



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**Temperamentos afectivos, dimensiones emocionales
y estilos de afrontamiento en pacientes con diagnóstico de
trastorno bipolar con riesgo suicida**

Tesis para obtener el grado de especialidad en psiquiatría que presenta:
Valeria Melina Angulo Franco

Tutor teórico:
Dr. Francisco Romo Nava

Tutor metodológico:
Dr. Carlos Berlanga Cisneros

Facultad de Medicina



México, Distrito Federal, junio 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	5
Sección 1	6
1.1. Estrés y adaptación	6
1.2. Temperamento	7
1.3. Afrontamiento	8
1.4. Suicidio	11
1.5. Factores de riesgo suicida	13
1.6. Suicidio y trastorno bipolar	15
1.7. Temperamento y afrontamiento en trastorno bipolar	17
1.8. Temperamento y afrontamiento asociados a riesgo suicida en trastorno bipolar	18
Sección 2	20
2.1. Planteamiento del problema	20
2.2. Pregunta de investigación	20
2.3. Justificación	20
2.4. Hipótesis	22
2.5. Objetivos de la investigación	22
2.5.1. Objetivo general	22
2.5.2. Objetivos específicos	22
Sección 3	23
3.1. Material y métodos	23
3.1.1. Tipo de estudio	23
3.1.2. Población en estudio	23
3.2. Criterios de participación	23
3.2.1. Criterios de inclusión	23
3.2.2. Criterios de exclusión	23
3.2.3. Criterios de eliminación	23
3.3. Métodos de recolección de datos	24
3.3.1. Procedimiento	24
3.3.2. Diagrama de recolección de datos	25

3.3.3. Clinimetría	26
3.3.3.1. AFECTS	26
3.3.3.2. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)	27
3.3.3.3. PHQ-9	28
3.3.3.4. Escala de Ideación Suicida de Beck	28
3.3.3.5. Escala de Desesperanza de Beck	29
3.3.4. Variables	30
3.3.5. Análisis estadístico	31
Sección 4	32
4.1. Consideraciones éticas	32
4.2. Consentimiento informado	33
Sección 5	34
5.1. Resultados	34
5.1.1. Resultados sociodemográficos	34
5.1.2. Resultados clínicos	35
5.1.3. Grupos de comparación relacionados a riesgo suicida	36
5.1.4. Diferencias en riesgo suicida entre subgrupos	37
5.1.5. Grupos de mayor riesgo	40
5.1.6. Temperamentos afectivos en el estudio	41
5.1.7. Riesgo suicida en los grupos de estudio	43
5.1.8. Riesgo suicida y estilos de afrontamiento al estrés	47
Sección 6	48
6.1. Discusión	48
Conclusiones	51
Bibliografía	52

Agradecimientos

Me gustaría agradecer particularmente a los doctores Francisco Romo Nava, Carlos Berlanga Cisneros y Ana Fresán Orellana, por su apoyo, disposición y paciencia a lo largo de la realización de este trabajo, así como por la invaluable orientación que me otorgaron.

Además, quiero agradecer al doctor Héctor Sentíes Castellá por el apoyo que junto con mis tutores brindó durante algunas dificultades que encontramos al inicio de mi trabajo de tesis. Así como a la doctora Claudia Becerra Palars por permitir el desarrollo de esta investigación en la clínica a su cargo.

También quiero agradecer a mis padres, hermana, y a toda mi familia por su incondicional apoyo y cariño.

Temperamento y estilos de afrontamiento asociados a riesgo suicida en pacientes con trastorno afectivo bipolar

Introducción

El suicidio es un tema de principal importancia debido a las implicaciones que posee para el individuo y su entorno, así como por su frecuencia, y también por el carácter potencialmente evitable de los actos suicidas. Aún cuando en las últimas décadas se han multiplicado los esfuerzos para la prevención del suicidio, su incidencia no se ha logrado modificar de forma significativa. Actualmente, para la mayoría de los grupos de población, no es posible predecir el riesgo suicida con la precisión necesaria. Resulta importante continuar con la labor de identificar posibles predictores de suicidio con el propósito de prevenir la conducta suicida caracterizada por intentos autolíticos y suicidio consumado.

De manera general, el mayor riesgo para realizar un intento suicida se ha asociado con el diagnóstico de trastornos afectivos. A su vez se ha encontrado una mayor frecuencia en pacientes con trastorno afectivo bipolar en comparación con trastorno unipolar. El suicidio en los pacientes con trastorno bipolar es desafortunadamente una consecuencia grave y en cierta medida frecuente, y debe tratarse de un objetivo primordial de intervenciones terapéuticas en el estudio de este trastorno.

Una vez que ha sido planteada la necesidad de continuar investigando los factores causales del suicidio, se propone el identificar las características individuales de rasgo que puedan contribuir al desarrollo de las conductas suicidas. Los recursos personales que permiten contender al hacerse el diagnóstico inicial de trastorno afectivo bipolar, así como con los diferentes episodios sintomáticos de la enfermedad, pueden ser comprendidos por medio de los conceptos de: adaptación, temperamento, y estilos de afrontamiento del individuo. Estas variables serán analizadas en nuestro estudio para determinar su posible contribución a la conducta suicida en el contexto del trastorno bipolar.

SECCIÓN 1

1.1. Estrés y adaptación

El concepto de *estrés* proviene de la física y se refiere a la fuerza que se aplica sobre un objeto capaz de vencer las resistencias que lo conforman y lograr deformar su estructura original. En psicología y psiquiatría se entiende por estrés el conjunto de reacciones fisiológicas que se producen ante la percepción de situaciones adversas o amenazantes. Estas reacciones son adaptativas, sin embargo están diseñadas para afrontar sucesos a corto plazo. En ciertas ocasiones, las situaciones estresantes son continuas y producen una respuesta de estrés sostenida, que puede llegar a ser perjudicial para la salud del individuo. Su menor o mayor impacto nocivo dependerá de la percepción subjetiva de cada persona, así como de su reactividad emocional, relacionadas ambas a variables como la personalidad, el temperamento, y la experiencia individual previa (1).

El modelo transaccional del estrés propuesto por Lazarus y Folkman en 1977 se centra básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan entorno a una situación estresante. Para los autores la experiencia que ocasiona una respuesta de estrés resulta de las transacciones entre la persona y el entorno que dependen del impacto del estresor ambiental. Al enfrentar un estresor, en primer lugar el individuo realiza una evaluación primaria o juicio acerca del significado de la situación para calificarla como estresante. Posteriormente, una evaluación secundaria determinará los posibles recursos y opciones de los que se dispone para hacer frente a dicha situación (2).

Se han determinado las variantes del estrés conocidas como *eustrés* y *distrés*. La primera hace referencia al estrés positivo en el cual la situación desafiante no logra romper el equilibrio orgánico, y el individuo es capaz de enfrentarse a las situaciones de una manera óptima. Por otra parte, el *distrés* ocasiona una ruptura del equilibrio y la respuesta adaptativa no logra conservar la estabilidad o la integridad del organismo. En el *distrés* la manera de enfrentarse a las situaciones estresantes ha sido sub-óptima y el individuo se encuentra vulnerable a efectos perjudiciales (daño y pérdida) (1, 3).

En relación al concepto de *adaptación*, ésta usualmente se refiere al bienestar psicosocial y a la habilidad de llevar a cabo actividades físicas y psicológicas en un estado particular que no es regular para la persona (4). Lazarus y Folkman organizaron la adaptación dentro de tres dimensiones: funcionamiento social, moral, y salud somática (2). La adaptación pareciera el resultado final de un complejo proceso en el que varios factores contribuyen a mantener el bienestar del individuo que se enfrenta a una situación de estrés sostenido.

1.2. Temperamento

Entre los mecanismos individuales que influyen sobre la adaptación en los pacientes con trastornos psiquiátricos es fundamental definir carácter y temperamento. La definición de *carácter* designa a los rasgos de la personalidad que son moldeados por los procesos del desarrollo y las experiencias de la vida (5). El *temperamento* en cambio se refiere a las disposiciones psicológicas innatas que configuran el núcleo de la personalidad (6). Los *rasgos* se referirán a su vez a tendencias dinámicas de la conducta que resultan de la integración de hábitos específicos que expresan un modo característico de reacción de los individuos a los estímulos del medio ambiente. El rasgo es la unidad de la personalidad y tiene diversas jerarquías y niveles. La *personalidad* aquí se refiere a la organización de los rasgos temperamentales (6).

Existen múltiples teorías actuales sobre el temperamento, las cuales coinciden principalmente en señalar que el temperamento tiene fundamentos biológicos y hereditarios que subyacen a sus características, y que las emociones son el núcleo que define esas características. Una utilidad principal del estudio del temperamento es la de establecer cuál es la contribución que este hace a las respuestas adaptativas o maladaptativas del individuo. Existe controversia respecto a si algunas conductas representan rasgos temperamentales que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología (7).

Un modelo que busca integrar el concepto de temperamento con implicaciones para el comportamiento y estado afectivo, tanto normal como patológico, así como para la personalidad, es el propuesto por Lara y Akiskal (2006). En este modelo el temperamento es concebido en dos dimensiones independientes de activación (enojo e impulso) e inhibición (miedo y precaución) emocionales, de cuyas combinaciones se derivan una variedad de estados afectivos. Este modelo

pretende integrar los conceptos de temperamento emocional y temperamento afectivo inicialmente descritos por Cloninger, y Kraepelin y Akiskal, respectivamente (8).

El modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger ofrece un abordaje multidimensional fundamentado en estudios neurobiológicos y biogénéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del sujeto hacia: el daño, la evitación y la recompensa. Posteriormente, Cloninger complementó esta descripción del temperamento con otras tres dimensiones caracterológicas centradas en el aprendizaje consciente y social del individuo: autodirección, cooperación y autotranscendencia (9).

De entre los muchos instrumentos que existen para valorar las dimensiones del temperamento y carácter, incluidos los derivados del modelo de Cloninger, el instrumento derivado del modelo de Lara y Akiskal es la escala denominada Affective and Emotional Composite Temperament (AFECTS). Este instrumento muestra una integración de los constructos de temperamentos emocional y afectivo; el temperamento emocional dividido en seis dimensiones: volición, enojo, inhibición, sensibilidad, afrontamiento, y control; y los temperamentos emocionales categorizados como nueve: eufórico, desinhibido, irritable, hipertímico, eutímico, obsesivo, volátil, disfórico, ciclotímico, apático, ansioso, y depresivo. La escala AFECTS es autoaplicable, constando de 62 ítems, con una sección emocional y una sección afectiva, así como dos cuestionamientos para evaluar conflictos y beneficios asociados al temperamento (8).

1.3. Afrontamiento

El concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que se llevan a cabo para hacer frente a una situación amenazante. Algunos autores prefieren limitar los recursos de afrontamiento a respuestas voluntarias, mientras que otros incluyen respuestas involuntarias (inconscientes) a este constructo (10). El afrontamiento del estrés es un concepto de gran interés para la psicología clínica y la psicopatología, ya que la manera de hacer frente a una situación adversa puede actuar como mediador entre el estresor y cambios perjudiciales en la salud (11).

Al hablar de *estilos de afrontamiento* nos referimos a la forma más frecuente de afrontamiento a largo plazo que el individuo tiende a utilizar frente a una variedad de diferentes situaciones. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* consisten más bien en los esfuerzos que aparecen en situaciones específicas, es decir, los métodos que utiliza la persona para adaptarse en cada caso particular (10).

Resulta necesario revisar el concepto de *regulación emocional* propuesto por Lazarus, el cual se encuentra en relación con su modelo transaccional de respuesta al estrés y con los diferentes mecanismos de afrontamiento. El autor y sus colaboradores describen a la regulación emocional como un conjunto de estrategias dirigidas a cambiar la manera como se piensa o siente acerca de la situación estresante (12). Los *mecanismos de afrontamiento* surgen de la respuesta emocional del individuo como formas de conducta que permanecen estables en el tiempo y ante las situaciones, y que influyen en la toma de decisiones (13).

El afrontamiento se ha observado y categorizado según diferentes enfoques, entre estos el afrontamiento *centrado en el problema* contra aquel *centrado en la emoción*. El afrontamiento centrado en el problema se compone de estrategias que se dirigen al estresor tomando medidas para reducirlo o evadirlo, por ejemplo, buscar el mejor tratamiento disponible en caso del diagnóstico de una enfermedad. El afrontamiento centrado en la emoción busca minimizar el estrés emocional derivado de la situación amenazante. Al existir diferentes maneras de buscar la reducción del *distrés* o malestar, el afrontamiento emocional incluye una gran variedad de respuestas que van desde la auto-contención (relajación, búsqueda de apoyo interpersonal) hasta la expresión de la emoción negativa (por medio de quejas, llorar, gritar) (12). Ambas formas de afrontamiento pueden facilitarse la una a la otra. Un afrontamiento centrado en el problema que es efectivo en reducir las amenazas impuestas por la situación, promoverá una reducción del *distrés*, y a su vez, un afrontamiento emocional maduro, hace posible una mejor toma de decisiones al permitir concentrarse mejor en el problema.

Otras formas de afrontamiento involucran un compromiso versus una evasión del estresor. El afrontamiento en el cual el individuo se compromete está dirigido a lidiar con el estresor o con las emociones desagradables que este genera. Por otra parte, el afrontamiento no comprometido es aquel donde el individuo busca la manera de escapar la implicaciones de lidiar con la situación estresante (12). Dentro de un afrontamiento comprometido se puede distinguir entre aquellos mecanismos que buscan controlar el estresor y los que buscan ajustarse de una manera pasiva a las consecuencias que presenta el evento estresante. Este afrontamiento “acomodativo” utiliza respuestas como la aceptación, la reestructuración cognitiva, y el conformarse o limitar las expectativas ante los obstáculos impuestos (4).

El afrontamiento puede ser *enfocado en el significado* cuando el individuo busca dentro de las propias creencias y valores, los que pudieran ser beneficios al enfrentar una situación negativa. Esto puede incluir un reordenamiento de las prioridades o encontrar el valor positivo de los eventos ordinarios, apreciando aquello que anteriormente pasaba inadvertido (12).

Los instrumentos que pretenden evaluar las diferentes dimensiones del afrontamiento se apoyan en el modelo de afrontamiento de Lazarus, en el que las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales. El grupo de Lazarus utilizó en el ámbito de la investigación del estrés psicosocial el Ways of Coping Questionnaire (WCQ) del cual derivan de manera directa o indirecta la mayoría de los nuevos cuestionarios que existen sobre el afrontamiento. No obstante, a pesar de ser la más usada a nivel internacional, el principal problema de la escala ha sido su baja consistencia factorial. Otros instrumentos intentan utilizar las dimensiones más estables de la prueba, utilizando a su vez menos elementos o un número reducido de dimensiones básicas. En sus diferentes formas el WCQ consta de más de 60 ítems (13).

La Escala de Estrategias de “Coping” (EEC) fue desarrollada de forma subsecuente al WCQ, por Chorot y Sandín en 1987. Esta incluye 90 elementos que evalúan 9 dimensiones básicas del afrontamiento. (13). El Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) es un cuestionario breve derivado de la versión revisada de la EEC (EEC-R). Se ha modificado el nombre del cuestionario debido a que actualmente el término afrontamiento está consolidado como equivalente del término en inglés “coping”. El CAE tiene una estructura de 7 factores o dimensiones del afrontamiento: la búsqueda de apoyo social, la evitación, la

focalización en la solución del problema, la reevaluación positiva, la religión, la expresión emocional abierta, y la autofocalización negativa. Los factores de esta escala se han encontrado como consistentes y confiables según sus coeficientes alfa y correlaciones ítem-subescala. Aunque el cuestionario está dirigido principalmente a evaluar el afrontamiento como rasgo, puede emplearse también para evaluar el afrontamiento en situaciones o momentos específicos de estrés (13).

1.4. Suicidio

El suicidio se entiende como la consecuencia final de un acto o conjunto de actos voluntarios y conscientes realizados por iniciativa propia que culminan con la muerte del individuo. En la actualidad, las muertes por suicidio componen el 1% de las causas de mortalidad a nivel mundial, y se han involucrado en su desarrollo factores de tipo social, biológico, y psicológico (1). Se propone desde el punto de vista psicopatológico que el suicidio se entienda como un síntoma de tipo conductual que sea estudiado incluyendo factores epidemiológicos, socioculturales, clínicos, de personalidad y psicodinámicos. Es decir, el suicidio debe considerarse como un fenómeno biológico que puede ser desencadenado por situaciones medioambientales (14).

El *intento de suicidio* se trata de un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo, con intención suicida, sin resultados fatales (15). Por otro lado, la *ideación suicida* se entiende como un síntoma inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona, generalmente con poca capacidad de enfrentamiento, tiende a experimentar situaciones estresantes graves. Se observan pensamientos que van orientados hacia realizar acciones contra la propia vida, desde ideas de preferir la muerte hasta formas de lastimarse con fines suicidas (15). La ideación suicida incluye los deseos y planes del sujeto, relacionados con quitarse la vida (15). La *suicidalidad* o *conducta suicida* comprende a la ideación suicida, las muestras o gestos de suicidio, los intentos de baja a alta letalidad, y el suicidio consumado. El *riesgo suicida* representa la potencialidad de cometer el acto suicida la cual tiene una base multifactorial y variabilidad individual.

En México, las prevalencias de ideación e intento de suicidio son similares a las observadas en otros países. Las prevalencias internacionales de la ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9%, mientras que en México el rango es de 1% a 40% para las poblaciones de adolescentes y adultos. En cuanto a la prevalencia del intento suicida, el rango del intento de suicidio en la población adulta es de 1.9% a 3.9%. La literatura internacional indica prevalencias poblacionales de 2.2% a 20% de intento de suicidio (16, 15). La multiplicidad de las fuentes de registro y las diferencias en la manera de reportar la conducta suicida dan lugar a que se presenten subregistros e información contradictoria. Se cree que la información disponible sobre los intentos de suicidio no indica el real estado actual de este fenómeno en nuestro país.

La investigación señalan que el 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo consumará a un plazo de diez años (17). En cuanto a la relación por género, el género masculino comete suicidio con más frecuencia que el femenino en una proporción de 5:1 para todos los rangos de edad. Sin embargo las mujeres realizan intentos más frecuentemente (14). Asimismo, las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven (17). Existen dos modelos teóricos que buscan explicar la ocurrencia de la conducta suicida. El primero denominado modelo de diátesis-estrés describe que las características propias de algunos individuos los predisponen a reaccionar de determinada manera ante los estímulos del ambiente. El segundo modelo observa al suicidio como un proceso o una secuencia progresiva (18). En este respecto se han descrito tres características que pueden estar presentes durante el desarrollo de la ideación suicida: los pensamientos de derrota al enfrentarse a situaciones psicosociales adversas, las percepciones de imposibilidad de escapatoria con dificultad en la resolución de problemas, y la desesperanza. La *desesperanza* ha sido estudiada ampliamente y se trata del abandono o la pérdida de disposición para intentar responder a situaciones estresantes al creer que se carece de control sobre ellas y ver estos esfuerzos como improductivos (19).

Se han utilizado diferentes metodologías e instrumentos para medir la ideación y el riesgo suicida. Los instrumentos más utilizados en los estudios para medir la conducta suicida en México son: la Escala de Ideación Suicida de Beck, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha, y los reactivos incluidos en el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (15).

La Escala de Ideación Suicida de Beck mide la intensidad, el grado y la gravedad de los pensamientos y amenazas de suicidio, además de las expectativas del individuo al realizar un intento suicida. Se evalúan también la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, el grado del deseo de morir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para llevarlo a cabo en caso de que los hubiera, y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. La escala está formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas de respuesta calificadas de acuerdo con su intensidad de 0 a 2. El punto de corte planteado por Beck es un puntaje mayor o igual a 10. En cuanto a la confiabilidad de la escala para su uso en población mexicana se reporta un alpha de Cronbach de 0.93 (15, 20).

Otro instrumento de medición utilizado para evaluar la presencia de riesgo suicida en una población, es el Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Este instrumento se compone de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos correspondientes con los criterios del DSM-IV presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de gravedad desde 0 (nunca) hasta 3 (casi todos los días). Según los puntajes obtenidos de la escala, se consigue la clasificación de síndrome depresivo mayor, otro síndrome depresivo, síntomas depresivos positivos o síntomas depresivos negativos (15). El ítem número 9: “¿Ha llegado a pensar que sería mejor morir o ha tenido ideas de lastimarse de alguna manera?” se ha utilizado como tamizaje para medir ideación suicida con confiabilidad mayor a 0.7. A su vez, la consistencia interna del PHQ-9 al estudiarse en el idioma español obtuvo un coeficiente alfa de 0.835 (21).

1.5. Factores de riesgo suicida

Los factores que incrementan el riesgo asociado a la aparición de las conductas suicidas se pueden clasificar en fijos y modificables. Los factores fijos son aquellos permanentes, que corresponden a rasgos personales, como son los factores genéticos, edad, género, estado civil, situación económica, intento previo de suicidio, eventos traumáticos recientes, ciertos perfiles de temperamento, personalidad y estilos de afrontamiento. Los factores modificables se tratan de estados que pueden sufrir cambios durante su propio curso, por ejemplo, los trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, el abuso de sustancias, la disponibilidad de medios para cometer el suicidio, la interrupción del tratamiento médico, el aislamiento social, y las enfermedades crónicas (22).

En cuanto a los factores genéticos se ha estudiado el sistema serotoninérgico por su relación con el comportamiento impulsivo/agresivo que se ha mostrado como un factor dentro de la conducta suicida. Se ha propuesto que no solo los niveles de neurotransmisores, sino también la regulación de factores neurotróficos, se ven alterados en las víctimas de suicidio. Múltiples líneas de evidencia han asociado la conducta suicida con una disminución en la función del BDNF (Brain-derived neurotrophic-factor). De la misma manera, otros estudios han considerado relevantes a ciertos polimorfismos funcionales principalmente correspondientes a la neurotransmisión monoaminérgica (23).

En cuanto al perfil de temperamento y la personalidad de quienes intentan cometer suicidio, se han encontrado elementos caracterizados por búsqueda de novedad, evitación del daño, y preocupación por trascender. Se observa también una definición poco clara de objetivos y metas con una baja capacidad de cooperación (24). Las dimensiones de temperamento de alta impulsividad, evitación del daño, baja inhibición de la agresión, enojo dirigido hacia si mismo predicen una personalidad con tendencia hacia la agresión autodirigida (24). Las investigaciones relacionadas al perfil de temperamento y personalidad en pacientes con riesgo suicida se han realizado en grupos heterogéneos de pacientes con comorbilidades psiquiátricas, físicas, en comparación con grupos control, y utilizando diferentes escalas de medición, encontrando a pesar de estas diferencias resultados que correlacionan considerablemente con los descritos (24).

La enfermedad mental es el factor de riesgo que con mayor frecuencia se ve implicado en el fenómeno del suicidio. Llega a estar presente hasta en más del 90% de los casos y destaca principalmente el Trastorno Depresivo Mayor, asociado a más del 70% de los suicidios consumados (14). La depresión es una entidad que constituye un predictor de suicidio (25). Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos de tipo depresivo y la presencia de expectativas negativas acerca del futuro, así como una sensación de imposibilidad para alcanzar las metas propuestas. La desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y es considerada un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio (26). Concurren también en estos pacientes déficits cognoscitivos que interfieren con el nuevo aprendizaje y hay disminución en la capacidad de resolver problemas. Asimismo los síntomas ansiosos se han asociado de manera relevante y la comorbilidad de ansiedad con

depresión multiplica el riesgo suicida (14). De forma independiente, los trastornos de ansiedad incrementan el riesgo de cometer suicidio en comparación con la población general (27).

Entre otros trastornos psiquiátricos relacionados a riesgo suicida se pueden observar también afectivos, psicóticos, orgánicos, de personalidad, y del consumo de sustancias. El abuso o dependencia de etanol se encuentra presente en el 20 a 25% de quienes cometen suicidio (14). Aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol. Cerca de una décima parte de aquellos dependientes a etanol mueren por suicidio y un tercio de quienes realizan intentos consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento suicida (28).

1.6. Suicidio y trastorno bipolar

El suicidio es una consecuencia trágica en el curso del padecimiento afectivo de tipo bipolar. Desafortunadamente no se trata de un evento poco común, 25 a 50% de los pacientes bipolares han tenido al menos un intento suicida y se ha reportado hasta un 11 a 19% de muertes por suicidio para estos pacientes (29). Asimismo, se ha reconocido ya por largo tiempo la necesidad de identificar características de riesgo que permitan delimitar subgrupos de pacientes con alta propensión a conductas suicidas. Múltiples esfuerzos de investigación han proporcionado evidencia para algunos factores de riesgo suicida en el trastorno bipolar como son el intento previo de suicidio, episodio depresivo y mayor número de episodios depresivos anteriores, historia de ideación suicida, desesperanza, severidad de los episodios afectivos, episodios mixtos, ciclados rápidos, inicio temprano del padecimiento, historia familiar de suicidio, trastornos comórbidos de eje I o de la personalidad, abuso de sustancias, perfiles temperamentales y rasgos de personalidad (29).

Un meta-análisis reciente reportó la asociación entre intentos suicidas en pacientes bipolares y una historia familiar de suicidio, inicio temprano de la enfermedad, admisiones hospitalarias como resultado de episodio depresivo, severidad de los episodios, estados mixtos al inicio del padecimiento, ciclados rápidos, trastorno de ansiedad comórbido, y abuso de etanol u otras sustancias (30).

En cuanto a la letalidad de los comportamientos suicidas esta se ha visto incrementada en las conductas de pacientes con trastorno bipolar al comparar con la población general en una relación de 8.6: 1 contra 25:1 de suicidios consumados (29). Los pacientes bipolares con historia de intentos suicidas han mostrado un mayor grado de impulsividad y agresividad (31). La impulsividad se trata de una característica consistente en la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar, y se encuentra incrementada en estos individuos sin importar la condición clínica o el tratamiento. Una alta impulsividad se asocia a respuesta acelerada y mayores recurrencias, uso de sustancias ilícitas e intentos suicidas de alta letalidad (32). De esta manera, Michaelis y colaboradores examinaron la intensidad de la impulsividad y hostilidad en subgrupos de pacientes bipolares con y sin historia de intentos suicidas. En el subgrupo con intentos suicidas se observó una correlación entre los resultados que correspondían a una alta impulsividad y hostilidad, mientras que aquellos sin historia de conductas suicidas no mostraron la correlación. La presencia de ambos factores (impulsividad y hostilidad) puede incrementar el riesgo de cometer intentos suicidas (33).

Por otra parte, una mayor conciencia de enfermedad o *insight* en cuanto al padecimiento se ha asociado de forma independiente con ideación suicida, a esto se le conoce como *síndrome de insight-desmoralización-depresión-suicidalidad* y se ha propuesto su presencia en pacientes con psicosis y con trastorno bipolar (34, 29).

Modelos como el previamente mencionado de estrés-diátesis, proponen a su vez que el comportamiento suicida de los pacientes psiquiátricos no es determinado únicamente por su enfermedad, sino por una predisposición la cual puede reflejarse en la tendencia a experimentar mayor ideación suicida y presentar mayor impulsividad, por lo tanto se incrementa la probabilidad de actuar ante pensamientos de suicidio. Varios factores pueden contribuir, sin embargo el inicio o la exacerbación del trastorno es siempre un estresor que puede desencadenar el inicio de la diátesis suicida. (35).

Finalmente, también se ha hipotetizado que la constitución genética así como una susceptibilidad adquirida pueden contribuir a la diátesis bipolar-suicida (31).

1.7. Temperamento y afrontamiento en el trastorno bipolar

Algunos estudios han evaluado las características de temperamento para aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. Esto se ha llevado a cabo con diferentes propósitos clínicos, por ejemplo predecir la propensión a presentar un primer episodio de manía al tener un diagnóstico de trastorno unipolar, o también valorar el funcionamiento físico y social de los pacientes, con intención pronóstica. En el caso de los pacientes bipolares, el temperamento ciclotímico con una edad de inicio temprana se ha relacionado con síndromes depresivos (o mixtos) con presencia de ideación suicida, así como con comportamiento impulsivo. Las pacientes de sexo femenino con estas características también han mostrado una predisposición a episodios depresivos o mixtos (36).

En el estudio de Pawlak y colaboradores, que se mencionará más adelante por relacionar las variables de temperamento con ideación suicida en la enfermedad bipolar, se encontraron diferencias entre controles y pacientes con trastorno bipolar en las dimensiones de búsqueda de la novedad, evitación del daño, cooperatividad, autodirección y autotranscendencia. No se observaron diferencias en cuanto a persistencia o dependencia a la recompensa (37).

En relación a los padecimientos afectivos el concepto de afrontamiento permanece como un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto a las demandas del estado interno como a las del ambiente externo. Se sugiere que las estrategias de afrontamiento adaptativas o maladaptativas afectan el pronóstico del trastorno psiquiátrico (38). Cuando estas estrategias son reconocidas como adaptativas se enfocan tanto en el control del problema como en el de la emoción e incluyen la planeación, búsqueda del apoyo de otros, reinterpretación positiva de los eventos, humor, y refugio en las creencias religiosas (39). La extraversión se asocia con el uso de estilos de afrontamiento adaptativos como la racionalidad, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, menor evitación. Contrariamente, el neuroticismo se ha asociado con el uso de estilos maladaptativos caracterizados por evitación, rumiación, autoreproche, falta de búsqueda del apoyo social y pobres capacidades de resolución de problemas, los cuales predisponen a episodios depresivos (40).

Existe poca información disponible acerca de los mecanismos de afrontamiento en los pacientes bipolares. Thomas y Bentall encontraron niveles altos de rumiación, así como también alto involucramiento en actividades relacionadas con el afrontamiento como resolución de problemas y actividades distractoras, en pacientes bipolares en remisión al compararlos con participantes controles. (41). Van De Gucht y colaboradores también encontraron un incremento en la rumiación en pacientes en todas las fases del trastorno bipolar, incluyendo remisión. (42).

1.8. Temperamento y afrontamiento asociados a riesgo suicida en el trastorno bipolar

Como antecedente a esta investigación se han realizado algunas asociaciones entre temperamentos y conductas de riesgo suicida. Estas variables se han estudiado en pacientes con trastorno afectivo bipolar con resultados consistentes en al menos dos estudios. Por otra parte, no se encontró información que relacione estilos de afrontamiento con riesgo suicida en pacientes bipolares.

El modelo de estrés-diátesis postula que el riesgo suicida es el resultado de la interacción entre el umbral existente de vulnerabilidad del individuo y los factores estresantes que se puedan encontrar en determinado momento. La vulnerabilidad preexistente es dependiente de rasgo, incluye factores genéticos y familiares así como características de temperamento, dimensiones emocionales, y estilos de afrontamiento.

Las dimensiones de temperamento de alta impulsividad, evitación del daño, baja inhibición de la agresión, enojo dirigido hacia si mismo predicen una personalidad con tendencia hacia la agresión autodirigida (36). En el estudio realizado por Maser y colaboradores se asociaron los comportamientos suicidas con rasgos de temperamento encontrando como factores predictivos significativos para haber cometido un intento suicida en los últimos 12 meses a la impulsividad y la asertividad (43). Beautrais y colaboradores estudiaron factores temperamentales y de personalidad que pudieran estar relacionados en personas con riesgo suicida, encontrando que la desesperanza, neuroticismo, introversión, baja autoestima, impulsividad y locus de control externo se correlacionan significativamente con intentos de suicidio graves (44).

En el estudio realizado por Pawlak y colaboradores en 2013, tanto la búsqueda de la novedad como la evitación del daño, se mostraron como factores de riesgo para cometer intentos suicidas, por otro lado la dimensión de cooperatividad fue un factor reductor del riesgo (37). Un estudio similar realizado por Calati y colaboradores, analizó las dimensiones de personalidad y temperamento por medio del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger en subgrupos de pacientes con y sin intentos suicidas, participantes sanos, y pacientes con trastornos afectivos, esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad. En aquellos con historia de intentos suicidas al comparar con el grupo control se identificaron valores mayores en cuanto a la evitación del daño, y valores menores de autodirección y cooperatividad (35).

El desarrollo de un perfil de factores de riesgo suicida para pacientes con trastornos psiquiátricos, en este caso trastorno bipolar, contribuye a una mejor comprensión de las conductas de suicidio, y a su vez, a la elaboración efectiva de intervenciones terapéuticas preventivas. También podría resultar de utilidad conocer y estudiar las características que pudieran actuar como protectoras ante el riesgo. Los factores conocidos y validados que juegan un papel protector en contra del suicidio no son numerosos. Algunos factores que se han descrito son: buenas habilidades sociales, habilidad para confrontar los problemas, buena adaptabilidad, un sistema de creencias y valores que apoyen la vida, valores morales en contra del suicidio, alta autoestima, matrimonio y paternidad (45).

Intervenciones específicas de tipo psicoterapéutico podrían ser una herramienta de prevención útil al tomar en cuenta la propensión al suicidio en el curso del trastorno afectivo bipolar que presentan los individuos con cierto perfil temperamental y de estilos de afrontamiento.

SECCIÓN 2

2.1. Planteamiento del problema

Se ha observado una mayor incidencia de conducta suicida entre la población de pacientes con trastorno afectivo bipolar en comparación con la población general. Las respuestas automáticas, así como los recursos cognitivos y conductuales para enfrentar situaciones estresantes conocidos como temperamentos y estilos de afrontamiento parecen influir sobre la aparición del riesgo suicida, siendo posible que determinados temperamentos, dimensiones emocionales y estilos de afrontamiento tengan influencia sobre la presentación de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. La información disponible en relación a los procesos adaptativos en los pacientes bipolares, sugiere que estos pacientes presentan propensión a experimentar conducta suicida. Por lo tanto se considera relevante identificar factores asociados a la aparición de riesgo suicida en pacientes con trastorno bipolar.

2.2. Pregunta de investigación

¿Existen diferencias entre las características temperamentales, de dimensión emocional y estilos de afrontamiento entre los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar con y sin riesgo suicida?

2.3. Justificación

Se ha encontrado que el riesgo suicida es mayor en los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que en la población general y también al comparar con los trastornos afectivos unipolares. Múltiples estudios han coincidido en que hasta el 25% de los pacientes bipolares realiza intentos suicidas, y aún más llegan a presentar ideación y pensamientos suicidas durante el curso de su enfermedad. La conducta suicida representa siempre un reto para el manejo por parte del equipo de salud, resultando necesario identificar cuales son los factores que intervienen en el desarrollo de la ideación suicida, así como cuales de los mismos pueden ser modificables. El objetivo de estas observaciones es el de buscar reducir el riesgo, por medio de intervenciones que permitan orientar al paciente hacia la elección de estrategias de afrontamiento que contribuyan a una mejoría en su calidad de vida.

Una medida que se propone para aproximarnos a entender el fenómeno de la conducta suicida es el de observar el proceso de adaptación del individuo. Algunos temperamentos, dimensiones emocionales y estilos de afrontamiento se han identificado con mayor frecuencia en aquellos que llegan a desarrollar ideación suicida. En el caso de la conducta suicida concurrente con enfermedades crónicas (psiquiátricas u otras) se ha llegado a interpretar a la primera como un fracaso en los mecanismos de adaptación del individuo ante el estrés grave que supone el diagnóstico de las segundas. De esta manera se podría sospechar que los sujetos que experimenta pensamientos de muerte, y de estos particularmente quienes llegan a manifestar ideación suicida, poseen recursos emocionales (temperamento y estilos de afrontamiento) que presentan desventajas al compararse con sus contrapartes sin estas ideas. Tratar de definir la participación de estos componentes en el desarrollo del riesgo suicida en pacientes con trastorno bipolar, permitiría crear estrategias de manejo que fomentaran conductas más adaptativas sobre otras menos adaptativas en estos pacientes.

Se ha sugerido la existencia de medidas por las cuales el médico psiquiatra puede contribuir a reducir la frecuencia de la exposición de los pacientes a pensamientos suicidas. Esto requiere mayor atención hacia el adecuado manejo clínico-farmacológico de los diferentes episodios de la enfermedad, reconocimiento y tratamiento oportuno de estados depresivos y ansiosos de moderados a graves, y asistencia del paciente en la resolución de problemas psicosociales facilitando herramientas para la toma de decisiones informadas. Para atender este último punto es necesario conocer los recursos adaptativos del paciente en orden a crear planes específicos de intervención.

Finalmente, la importancia de este estudio radica en la necesidad de obtener mayor información acerca de cuales factores, particularmente temperamentos y estilos de afrontamiento, se encuentran presentes con mayor frecuencia en aquellos pacientes que llegan a mostrar riesgo suicida ante el diagnóstico de trastorno bipolar.

2.4. Hipótesis

Las hipótesis para este estudio fueron las siguientes:

- 1) Los temperamentos depresivo, ansioso, irritable y ciclotímico serán los que muestren una mayor proporción de pacientes con trastorno afectivo bipolar con riesgo suicida.
- 2) Los temperamentos hipertímico y eutímico serán los que muestren la menor proporción de pacientes con trastorno afectivo bipolar con riesgo suicida.
- 3) Los participantes con riesgo suicida mostrarán una mayor puntuación en las dimensiones emocionales de inhibición, sensibilidad e ira.
- 4) Los participantes sin riesgo suicida mostrarán una mayor puntuación en las dimensiones emocionales de afrontamiento, control y volición.
- 5) Los participantes con riesgo suicida mostrarán una mayor puntuación en estilos de afrontamiento de evitación y autofocalización negativa.

2.5. Objetivos de la investigación

2.5.1. Objetivos generales

Evaluar si existen diferencias en la distribución de los temperamentos afectivos, las características de las dimensiones emocionales y estilos de afrontamiento entre los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar con y sin riesgo suicida.

2.5.2. Objetivos específicos

- 1) Evaluar si los temperamentos depresivo, ansioso, irritable y ciclotímico muestran una mayor proporción de pacientes con trastorno afectivo bipolar con riesgo suicida.
- 2) Evaluar si los temperamentos hipertímico y eutímico muestran una menor proporción de pacientes con trastorno afectivo bipolar con riesgo suicida.
- 3) Evaluar si se encuentra una mayor puntuación en las dimensiones emocionales de inhibición, sensibilidad e ira, en aquellos participantes con riesgo suicida.
- 4) Evaluar si se encuentra una mayor puntuación en las dimensiones emocionales de afrontamiento, control y volición, en aquellos participantes sin riesgo suicida.
- 5) Evaluar si se encuentra una mayor puntuación en los estilos de afrontamiento de evitación y autofocalización negativa en aquellos participantes con riesgo suicida.

SECCIÓN 3

3.1. Material y métodos

3.1.1. Tipo de estudio

Estudio observacional, de casos y controles, comparativo y transversal.

3.1.2. Población

Hombres y mujeres pacientes de la Clínica de Trastornos Afectivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) con diagnóstico de Trastorno afectivo de tipo bipolar. Se incluyó un muestra de 73 pacientes que fueron invitados a participar en el estudio por contacto directo con el investigador principal.

3.2. Criterios de participación de los grupos experimentales

3.2.1. Criterios de inclusión

- 1) Sujetos mayores de edad.
- 2) Diagnóstico de Trastorno Bipolar (TBP) tipo I o II reconocido por médicos de la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRF.
- 3) Pacientes en eutimia o episodio actual depresivo, hipomanía, manía o mixto, no graves.
- 4) Alfabetizados.
- 5) Sin deterioro cognitivo evidente o grave.
- 6) Pacientes que acepten voluntariamente con la firma del consentimiento informado para la participación en la investigación.

3.2.2. Criterios de exclusión

- 1) Pacientes con síntomas psicóticos.
- 2) Pacientes en cualquier grado de un estado de agitación psicomotriz.

3.2.3. Criterios de eliminación de los participantes

- 1) Presentar una característica enunciada en los criterios de exclusión durante el periodo de estudio.
- 2) Retirar el consentimiento informado.

3.3. Métodos de recolección de datos

3.3.1 Procedimiento de recolección de datos

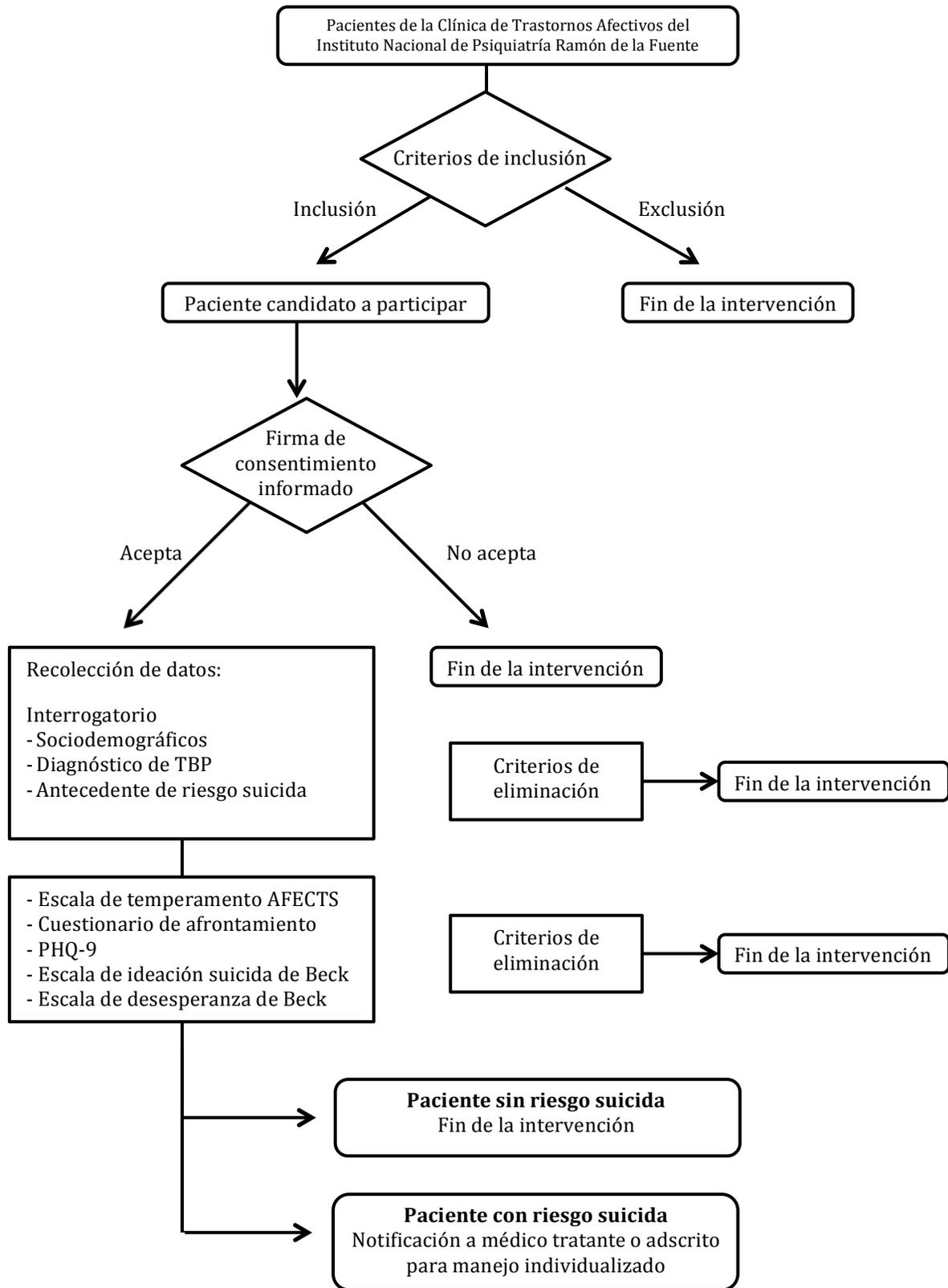
Se realizó el reclutamiento de los pacientes dentro de la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRF en búsqueda de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar que fueran posibles candidatos de acuerdo a los criterios de inclusión previamente señalados. Los pacientes aceptados en la Clínica de Trastornos Afectivos han recibido el diagnóstico de TBP por el personal médico del Instituto Nacional de Psiquiatría. Una vez que los pacientes aceptaron voluntariamente su participación por medio de la firma del consentimiento informado, se inició el proceso de aportación de la información necesaria. A los participantes se les cuestionó de forma inicial acerca de sus datos sociodemográficos incluyendo también información sobre el diagnóstico de TBP (fecha en la que se realizó el diagnóstico, tipo y número de episodios, tratamientos recibidos). Asimismo, por medio del interrogatorio se corroboró el antecedente de conductas o pensamientos de riesgo suicida. Posteriormente se procedió a entregar las escalas clinimétricas autoaplicables en el siguiente orden:

1. Escala de Temperamento AFECTS.
2. Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).
3. Patient Health Questionnaire (PHQ-9).
4. Escala de ideación suicida de Beck.
5. Escala de desesperanza de Beck.

Los pacientes que presentaron una puntuación mayor a 10 puntos en la escala de ideación suicida fueron referidos con su médico tratante y/o un adscrito de la Clínica de Trastornos Afectivos para determinar el abordaje a seguir, el cual podía consistir en vigilancia, modificaciones al tratamiento, referencia a atención de urgencias, u hospitalización en INPRF u otra institución.

Por medio de la entrevista clínica elaborada por el investigador se cuestionó a los participantes que respondieron afirmativamente para cualquiera de las variantes de la conducta suicida (pensamientos, ideación, plan) en el tiempo presente. Durante la entrevista se buscó esclarecer la naturaleza o causa principal de cualquiera de estas tendencias. Se evaluó el riesgo tomando en cuenta el resultado del cuestionario de suicidio y esta valoración se discutió con el médico tratante que brinda la atención al paciente en la Clínica de Trastornos Afectivos.

Recolección de datos



3.3.3. Clinimetría

3.3.3.1. AFECTS

La escala AFECTS es integrada por el modelo “Affective and Emotional Composite Temperament” que propone que el temperamento se encuentra asentado en los ejes de ira y miedo, siendo sustrato de la conducta, personalidad y cognición. Se trata de un instrumento autoaplicable compuesto de doce temperamentos afectivos que a su vez cuentan con seis dimensiones emocionales. El tiempo de administración es de 30 minutos aproximadamente. Está integrada por 63 reactivos divididos en 3 secciones:

- I. *Dimensiones emocionales* (48 reactivos en una escala bipolar de siete puntos, seis dimensiones con ocho preguntas para cada una): volición (1-8), ira (9-16), inhibición (17-24), sensibilidad (25, 32), afrontamiento (33-40), y control (41-48). El total de cada una de las dimensiones es la suma de las puntuaciones del uno al siete de cada pregunta, alcanzando una puntuación total de 8 al 56.
- II. *Temperamentos afectivos* (12 descripciones que exploran la identificación con un temperamento específico, escala tipo Likert de 5 ítems), en el siguiente orden dentro de la escala: depresivo, ansiosos, apático, ciclotímico, disfórico, volátil, obsesivo, eutímico, hipertímico, irritable, desinhibido, y eufórico.
- III. Una pregunta que pide al sujeto identificarse con un *temperamento específico* y dos preguntas para evaluar los *problemas y beneficios* asociados con dicho temperamento utilizando una escala de 4 puntos de 0 a 3 (no, mínimos, moderados, o marcados). La escala de Adaptación (en un rango del 0-6) se obtiene sumando las cifras de beneficios al inverso de la puntuación de los problemas.

Otros índices que se pueden obtener de la escala son:

- *Funcionamiento emocional global*: Volición + Control + Afrontamiento + Precaución (ítems 21-24 de inhibición) – Ira – Sensibilidad – Miedo (ítems 17-20 de inhibición) + 60. Para una puntuación total entre -52 y 236.
- *Índice de internalización*: puntuación cuantitativa (del 1 al 5) de los temperamentos Depresivo + Ansioso + Apático. Para puntuación de 3 a 15.

- *Índice de externalización*: puntuación cuantitativa (del 1 al 5) de los temperamentos Eufórico + Irritable + Desinhibido. Para puntuación de 3 - 15.
- *Índice de externalización – internalización*: puntuación entre -12 y 12 puntos al restar ambo índices.
- *Índice de inestabilidad*: puntuación cuantitativa de temperamentos Ciclotímico + Volátil + Disfórico – Eutímico + 5. Puntuación total entre 3 y 19.

3.3.3.2. CAE

El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) es una medida de autoinforme diseñada con 42 ítems para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: I. Focalizado en la solución del problema. II. Autofocalización negativa. III. Reevaluación positiva. IV. Expresión emocional abierta. V. Evitación VI. Búsqueda de apoyo social, y VII. religión. Las siete formas de afrontamiento se agrupan en dos factores de orden superior, el primero corresponde a una dimensión relacionada fundamentalmente con el problema o la situación estresante, mientras que el segundo factor representa el componente emocional. En este estudio se evaluaron solamente las siete subescalas de estilos de afrontamiento.

Para la corrección de la prueba se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36
Autofocalización negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30, 37
Reevaluación positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31, 38
Expresión emocional abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32, 39
Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33, 40
Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34, 41
Religión (RLG)	7, 14, 21, 28, 35, 42

3.3.3.3. PHQ-9

La versión en español de la escala de depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9) consta de nueve ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos, correspondientes a los nueve criterios DSM-IV, presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de gravedad correspondiente a: 0 (nunca), 1 (algunos días), 2 (más de la mitad de los días), y 3 (casi todos los días).

Según los puntajes resultados de la escala, se obtiene la siguiente clasificación:

- *Síndrome depresivo mayor (SDM)*: presencia de cinco o más de los nueve síntomas depresivos con un índice de gravedad igual o mayor a 2. Uno de los síntomas debe ser ánimo depresivo o anhedonia. Puntuación mayor a 10.
- *Otro síndrome depresivo (OSD)*: presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos con índice mayor a 2, y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.
- *Síntomas depresivos positivos (SD+)*: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos.
- *Síntomas depresivos negativos (SD-)*: no presenta ningún criterio diagnóstico, escala solo con valores < 2.

3.3.3.4. Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB)

Es una escala en versión autoaplicable que pretende cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el cual alguien piensa en suicidarse. En su adaptación al idioma español se encuentra dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: actitudes hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos de suicidio, características del intento, realización del intento proyectado, y añaden una quinta sección, con un ítem (20) que indaga sobre antecedentes de intentos previos de suicidio. Este tiene un valor meramente descriptivo y no contabiliza en la puntuación global de la escala. El tiempo de administración es de 5 a 10 minutos. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de intensidad de la intencionalidad suicida. Se selecciona para cada ítem, el nivel que mejor refleje las características de la ideación suicida. Si el paciente contesta con un 0 (ausente) a los ítems 4 y 5, pasa directamente a contestar el ítem 20. Si, la respuesta al ítem 4 ó 5 es 1 ó 2 (máxima intensidad), el paciente debe contestar

todos los ítems. El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio positivo, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo. El punto de corte planteado por Beck es un puntaje mayor o igual a 10. En este estudio se consideró una puntuación de 10 como punto de corte.

3.3.3.5. Escala de Desesperanza de Beck

La Escala de Desesperanza de Beck es una escala autoaplicable que evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para contrarrestar las dificultades y buscar aquello positivo en su vida. Consta de 20 ítems, y su tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos. Contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. Es una escala que tiene uso como predictora de riesgo suicida y en el estudio de aspectos específicos de la depresión.

Para su interpretación, la escala proporciona una puntuación total y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: I. Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro). II. Factor motivacional (pérdida de motivación). III. Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto, y las respuestas señaladas como falso en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto, y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación total se debe encontrar entre 0 y 20 puntos. Se recomiendan los siguientes puntos de corte para riesgo suicida: 0-8 es riesgo bajo (0-3 es mínimo, 4-8 es leve) y 9-20 es riesgo alto (9-14 es moderado, 15-20 riesgo alto).

3.3.4. Variables de estudio

Variable	Tipo	Medición
Sociodemográficas		
Sexo	Categórica	Masculino, Femenino
Edad	Escalar	Años de vida
Estado civil	Categórica	Soltero, casado, UL, divorciado, separado
Escolaridad	Escalar	Años de estudio
Ocupación	Categórica	Hogar, Estudiante, Actividad remunerada, Pensionado, Ninguna
Nivel socioeconómico	Ordinal	1 a 6
Características clínicas		
Riesgo suicida	Categórica	SI/NO
Diagnóstico	Categórica	TBP I, TBP II
Estado actual	Categórica	Tipo de episodio
Temperamentos	Categórica	Puntuación en escala AFECTS
Dimensiones emocionales	Categórica	Puntuación en escala AFECTS
Estilos de afrontamiento	Categórica	Puntuación en la escala CAE
Episodio depresivo	Escalar	PHQ-9
Ideación suicida (Beck)	Escalar	Escala de IS de Beck

3.3.5. Análisis estadístico

La información recolectada fue capturada y analizada. Se realizó estadística descriptiva. Los resultados de las escalas de temperamento y afrontamiento fueron analizados tanto para los pacientes con ideación suicida, como para aquellos sin ideación suicida. Para el análisis comparativo se utilizaron T de student y Chi-cuadrada de acuerdo a como fuera necesario. La correlación de variables se calculó con el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman de acuerdo a como fuera apropiado.

La variable de riesgo suicida se comportó como variable dependiente en el análisis comparativo de las características de dimensiones emocionales y temperamentales, afrontamiento, síntomas depresivos, y desesperanza. El riesgo suicida se convirtió en una variable independiente al medirlo por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

SECCIÓN 4

4.1. Consideraciones éticas

La confidencialidad de los sujetos participantes fue protegida durante el estudio por los investigadores. Este estudio constó solamente de una fase que requirió la participación del paciente en el interrogatorio y respondiendo las escalas autoaplicables. El riesgo fue el mínimo de acuerdo a las especificaciones del Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, dado que se utilizaron pruebas o escalas psicológicas. En este estudio no se usó ningún método de valoración invasivo, es decir, no se realizaron otras mediciones o toma de muestras a los pacientes.

Se realizó la evaluación de las variables (riesgo suicida, rasgos de temperamento, estilos de afrontamiento) respetando la individualidad del paciente, previa explicación de las escalas que se les solicitó completar. Se explicó también la confidencialidad de las mediciones o resultados obtenidos. En caso de detección positiva para riesgo suicida se informó al paciente y médico tratante para dar seguimiento. Se brindó orientación al paciente quien al aceptar el consentimiento informado autorizó que estos hallazgos fueran notificados a su médico tratante y médicos adscritos del servicio de ser necesario.

4.2. Carta de consentimiento informado

Título de la investigación:

" Temperamento y estilos de afrontamiento asociados a riesgo suicida en pacientes con trastorno afectivo bipolar "

He tenido junto con el investigador responsable una entrevista clínica en donde se me informó de la investigación, su justificación, los objetivos y los procedimientos.

El presente estudio se justifica por la necesidad de mayor información relacionada con las características del temperamento y los estilos de adaptación (afrontamiento) que se observan en los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que llegan a presentar ideación suicida. Este estudio podrá aportar mayor conocimiento relacionado con el riesgo de suicidio así como las necesidades de atención de estos pacientes. El objetivo final de este estudio es aportar una herramienta al personal de salud que permita crear estrategias de manejo en el caso de presentarse conducta suicida y poder mejorar la atención a los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que llegan a presentar estas ideas de riesgo.

No recibiré de manera directa un beneficio por participar en este estudio. El riesgo de participar es mínimo y correspondería a las complicaciones de abandonar mi seguimiento médico establecido (el cual es independiente de este estudio) o el propuesto por los resultados derivados del estudio.

Mi participación consistirá en la aportación de datos al responder los cuestionarios incluidos para esta investigación: Escala de ideación suicida de Beck, Escala de desesperanza de Beck, Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), Escala de Temperamento (AFECTS), Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Todos los datos que le proporcione al investigador responsable serán confidenciales. Únicamente otorgo consentimiento para que en caso de que así se requiera, el investigador comparta con mi médico tratante los resultados de las evaluaciones aplicadas.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en él puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y entiendo que de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que voy a recibir. De esta forma y como se mencionó anteriormente, mi participación es importante ya que podrá contribuir al conocimiento que los médicos tienen acerca de las características de temperamento y estilos de afrontamiento de pacientes en situaciones de tratamiento similares a las mías.

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y este ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a mi familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin mi autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue.

Contacto. Es de mi conocimiento que si tengo alguna pregunta sobre el estudio podré contactar al investigador responsable, la Dra. Valeria Melina Angulo Franco, al teléfono 4160-5353 o bien en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Edificio de Servicios Clínicos.

SECCIÓN 5

5.1. Resultados

5.1.1. Resultados sociodemográficos

La muestra consistió de un total de 77 participantes. A continuación, en la Tabla 1. se describen la muestra y el resto de las variables; primero mostrando los resultados de las variables nominales y posteriormente los de las variables intervalares. La edad promedio de los participantes fue de 37.6 ± 12.7 años y 62.3% fueron del sexo femenino.

Características sociodemográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje de acumulación
Sexo				
Masculino	29	37.7	37.7	37.7
Femenino	48	62.3	62.3	100.0
Estado civil				
Soltero	47	61.0	61.0	61.0
Casado	10	13.0	13.0	74.0
Unión libre	9	11.7	11.7	85.7
Divorciado	7	9.1	9.1	94.8
Separado	4	5.2	5.2	100.0
Ocupación				
Hogar	11	14.3	14.3	14.3
Estudiante	13	16.9	16.9	31.2
Empleo/Actividad remunerada	41	53.2	53.2	84.4
Pensionado	1	1.3	1.3	85.7
Ninguna	11	14.3	14.3	100.0
Edad (promedio \pm DE)				37.6 \pm 12.7 años
Años de escolaridad (promedio \pm DE)				14.6 \pm 3.4 años
Nivel Socioeconómico (NSE)				
1	12	15.6	15.6	15.6
2	30	39.0	39.0	54.5
3	26	33.8	33.8	88.3
4	7	9.1	9.1	97.4
5	1	1.3	1.3	98.7
6	1	1.3	1.3	100.0

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

5.1.2. Resultados clínicos de la muestra

Se obtuvieron datos clínicos relacionados al diagnóstico y curso del trastorno afectivo bipolar (Tabla 2). El 81% de los evaluados sostenía el diagnóstico de TBP I y el 18.2 % de TBP II. Se interrogó acerca del episodio actual, observando que el 5.2% se encontraba cursando un episodio maniatiforme, el 18.2% un episodio depresivo, y el resto, 76.6%, fue reportado como en eutimia. La edad media al momento del diagnóstico realizado por un especialista fue de 26.0 ± 9.3 años. El 46.8% de los pacientes ha recibido tratamiento con litio en algún momento de su vida, y la duración de este tratamiento mostró una media de 59.4 ± 63.4 meses.

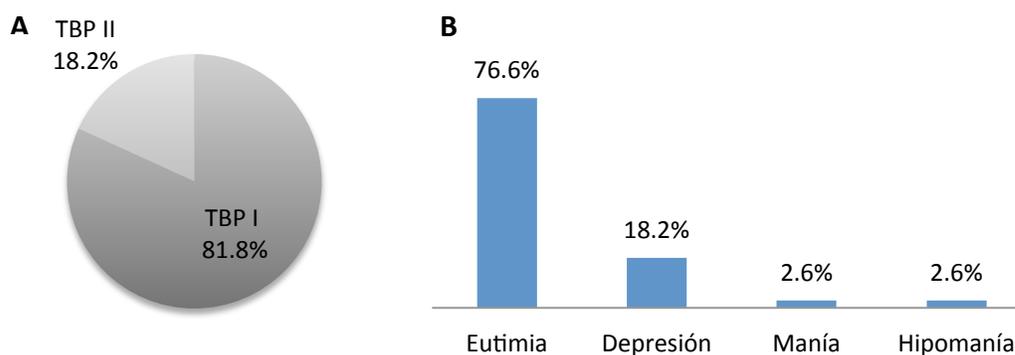


Figura 1. Características clínicas de la muestra. **(A)** Diagnóstico de trastorno bipolar. **(B)** Episodio actual.

Características clínicas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad al diagnóstico	Mínimo 14	Máximo 53	Media 26.0	\pm DE 9.3
Número aprox. episodios				
Maniatiformes	Mínimo 1	Máximo 25	Media 3.7	\pm DE 4.1
Depresivos	Mínimo 0	Máximo 21	Media 4.5	\pm DE 4.8
Tratamiento con litio				
No tratados	41	53.2	53.2	53.2
Tratados	36	46.8	46.8	100.0
Duración litio (meses)	Mínimo 1	Máximo 216	Media 59.4	\pm DE 63.4

Tabla 2. Características clínicas de la muestra.

5.1.3. Grupos de comparación relacionados a riesgo suicida

Se dividió la muestra en dos grupos principales de pacientes participantes, el primero incluyó a aquellos con antecedente de algún dato de riesgo para suicidio (fantasías, planeación pobre o no estructurada, gestos, intentos), y el segundo a quienes negaron historia o estado actual de riesgo suicida. La Tabla 3 muestra la distribución en cuanto a los antecedentes de riesgo, marcando en caso de antecedente positivo, mientras que la Tabla 4 muestra los dos grupos de comparación.

Riesgo suicida	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fantasías de morir				
Negativo	24	31.2	31.2	31.2
Positivo	53	68.8	68.8	100.0
Planeación suicida				
Negativo	41	53.2	53.2	53.2
Positivo	36	46.8	46.8	100.0
Gesto suicida				
Negativo	49	63.6	63.6	63.6
Positivo	28	36.4	36.4	100.0
Intento suicida				
Negativo	51	66.2	66.2	66.2
Positivo	26	33.8	33.8	100.0

Tabla 3. Antecedentes de riesgo suicida.

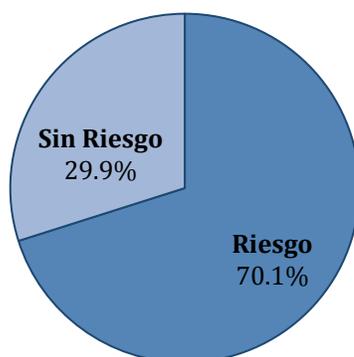


Figura 2. Grupos de comparación utilizados en la muestra.

5.1.4. Diferencias en riesgo suicida entre subgrupos

Se identificaron algunas diferencias significativas entre los subgrupos estudiados. En los grupos diagnósticos se observó que un 100% de los pacientes con diagnóstico de TBP II presentaron algún grado de riesgo suicida en el transcurso de su padecimiento, mientras que en el grupo con TBP I se observó este riesgo en el 63.5% de los participantes. Asimismo, dentro de los grupos de riesgo todos los pacientes que no contaban con riesgo suicida correspondían al diagnóstico de TBP I. El grupo de pacientes con riesgo se dividió 74.1% en los pacientes con diagnóstico de TBP I y el 25.9% en los pacientes con TBP II.

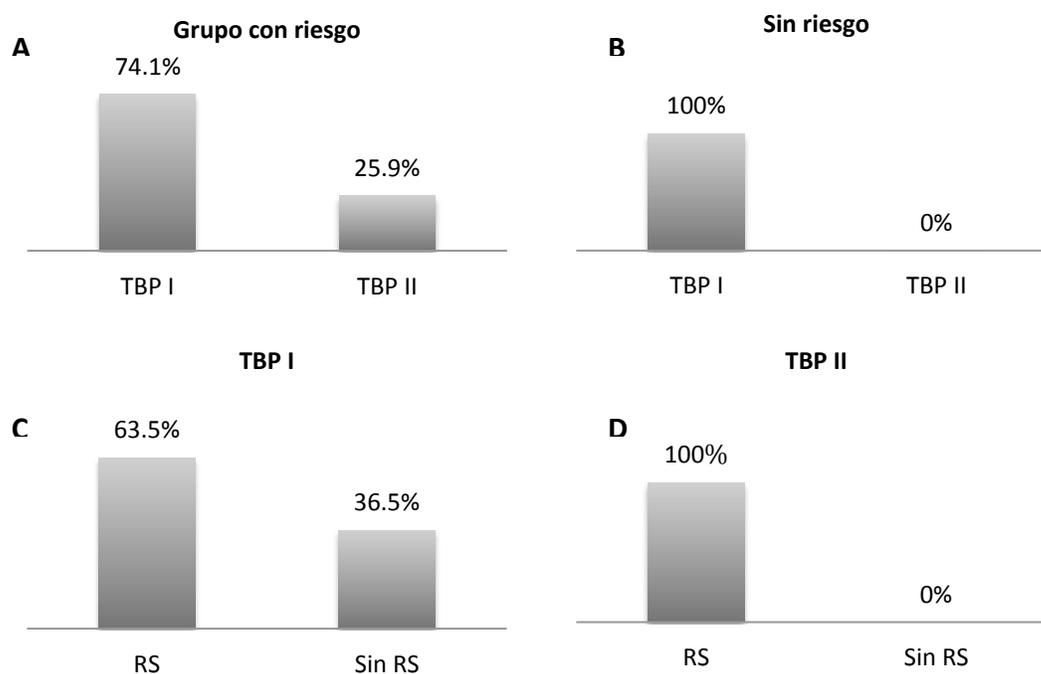


Figura 3. Riesgo suicida y diagnóstico de TBP. **(A)** Grupo con riesgo suicida. **(B)** Grupo sin riesgo suicida. **(C)** Grupos de riesgo y no riesgo en TBP I. **(D)** Grupos de riesgo y no riesgo en TBP II.

	Valor	g l	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.288	1	.007		
Corrección por continuidad	5.649	1	.017		
Razón de verosimilitudes	11.211	1	.001		
Estadístico exacto de Fisher				.007	.004
Asociación lineal por lineal	7.193	1	.007		
N de casos válidos	77				

Tabla 4. Pruebas de chi-cuadrado para riesgo suicida en grupos diagnósticos.

Al comparar la presencia de riesgo suicida según el estado actual de los pacientes, se encontró a aquellos actualmente en eutimia con un mayor porcentaje de sujetos sin riesgo, alcanzando este grupo 33.9%. Los pacientes en estado actual de hipomanía y depresión mostraron el mayor riesgo, 100% y 92.9% de los entrevistados, respectivamente. Los dos pacientes que entraron al estudio durante un episodio de manía moderada a grave negaron antecedentes de riesgo o riesgo suicida al momento de responder a las escalas.

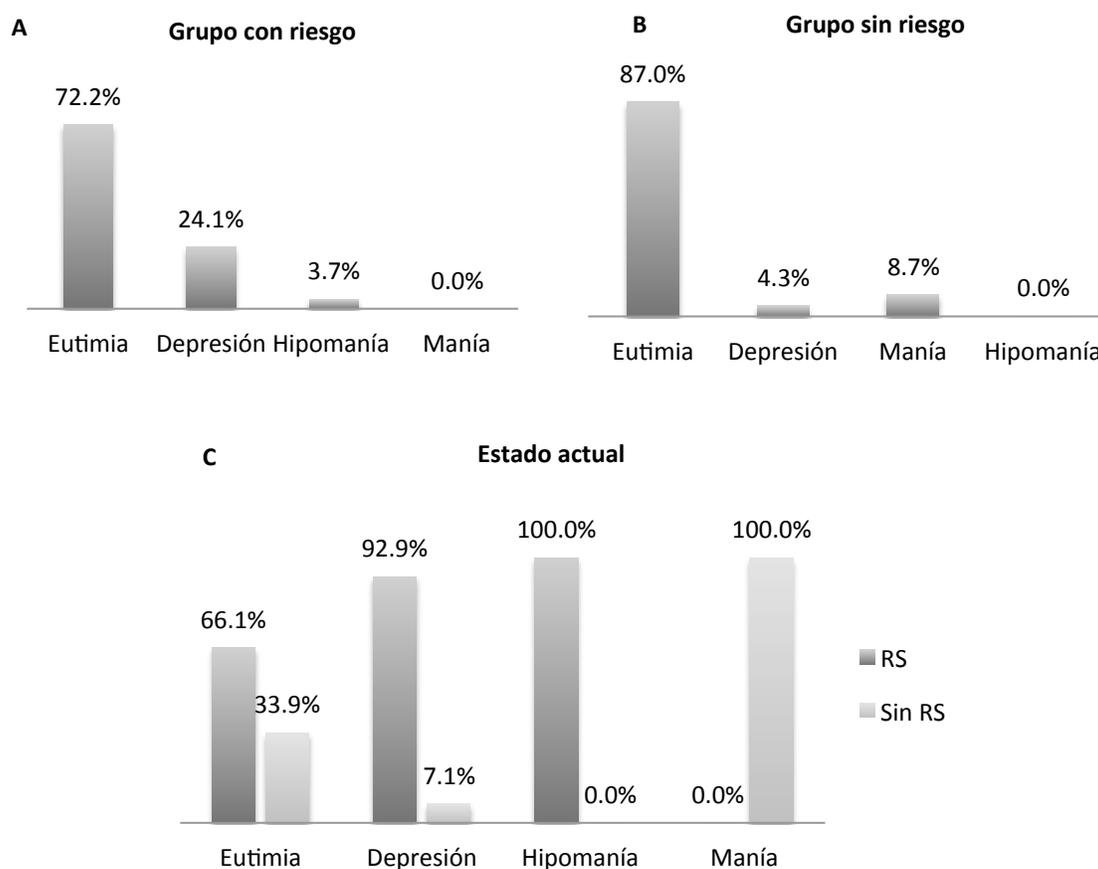


Figura 4. Riesgo suicida y estado actual del TBP. **(A)** Grupo con riesgo suicida. **(B)** Grupo sin riesgo suicida. **(C)** Grupos de riesgo (RS) y sin riesgo suicida según estado actual.

	Valor	g l	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.457	3	.024
Razón de verosimilitudes	11.136	3	.011
Asociación lineal por lineal	.604	1	.437
N de casos válidos	77		

Tabla 5. Pruebas de chi-cuadrado para RS en grupos según el estado actual.

No se encontró alguna diferencia relevante entre riesgo suicida y las variables sociodemográficas de sexo, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico. Asimismo en este estudio no existió diferencia representativa entre los grupos de riesgo y el uso de litio como tratamiento en algún momento de la enfermedad. Los pacientes que habían tomado litio como manejo farmacológico tuvieron datos de riesgo en el 72.2% de los casos, mientras aquellos que nunca habían recibido litio tuvieron datos de riesgo en el 68.3% de los casos (Figura 5, Tabla 6). Dentro del grupo con riesgo 48% había sido tratado con litio y 51.9% nunca había tenido este tratamiento.

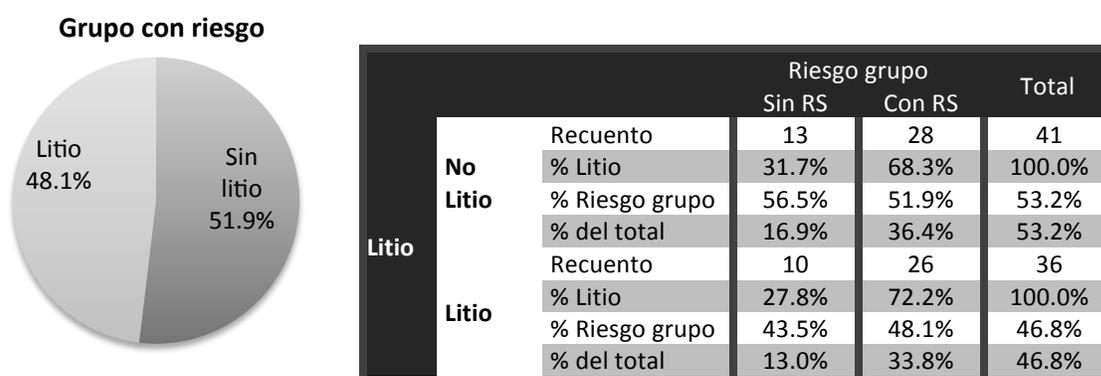


Figura 5. Tratamiento con litio en grupo de riesgo suicida.

Tabla 6. Riesgo suicida (RS) y antecedente de tratamiento con litio.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.141	1	.707		
Corrección por continuidad	.016	1	.899		
Razón de verosimilitudes	.142	1	.707		
Estadístico exacto de Fisher				.805	.451
Asociación lineal por lineal	.139	1	.709		
N de casos válidos	77				

Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado para RS en grupos de tratamiento con litio.

5.1.5. Grupos de mayor riesgo

Se consideró la necesidad de observar con mayor atención a aquellos participantes que se encontraran actualmente en un estado depresivo mayor según la calificación obtenida en PHQ-9, y a aquellos con una puntuación de 10 o más obtenida en la Escala de Ideación Suicida de Beck. 31.2% de los participantes tuvieron una puntuación suficiente para establecer el diagnóstico de episodio depresivo por el resultado del PHQ-9. Este resultado es diferente del 18.2% de participantes que fueron identificados durante la obtención de datos clínicos al preguntarles directamente posterior a su consulta en la institución. Por otra parte, la estimación de pacientes con riesgo suicida por medio del instrumento Escala de Ideación Suicida de Beck mostró un 13.0% de pacientes con algún grado de riesgo suicida presente al momento del estudio.

Depresión mayor (PHQ-9)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin EDM	53	68.8	68.8	68.8
EDM	24	31.2	31.2	100.0

Tabla 8. Episodio depresivo mayor actual según PHQ-9.

Ideación suicida Beck	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
< 10	67	87.0	87.0	87.0
≥ 10	10	13.0	13.0	100.0

Tabla 9. Riesgo suicida actual según escala de ideación suicida de Beck.

5.1.6. Temperamentos afectivos en el estudio según el modelo "Affective and Emotional Composite Temperament"

Se obtuvo la distribución de los temperamentos afectivos dentro de la muestra como resultado de la pregunta 3 de escala AFECTS. Los cinco temperamentos más frecuentes reportados por los pacientes con trastorno bipolar fueron: eutímico (23.4%), desinhibido (15.6%), irritable (10.4%), disfórico (9.1%), y ansioso (7.8%).

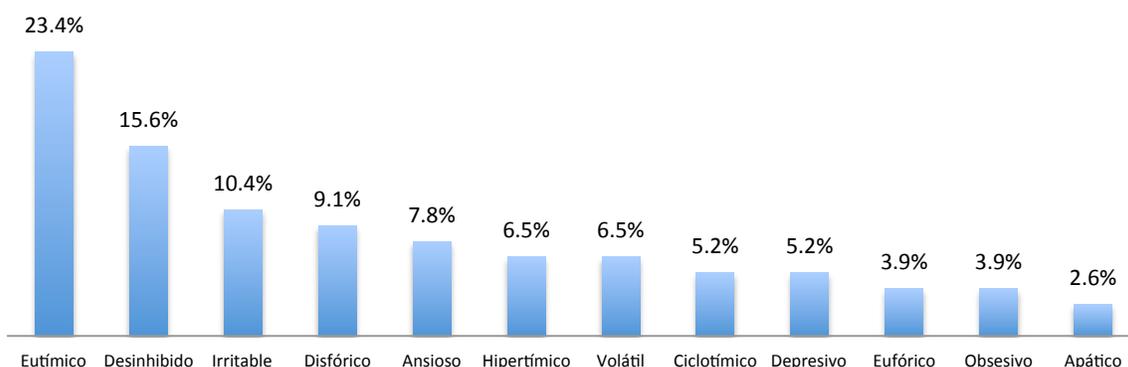


Figura 10. Distribución de temperamentos afectivos en la muestra.

Al evaluar la distribución de los temperamentos afectivos en el grupo de pacientes con riesgo suicida se observó que los temperamentos ansioso, ciclotímico, hipertímico, desinhibido, e irritable fueron los más prevalentes dentro de la muestra.

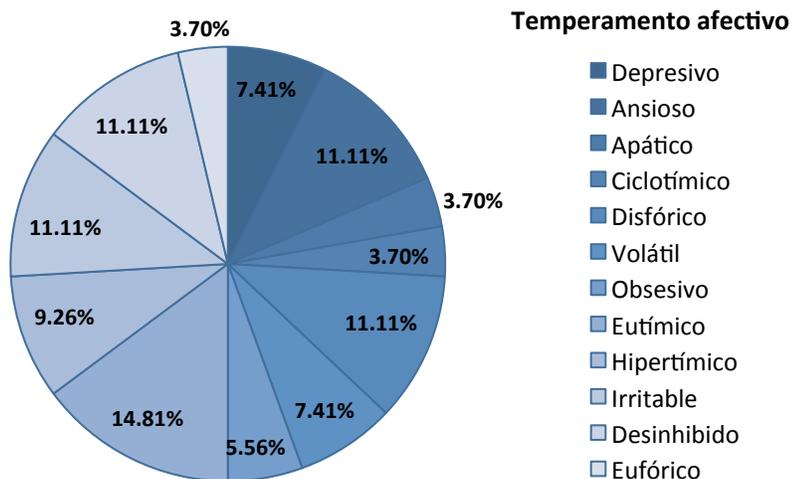


Figura 11. Temperamentos afectivos y riesgo suicida.

Los participantes que pertenecieron al grupo de pacientes sin riesgo suicida actual o en el pasado presentaron más frecuentemente temperamentos afectivos eutímico y desinhibido.

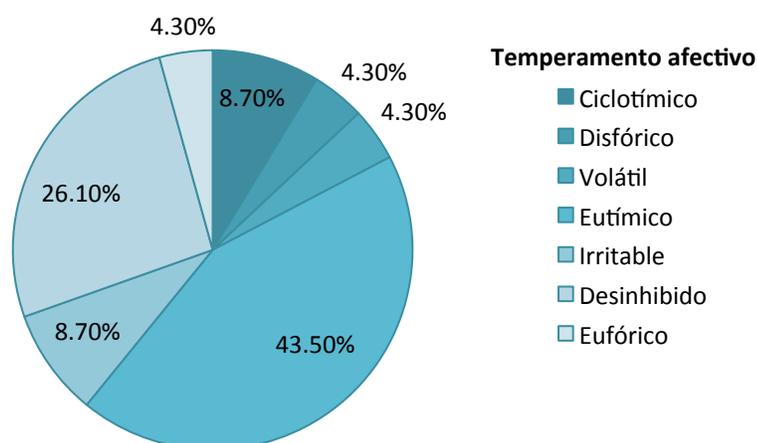


Figura 11. Temperamentos afectivos en el grupo de pacientes sin riesgo suicida.

		Riesgo grupo		Total
		Sin RS	Con RS	
Depresivo	% dentro de Pregunta 3	0.0%	100.0%	100.0%
	% del total	0.0%	5.2%	5.2%
Ansioso	% dentro de Pregunta 3	0.0%	100.0%	100.0%
	% del total	0.0%	7.8%	7.8%
Apático	% dentro de Pregunta 3	0.0%	100.0%	100.0%
	% del total	0.0%	2.6%	2.6%
Ciclotímico	% dentro de Pregunta 3	50.0%	50.0%	100.0%
	% del total	2.6%	2.6%	5.2%
Disfórico	% dentro de Pregunta 3	14.3%	85.7%	100.0%
	% del total	1.3%	7.8%	9.1%
Volátil	% dentro de Pregunta 3	20.0%	80.0%	100.0%
	% del total	1.3%	5.2%	6.5%
Obsesivo	% dentro de Pregunta 3	0.0%	100.0%	100.0%
	% del total	0.0%	3.9%	3.9%
Eutímico	% dentro de Pregunta 3	55.6%	44.4%	100.0%
	% del total	13.0%	10.4%	23.4%
Hipertímico	% dentro de Pregunta 3	0.0%	100.0%	100.0%
	% del total	0.0%	6.5%	6.5%
Irritable	% dentro de Pregunta 3	25.0%	75.0%	100.0%
	% del total	2.6%	7.8%	10.4%
Desinhibido	% dentro de Pregunta 3	50.0%	50.0%	100.0%
	% del total	7.8%	7.8%	15.6%
Eufórico	% dentro de Pregunta 3	33.3%	66.7%	100.0%
	% del total	1.3%	2.6%	3.9%

Tabla 10. Temperamentos afectivos y presencia de riesgo suicida (RS) en el transcurso del TBP.

	Valor	g l	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.434	11	.072
Razón de verosimilitudes	23.430	11	.015
Asociación lineal por lineal	5.329	1	.021

Tabla 11. Pruebas de chi-cuadrado para RS en grupos de temperamento.

En lo referente a cada temperamento afectivo como grupo individual, los resultados se exponen en la Tabla 10. Todos los pacientes que participaron con temperamentos afectivos depresivo, ansioso, apático, obsesivo e hipertímico, mostraron riesgo suicida en algún momento del padecimiento.

5.1.7. Riesgo suicida (según EISB) en los grupos de estudio

Al comparar el número de episodios depresivos, los pacientes con riesgo suicida presentaron un mayor número de episodios ($5.65 \pm DE 5.0$ vs $1.87 \pm DE 2.8$). No se encontró asociación entre el número de episodios de manía y el riesgo suicida.

		Prueba de muestras independientes								
		Igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	g l	Sig. (bilat.)	Dif de medias	Error típ. de la dif	95% IC para la diferencia	
									Inferior	Superior
Episodios Manía	varianzas iguales	3.549	.063	-1.203	75	.233	-1.235	1.026	-3.280	.810
				-1.551	73.3	.125	-1.235	.796	-2.822	.351
Episodios Depresión	varianzas iguales	10.522	.002	-3.335	75	.001	-3.779	1.133	-6.036	-1.522
				-4.132	69.0	.000	-3.779	.915	-5.603	-1.954

Tabla 12. Riesgo suicida y número de episodios.

Los pacientes con riesgo suicida mostraron más frecuentemente temperamentos afectivos: depresivo ($3.00 \pm DE 1.4$ vs $2.26 \pm DE 1.4$), ciclotímico ($3.36 \pm DE 1.5$ vs $2.61 \pm DE 1.3$) y disfórico ($3.04 \pm DE 1.5$ vs $2.30 \pm DE 1.3$), significativamente más que aquellos sin riesgo. El riesgo suicida fue significativamente menor en aquellos con temperamento eutímico ($3.28 \pm DE 1.4$ vs $3.96 \pm DE 1.1$) e hipertímico ($3.02 \pm DE 1.2$ vs $3.70 \pm DE 1.1$).

Prueba de muestras independientes										
		Igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	g l	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC para la diferencia	
								Inferior		Superior
Depresivo	varianzas iguales	.156	.694	-2.042	75	.045	-.739	.362	-1.460	-.018
				-2.069	42.8	.045	-.739	.357	-1.460	-.019
Ansioso	varianzas iguales	1.388	.242	-.812	75	.420	-.296	.365	-1.024	.431
				-.839	44.9	.406	-.296	.353	-1.007	.415
Apático	varianzas iguales	2.042	.157	-.919	75	.361	-.337	.367	-1.068	.394
				-.958	45.7	.343	-.337	.352	-1.046	.371
Obsesivo	varianzas iguales	1.169	.283	-.890	75	.376	-.308	.347	-.999	.382
				-.913	44.0	.366	-.308	.338	-.989	.372
Ciclotímico	varianzas iguales	2.078	.154	-2.057	74	.043	-.750	.364	-1.476	-.024
				-2.186	48.4	.034	-.750	.343	-1.439	-.060
Disfórico	varianzas iguales	2.684	.106	-1.939	75	.056	-.733	.378	-1.486	.020
				-2.084	49.3	.042	-.733	.352	-1.439	-.026
Volátil	varianzas iguales	.630	.430	-1.410	75	.163	-.522	.370	-1.259	.216
				-1.471	45.9	.148	-.522	.355	-1.236	.192
Eutímico	varianzas iguales	4.565	.036	2.026	75	.046	.679	.335	.011	1.346
				2.246	53.3	.029	.679	.302	.073	1.285
Irritable	varianzas iguales	2.394	.126	-1.718	75	.090	-.618	.360	-1.335	.098
				-1.820	47.6	.075	-.618	.340	-1.302	.065
Desinhibido	varianzas iguales	.143	.706	-.473	75	.637	-.159	.337	-.831	.512
				-.457	38.5	.650	-.159	.349	-.865	.546
Hipertímico	varianzas iguales	.037	.847	2.247	75	.028	.677	.301	.077	1.277
				2.363	46.7	.022	.677	.287	.101	1.254
Eufórico	varianzas iguales	.474	.493	-.005	75	.996	-.002	.341	-.681	.678
				-.005	38.5	.996	-.002	.353	-.716	.713

Tabla 13. Riesgo suicida y temperamentos afectivos.

Asimismo, correspondiendo con la pregunta 4 de la escala AFECTS, se identificaron más desventajas percibidas por el temperamento ($2.04 \pm DE 1.0$ vs $1.13 \pm DE 1.0$), en aquellos con riesgo suicida. No se encontró asociación con riesgo suicida en aquellos quienes percibieron mayor número de ventajas relacionadas con el perfil de temperamento ($1.48 \pm DE 1.0$ vs $1.74 \pm DE 1.2$).

Prueba de muestras independientes											
		Igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	g l	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error tít. de la dif.	95% IC para la diferencia		
										Inferior	Superior
Pregunta 4	varianzas iguales	.005	.947	-3.471	75	.001	-.907	.261	-1.427	-.386	
				-3.455	41.1	.001	-.907	.262	-1.437	-.377	
Pregunta 5	varianzas iguales	.295	.589	.915	75	.363	.258	.282	-.303	.819	
				.877	37.9	.386	.258	.294	-.337	.852	

Tabla 14. Riesgo suicida y ventajas/desventajas percibidas por el temperamento.

En relación a las dimensiones emocionales, se observó menor riesgo suicida en pacientes con mayor volición ($34.9 \pm DE 11.6$ vs $41.3 \pm DE 10.0$), afrontamiento ($35.7 \pm DE 11.3$ vs $41.9 \pm DE 9.3$) y control ($35.2 \pm DE 11.7$ vs $40.5 \pm DE 8.6$). Por otra parte se encontró mayor sensibilidad ($22.3 \pm DE 12.0$ vs $32.0 \pm DE 7.8$), y de manera importante mayor ira ($31.2 \pm DE 11.6$ vs $23.0 \pm DE 6.8$) en pacientes con riesgo suicida.

Prueba de muestras independientes											
		Igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	g l	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error tít. de la dif.	95% IC para la diferencia		
										Inferior	Superior
Volición	varianzas iguales	1.682	.199	2.285	75	.025	6.359	2.783	.815	11.9045	
				2.426	47.8	.019	6.359	2.621	1.087	11.6320	
Ira	varianzas iguales	8.761	.004	-3.177	75	.002	-8.259	2.599	-13.43	-3.0802	
				-3.872	66.8	.000	-8.259	2.132	-12.51	-4.0020	
Inhibición	varianzas iguales	4.356	.040	-.936	75	.352	-1.851	1.978	-5.792	2.0892	
				-1.060	56.2	.294	-1.851	1.747	-5.352	1.6483	
Sensibilidad	varianzas iguales	3.479	.066	3.569	75	.001	9.735	2.727	4.301	15.1684	
				4.216	62.3	.000	9.735	2.308	5.120	14.3495	
Coping	varianzas iguales	1.349	.249	2.280	75	.025	6.153	2.698	.777	11.5296	
				2.465	50.0	.017	6.153	2.496	1.138	11.1686	
Control	varianzas iguales	3.617	.061	1.978	75	.052	5.361	2.710	-.038	10.7613	
				2.235	55.9	.029	5.361	2.398	.556	10.1667	

Tabla 15. Riesgo suicida y dimensiones emocionales.

Otros índices que se pueden obtener de la escala AFECTS mostraron resultados, por ejemplo, mayor puntuación de la escala de funcionamiento emocional global (volición + control + afrontamiento + precaución – ira – sensibilidad – miedo + 60) en aquellos con menor riesgo suicida ($110.0 \pm DE 24.3$ vs $123.3 \pm DE 19.0$), y mayor puntuación de la escala de inestabilidad (ciclotímico + volátil + disfórico – eufímico + 5) al incrementar el riesgo suicida ($11.1 \pm DE 4.4$ vs $8.4 \pm DE 3.3$).

		Prueba de muestras independientes								
		Igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	g l	Sig. (bilat.)	Diferencia de medias	Error típ. de la dif.	95% IC para la diferencia	
									Inferior	Superior
Emocional Global	varianzas iguales	3.462	.067	2.335	75	.022	13.310	5.701	1.952	24.668
				2.574	52.6	.013	13.310	5.170	2.938	23.682
Internal.	varianzas iguales	.108	.743	-1.620	75	.109	-1.372	.847	-3.060	.315
				-1.570	38.8	.125	-1.372	.874	-3.141	.396
External.	varianzas iguales	.048	.827	-1.010	75	.316	-.779	.771	-2.316	.757
				-1.006	41.1	.320	-.773	.774	-2.344	.785
Índice Ext. Int.	varianzas iguales	2.829	.097	.520	75	.605	.593	1.141	-1.680	2.867
				.570	51.9	.571	.593	1.040	-1.493	2.680
Inestabilidad	varianzas iguales	1.891	.173	-2.588	74	.012	-2.678	1.034	-4.740	-.616
				-2.898	55.2	.005	-2.678	.924	-4.530	-.826

Tabla 16. Riesgo suicida e índices obtenidos por escala AFECTS.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas observándose una proporción directa entre las puntuaciones del PHQ-9 ($8.8 \pm DE 6.5$ vs $3.5 \pm DE 4.1$) y la escala de desesperanza de Beck ($4.5 \pm DE 4.7$ vs $1.5 \pm DE 1.4$), con un incremento del riesgo suicida.

		Prueba de muestras independientes								
		Igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	g l	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC para la diferencia	
									Inferior	Superior
PHQ-9	varianzas iguales	5.365	.023	-3.620	75	.001	-5.367	1.482	-8.320	-2.413
				-4.306	63.3	.000	-5.367	1.246	-7.857	-2.876
Beck desesperanza	varianzas iguales	19.431	.000	-2.962	75	.004	-2.990	1.009	-5.001	-.979
				-4.221	70.0	.000	-2.990	.708	-4.403	-1.577

Tabla 17. Riesgo suicida y escalas relacionadas a riesgo suicida.

5.1.8. Riesgo suicida y estilos de afrontamiento al estrés

Pacientes con riesgo suicida mostraron una mayor autofocalización negativa ($10.5 \pm DE 4.0$ vs $7.8 \pm DE 4.4$), mayor expresión emocional abierta ($10.9 \pm DE 5.8$ vs $7.0 \pm DE 5.9$) y búsqueda de apoyo social ($14.9 \pm DE 6.5$ vs $10.9 \pm DE 6.1$). No se encontraron diferencias significativas en aquellos participantes que identificaron evitación como principal estilo de afrontamiento al estrés.

Prueba de muestras independientes										
		Igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	g l	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC para la diferencia	
									Inferior	Superior
Solución problemas	varianzas iguales	.525	.471	.318	75	.751	.343	1.081	-1.810	2.498
				.335	46.9	.739	.343	1.027	-1.723	2.410
Autofocal. negativa	varianzas iguales	.004	.953	-2.522	75	.014	-2.630	1.043	-4.708	-.552
				-2.435	38.5	.020	-2.630	1.080	-4.816	-.444
Reeval. positiva	varianzas iguales	1.017	.316	-.728	75	.469	-.779	1.070	-2.911	1.352
				-.669	34.9	.508	-.779	1.164	-3.144	1.585
Expresión emocional	varianzas iguales	.056	.813	-2.682	74	.009	-3.981	1.484	-6.939	-1.023
				-2.655	38.2	.011	-3.981	1.499	-7.016	-.946
Evitación	varianzas iguales	.697	.406	-1.208	75	.231	-1.336	1.106	-3.541	.868
				-1.161	38.2	.253	-1.336	1.150	-3.665	.992
Búsqueda apoyo	varianzas iguales	.017	.898	-2.537	75	.013	-4.049	1.596	-7.230	-.869
				-2.596	43.8	.013	-4.049	1.560	-7.194	-.905
Religión	varianzas iguales	.530	.469	.794	75	.430	1.406	1.771	-2.123	4.936
				.752	37.0	.457	1.406	1.870	-2.382	5.196

Tabla 18. Riesgo suicida y estilos de afrontamiento al estrés.

SECCIÓN 6

6.1. Discusión

En el presente estudio se propuso identificar si existen diferencias entre las características temperamentales, de dimensión emocional y estilos de afrontamiento entre los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar con y sin riesgo suicida. Los principales hallazgos fueron: 1) Una estimación del riesgo suicida del 33.8% en una muestra formada únicamente por pacientes con diagnóstico de trastornos del espectro bipolar. 2) Las diferencias en la proporción de pacientes con diagnósticos de TBP I y TBP II con riesgo suicida, así como diferencias en el número de episodios depresivo o maniatiforme de los pacientes con y sin riesgo. 3) La distribución de los temperamentos afectivos depresivo, ciclotímico y disfórico que fue mayor en el grupo de riesgo. 4) La distribución de las dimensiones emocionales de sensibilidad e ira, mayor en el grupo con riesgo. 5) Y finalmente, la distribución de estilos de afrontamiento autofocalización negativa, expresión emocional abierta, y búsqueda de apoyo emocional también mayores en el grupo con riesgo suicida.

En cuanto al primer resultado, en este estudio observamos que un tercio de los pacientes reportaron el antecedente de intentos suicidas, cifra que es mayor a la reportada en otros estudios (33.8 vs 25%)(29). Además, hasta el 13 % de los participantes mostraron algún grado de riesgo suicida al momento del estudio según los resultados de la escala de ideación suicida de Beck. El grupo de riesgo (70.1% del total de la muestra) estuvo compuesto por quienes reportaron algún antecedente de suicidalidad, desde fantasías de muerte hasta historia de intento suicida. Este modelo permitió tener una más alta sensibilidad para aquellos sujetos que negaron cualquier tipo de riesgo suicida a lo largo del trastorno (29.9% del total de la muestra).

El segundo resultado fue la distribución del riesgo relacionada con las características clínicas, es decir en pacientes con TBP I y TBP II, así como según el predominio de episodios de manía o depresión. En otros estudios, se han estudiado estas diferencias entre diagnósticos dando prioridad a los intentos suicidas que se observan en el TBP I (30, 31). Para TBP II hubo mayor distribución de pacientes con riesgo suicida, lo cual podría ser explicado por la presencia de mayor número de episodios depresivos mayores. Por su parte, el grupo sin riesgo estaba constituido en su totalidad por pacientes con TBP I, los dos pacientes que entraron al estudio durante un episodio actual de manía grave

(hospitalizados) negaron antecedente o presencia de riesgo suicida. Congruente con estos resultados, los pacientes con mayor número de episodios depresivos mostraron mayor presencia en el grupo con riesgo. Esto invita a prestar más atención al riesgo suicida que ocurre en el contexto de TBP II y predominio de episodios depresivos.

El tercer hallazgo importante fue que los pacientes con riesgo suicida mostraron más frecuentemente temperamentos afectivos depresivo, ciclotímico y disfórico. Pawlak y colaboradores habían ya encontrado diferencias en el perfil de temperamentos de los pacientes bipolares al compararlos con un grupo control, encontrando incremento en las dimensiones de búsqueda de la novedad y evitación del daño, en el grupo de estudio con factores de riesgo para suicidio (37). El resultado obtenido en nuestro estudio es similar a lo establecido en la hipótesis inicial donde se esperaba que los temperamentos depresivo y ciclotímico se encontraran en una mayor distribución de pacientes con riesgo suicida. Los pacientes con temperamentos afectivos eutímico e hipertímico mostraron la menor distribución de pacientes con riesgo suicida, lo cual corresponde también con la hipótesis. Aunque los temperamentos ansioso e irritable no mostraron significancia como se esperaba, se encontraron entre de los temperamentos más frecuentes dentro de la muestra. Los temperamentos eutímico, desinhibido, irritable, disfórico, y ansioso fueron los más prevalentes en los grupos de pacientes con trastorno bipolar. En otras investigaciones, el temperamento ciclotímico en particular, se ha relacionado con síndrome depresivo y presencia de ideación suicida, así como con comportamiento impulsivo (36). Se sugiere que la impulsividad puede actuar como mediador entre el riesgo suicida y los temperamentos depresivo y ciclotímico en el contexto del trastorno bipolar. Por último en relación a los temperamentos afectivos, se encontró que aquellos con riesgo suicida identificaron un mayor número de desventajas relacionadas a su temperamento según la pregunta número 4 de la escala AFECTS.

El cuarto resultado fue en relación a las características de dimensiones emocionales, observándose menor distribución de pacientes con riesgo con mayor puntuación en las dimensiones de volición, afrontamiento y control. Por otra parte, se encontró mayor distribución de pacientes con riesgo con puntuación alta para sensibilidad, y de manera importante para ira. Las dimensiones emocionales han sido poco exploradas por otros modelos diferentes al AFECTS. Por su parte las dimensiones de temperamento de alta

impulsividad, evitación del daño, baja inhibición de la agresión y enojo dirigido hacia si mismo, han predicho en otros estudios una personalidad con tendencia hacia la agresión autodirigida. Maser y colaboradores asociaron la suicidalidad a rasgos de temperamento de impulsividad y asertividad (43). Beautrais y colaboradores asociaron intentos de suicidio graves a características como desesperanza, neuroticismo, introversión, baja autoestima, impulsividad y locus de control externo (44). Un incremento en la impulsividad se contrapone a las dimensiones de volición y control encontradas en este estudio en los pacientes con menor distribución de riesgo. Los resultados obtenidos para las dimensiones emocionales son apegados a lo establecido en los objetivos del estudio donde se propuso evaluar si se encontraba mayor puntuación en las dimensiones de inhibición, sensibilidad e ira, en aquellos participantes con riesgo suicida, y evaluar si se encontraba mayor puntuación en dimensiones de afrontamiento, control y volición, en aquellos sin riesgo. Solamente la dimensión de inhibición no mostró diferencias de distribución significativas en el grupo esperado.

Finalmente, el quinto resultado fue una mayor puntuación en los estilos de afrontamiento de autofocalización negativa, expresión emocional abierta, y búsqueda de apoyo social en los pacientes con riesgo suicida. Como se había mencionado antes, estos estilos de afrontamiento se tratan de procesos complejos y multidimensionales, sensibles tanto a las demandas del estado interno como a las del ambiente externo. Existe poca información disponible acerca de los mecanismos de afrontamiento en pacientes con trastorno bipolar y su relación con riesgo suicida en estos pacientes. Van De Gucht y colaboradores encontraron incremento en la rumiación en pacientes en todas las fases del trastorno bipolar (42). Asimismo, otras estrategias maladaptativas que se han relacionado al diagnóstico consisten en neuroticismo, evitación, rumiación y autoreproche (40). Los resultados obtenidos van de acuerdo a lo establecido solo para lo que se refiere a mayor puntuación en el estilo de autofocalización negativa. No se encontraron diferencias de distribución para evitación, y los hallazgos para los estilos de expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social podrían explicarse por una mayor conciencia de enfermedad que se ha asociado anteriormente de forma independiente con ideación suicida, por el ya mencionado *síndrome de insight-desmoralización-depresión-suicidalidad* en pacientes con trastorno afectivo bipolar.

Conclusiones

Los resultados de este estudio apoyan la existencia de diferencias temperamentales, de dimensión emocional y estilos de afrontamiento, dignas de observación entre los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar con y sin riesgo suicida.

1. Los temperamentos afectivos depresivo, ciclotímico y disfórico mostraron una mayor puntuación en pacientes con riesgo suicida.
2. Los temperamentos afectivos eutímico e hipertímico mostraron una menor puntuación en pacientes con riesgo suicida.
3. Las características de dimensiones emocionales de sensibilidad e ira mostraron una mayor puntuación en pacientes con riesgo suicida.
4. Las características de dimensiones emocionales de volición, afrontamiento y control mostraron una menor puntuación en pacientes con riesgo suicida.
5. Los estilos de afrontamiento de autofocalización negativa, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social mostraron una mayor puntuación en pacientes con riesgo suicida.

Referencias bibliográficas

1. Segarra R, Eguíluz U, Guadilla ML, Erroteta JM. Bases neurofisiopatológicas de la respuesta emocional. En: Eguíluz U, Segarra R (eds). Introducción a la psicopatología. Grupo Ars Médica; 2004. pp. 179-181.
2. Lazarus RS, DeLongis A, Folkman S, Gruen R. Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *Am Psychol* 1985; 40(7):770-785.
3. Milsom JH. A model of the eustress system for health/illness. *Behav Sci* 1985; 30(4):179-186.
4. Lazarus RA, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer, Nueva York 1984.
5. De la Fuente R. *Psicología Médica. El Temperamento, los Motivos de la Conducta, y el Carácter*. Capítulo VII. Fondo de Cultura Económica 1983. México
6. Albores-Gallo L, Márquez-Caraveo ME, Estañol B. ¿Qué es el temperamento?. El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental* 2003; 26(3):16-26.
7. Graham P, Stevenson J. Temperament and psychiatric disorders: The genetic contribution to behaviour in childhood. *Aust NZ J Psychiatry* 1987; 21:267-274.
8. Lara DR, Bisol LW, Brunstein MG, Reppold CT et al. The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: A system-based integrative approach. *J Affect Disord* 2011; doi:10.1016/j.jad.2011.08.036.
9. Fresán A, Robles-García R, López-Ávila A, Cloninger CR. Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory-Revised. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 52: 774-779.
10. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol* 2010; 61:679-704.
11. Stern TA, Fricchione GL, Cassern NH, Jellinet MS et al. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. 5 Ed. Mosby; 2004. pp. 102-111.
12. Golden-Kreutz DM, Thornton LM, Wells-Di Gregorio S. Traumatic stress, perceived global stress, and life events. Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychol* 2005; 24(3):288-296.

13. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica* 2003; 8(1): 39-54.
14. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El Suicidio: Conceptos actuales. *Salud Mental* 2006; 29(5):66-74.
15. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La Medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. *Salud Mental* 2001; 24(6):4-15.
16. Dijkstra R, Garnefski M. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide Life-threat Behav* 1995; 25(1): 36-57.
17. Organización Mundial de la Salud: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2002.
18. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189.
19. Weishaar ME, Beck AT. Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry* 1992; 4:177-184.
20. González S, Díaz A, Ortiz S, González C et al. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental* 2002; 23(2): 21-30.
21. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2012; 50(1):10-22.
22. Forster PL, Wu LH. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Rev Psychiatry* 2012; 21:75-113.
23. Pjevac M, Pregelj P. Neurobiology of suicidal behavior. *Psychiatr Danub* 2012; 24(3):336-341.
24. Becerra B, Páez F, Robles-García R, Vela GE. Temperament and character profile of persons with suicide attempt. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(2):117-122.
25. Joiner TE, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol* 2005; 56:287-314.
26. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M. Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 1998; 39:366-370.
27. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta-analysis of FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68(2):183-190.

28. Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K et al. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 252(4):155-160.
29. Acosta FJ, Vega D, Torralba L, Navarro S et al. Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder: A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive psychiatry* 2012; 53:1103-1109.
30. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Akiskal HS et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50:115–120.
31. Grunebaum MF, Ramsay SR, Galfalvy HC, Ellis SP et al. Correlates of suicide attempt history in bipolar disorder: a stress-diathesis perspective. *Bipolar disorders* 2006; 8(2):551-557.
32. Swann AC. Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. *Epidemiological Psychiatry* 2010; 19(2):120-130.
33. Michaelis BH. Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: a preliminary study. *Suicide Life Threat Behaviors* 2004; 34(2):172-176.
34. Schwartz RC. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Journal of Mental Disease* 2011; 189(6):401-403.
35. Calati R. Temperament and character of suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research* 2008; 42(11):938-945.
36. Pompili M, Innamorati M, Gonda X, Serafini G et al. Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 2013 doi: S0165-0327(13): 251-256.
37. Pawlak J, Dmitrzak-Węglarz M, Skibińska M, Szczepankiewicz A et al. Suicide attempts and psychological risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorder. *General Hospital Psychiatry* 2013; 35:309–313.
38. Parikh SV, Velyvis V, Yatham L, Beaulieu S et al. Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disorders* 2007; 9:589–595.
39. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56:267–283.
40. Coulston CM, Bargh DM, Tanius M, Cashman EL et al. Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* 2013; 145:54–61.

41. Thomas J, Knowles R, Tai S, Bentall RP. Response styles in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2007; 100:249–252.
42. Van der Gucht E, Morriss R, Lancaster G, Kinderman P, Bentall RP. Psychological processes in bipolar affective disorder: Negative cognitive style and reward processing. *British Journal of Psychiatry* 2009; 194:146–151.
43. Maser JD. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behavior* 2002; 32(1):10-32.
44. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behavior* 1999; 29(1):37-47.
45. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34(3):420-36.