2. No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario

		Frecuencia en días de consumo en el último mes	Número de días en el último mes	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario
	Otras enfermedades	Presencia de otras enfermedades orgánicas diferentes a las psiquiátricas	Tipo de enfermedades	Nominal-politómica	cualitativa	Independiente	Cuestionario
Aspectos de la enfermedad	Enfermedad Psiquiátrica	Diagnóstico actual del paciente	1. Esquizofrenia 2. Trastorno afectivo bipolar 3. Trastorno psicótico agudo 4. Trastorno esquizoafectivo 5. Trastornos depresivos 6. Dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol e ilegales) 7. Otras enfermedades	Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario Enfermedades orgánicas actuales del paciente
	Enfermedades orgánicas	Enfermedades orgánicas actuales del paciente	Tipo de enfermedad	Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Reconocimiento de la enfermedad	El paciente reconoce su enfermedad mental	1. Si 2. No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Edad de inicio de la enfermedad	Edad de inicio de síntomas de enfermedad mental	Años	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario
	Edad del diagnóstico de la enfermedad	Edad del diagnóstico de la enfermedad	Años	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario

	Antecedentes familiares de enfermedad mental	El paciente tiene familiares con enfermedad mental	1.Si 2.No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Personas con antecedentes familiares de enfermedad mental	Personas que tienen o tuvieron enfermedades mentales de la familia del paciente	1. Padre 2. Madre 3. Hermano (a) 4. Abuelos 5. Tíos (a) 6. Hijos (a) 7. Otros familiares. 8. Ningún familiar	Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Convivencia familiares con enfermedad mental	Actualmente convive con familiares con enfermedad mental	1.Si 2.No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
<b>Demográficas</b>	Edad	Años cumplidos del paciente en el momento de	Años cumplidos	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario
	Educación	Último año de estudios aprobado en su respectivo nivel educativo.	1.Ninguno (0) 2.Primaria (1,5) 3.Secundaria (1,6) 4.Universitaria (1,7) 5.Postgrado (1,4)	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario
	Género	Clasificación	1.Masculino 2.Femenino	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Estado civil	Estado civil actual del paciente	1.Unión libre 2.Casado 3.Soltero 4.Separado 5.Viudo	Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Ocupación	Actividad principal del paciente en el último año y otras actividades	Tipo de actividad laboral Otras actividades	Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario

		Trabajo u ocupación remunerada	1. Si 2. No	Nominal-dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		Desempeño laboral del paciente	1. Excelente 2. Sobresaliente 3. Bueno 4. Aceptable 5. Deficiente	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Estrato	Condición socioeconómica actual del paciente dada por criterio de servicios públicos	I. II. III. IV. V. VI.	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Pareja estable	Tiene actualmente pareja estable	1.Si 2. No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		Tiempo con su pareja estable	Meses, días	Continua	Numérica	Independiente	
<b>Composición familiar</b>	Conformación del hogar	Personas que conforman el hogar del paciente	1. Esposo (a) 2. Hijos (a) del paciente 3. Padre del paciente 4. Madre del paciente 5. Hermanos (a) del paciente 6. Abuelos del paciente 7. Tíos (a) del paciente 8. Otras personas	Nominal-politómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	Relación con otras personas	Frecuencia de relación con otras personas	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario

	Compañía en las consultas	Frecuencia de compañía en las consultas por los familiares	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
<b>Autoagresión</b>	Intento suicida	Intento suicida a lo largo de la vida del paciente	1. Si 2. No	Nominal	Cualitativa	Dependiente	Cuestionario
	Frecuencia de intentos suicidas	Número de intentos suicidas a lo largo de la vida del paciente	Número de intentos	Discreta	Numérica	Dependiente	Cuestionario
	Tiempo del último intento	Tiempo de último intento de suicidio del paciente	Días Meses Años	Continua	Numérica	Dependiente	Cuestionario
<b>Actividad global</b>	Actividad global	Nivel de actividad en síntomas jerárquico, medido por la escala de evaluación de la actividad global (EEAG)	Escala de evaluación de la actividad global	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario
<b>Hospitalización</b>	Hospitalizaciones	Número de hospitalizaciones psiquiátricas a lo largo de su vida  Tiempo de duración de la última hospitalización	Número de hospitalizaciones	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario