

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**FACTORES ASOCIADOS A INTENTOS SUICIDAS PREVIOS EN EL
TRASTORNO BIPOLAR**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A :

DANIA NIMBE LIMA SÁNCHEZ

Dr. Marco Antonio López Butrón.
Asesor Teórico

Dra. Claudia Fouilloux Morales
Asesor Metodológico

MEXICO, D.F.

2007



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.

A mi hijo por ser el principal motor para mi vida, quien me dio fuerzas, su tiempo y su pequeña comprensión para seguir con esto.
A mi pareja por que tuvo la infinita paciencia de esperarme
A mi familia por hacer que todo fuera posible con su apoyo.
A todos...por estar ahí.

Índice

	Página
Introducción. Trastorno bipolar y suicidio: Aspectos generales.	4
Aspectos Generales del suicidio.	5
Suicidio y trastorno bipolar antecedentes	11
Justificación, Planteamiento del problema e Hipótesis	16
Objetivos	16
Metodología	17
Resultados	20
Discusión	25
Conclusiones	26
Trascendencia	27
Limitaciones	27
Perspectivas	28
Bibliografía	29
Anexos	34

INTRODUCCIÓN

TRASTORNO BIPOLAR Y SUICIDIO.

ASPECTOS GENERALES.

El trastorno Bipolar es una de las enfermedades más comunes incluidas el tipo 1 (con manía y periodos depresivos recurrentes) así como el tipo 2 (Episodios de Depresión mayor recurrente con hipomanía). La prevalencia a lo largo de la vida es aproximadamente el 1% aunque se ha definido que este rango puede ampliarse en un 2 a 5%. La enfermedad puede iniciar en la infancia o la adolescencia continuando a lo largo de la vida, con un importante costo social, económico y clínico. La evolución del Trastorno Bipolar puede ser variable, existiendo una alta comorbilidad con abuso de sustancias y desórdenes de Ansiedad. La depresión Bipolar se puede presentar del 20 al 30% del tiempo en el curso de la enfermedad asociado de una manera intensa a la morbilidad y mortalidad (Baldessarini, 2003)¹.

Uno de los principales riesgos en la depresión Bipolar es el suicidio, se ha estimado que 25 a 50% de todos los individuos que sufren de este padecimiento tiene alguna vez en su vida un intento suicida, persistiendo la ideación suicida durante todo el curso clínico de la enfermedad. La incidencia de ideación suicida en pacientes es alta, calculándose que un 82% de los pacientes bipolares deprimidos presentan ideación suicida y hasta el 50% de los pacientes suicidas cursaban con manía mixta (Kaplan & Sadock, 2005)².

La mayor parte de los suicidios ocurren durante el episodio depresivo mayor (79%), pero existe un 11% de intentos suicidas que se desarrollan durante el periodo mixto y otro 10% que ocurre inmediatamente después de la remisión de los síntomas psicóticos de manía.

En cuanto a la atención médica recibida durante los suicidios, el 74% de las víctimas que se suicidaron recibían atención psiquiátrica y del total de los pacientes un 39% comunicaron de manera explícita la ideación suicida a él personal de salud en los últimos tres meses; de los suicidios consumados sólo un 11% recibían adecuadas dosis de antidepresivos y ninguno había recibido TEC³⁹. En comparación con la depresión unipolar, las víctimas de suicidio eran en su mayoría divorciadas, con historia de un largo tratamiento y un mayor número de hospitalizaciones previas (Golberg 1998)³. En cuanto a los factores protectores se ha demostrado que el uso de litio continuo disminuye el riesgo suicida, así como también el uso de divalproato (Goodwin 2003)⁴, sin embargo este último medicamento muestra aún resultados controvertidos pues al compararlo con placebo no mostró diferencias como factor protector (Storosum 2005)⁵.

Dentro de la población mexicana no se han encontrado estudios que analicen la asociación de riesgo suicida en población bipolar, únicamente la presencia algún trastorno afectivo (del 60 al 92%^{6,7}) en quienes tienen intento suicida y factores asociados al riesgo suicida, como son separación conyugal, ser mujer y mayor grado de desesperanza⁸.

ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO.

Una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos es el suicidio. Con frecuentes traslapes, destacan entre éstos la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad.

EL SUICIDIO

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica⁹.

PREVALENCIA DEL SUICIDIO

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercer causa de muerte¹⁰. Típicamente, 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de diez años. Asimismo, entre 45% y 70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, y trastornos de la personalidad y alcoholismo, que a menudo van unidos a una pérdida reciente. En el género masculino, el ahorcamiento es el método más usado para el suicidio, seguido por el que se consume con armas de fuego; en el género femenino lo es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos, principalmente¹¹. Según cifras de la OMS, la tasa de suicidio aumenta con la edad. Las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven⁷. No obstante, en todo el mundo se está dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad¹².

En los Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, mientras que en China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda constituye la principal causa de mortalidad entre los adultos jóvenes¹³. Un estudio comparativo entre la Ciudad de México y Los Ángeles (EUA) ilustró que la tasa de suicidio es mayor en la segunda ciudad entre jóvenes de más de veinte años de edad, lo que quizá se halla en relación con el arraigo religioso que existe en México, aunque la tasa de suicidio entre senectos es la más alta en ambas ciudades¹⁴.

Predicción.

Las variables sociodemográficas se comportan de forma similar en la generalidad de los estudios epidemiológicos⁷. Así existen factores socioculturales relacionados con el género y sus roles sociales que tienen un comportamiento parecido en casi todas las latitudes del planeta y que influye en la postura de los varones de acumular mayor carga física y psíquica sin pedir ayuda, factores psicosociales como la desesperanza y la culpa tienen una asociación significativa de tipo causal con la conducta suicida, haciendo 3 ½ veces más probable la aparición de un intento suicida; la ausencia de apoyo social y

familiar tiene una relación significativa con la conducta suicida, así como altos grados de hostilidad y sensación de pérdida de control de impulsos ¹⁵.

Los factores con más capacidad de predicción se enumeran en la siguiente tabla.

ORDEN DE IMPORTANCIA	FACTOR
1	Edad (45 años o más)
2	Alcoholismo
3	Irritación, cólera, violencia
4	Conducta suicida previa
5	Varón
6	Reacio a aceptar ayuda
7	Mayor duración que lo habitual del episodio depresivo
8	Ingreso psiquiátrico previo
9	Pérdida reciente o separación
10	Depresión
11	Pérdida de la salud física
12	Desempleado o jubilado
13	Soltero, viudo o divorciado

(Tomado de Kaplan & Sadock, 2005)

Se ha señalado que el abuso de sustancias como el alcohol y drogas psicoactivas están relacionadas con el 5-27% de las defunciones suicidas en el grupo de adictos, y se estima que el riesgo de suicidio para el alcohólico a lo largo de su vida se sitúa alrededor del 15%¹⁶. Las enfermedades somáticas, sobre todo si son incapacitantes y de curso crónico, se consideran un factor de riesgo suicida. Se podría esperar que muchas personas afectadas de enfermedades somáticas graves que les ocasionan dolor y pérdida de la calidad de vida decidieran poner fin a su situación de sufrimiento. Las enfermedades que originan mayor riesgo de suicidio e intento de suicidio son: epilepsia, cáncer, SIDA, enfermedades renales y pacientes con transplantes¹⁷.

Cuadro para evaluación del riesgo suicida.

VARIABLE	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
Perfil demográfico		
Edad	Mas de 45 años	Menos de 45 años
Sexo	Hombre	Mujer
Estado civil	Divorciado o viudo	Casado
Trabajo	Desempleado	Con puesto de trabajo
Relaciones interpersonales	Conflictivas	Estable
Medio familiar	Caótico o conflictivo	Estable
Salud		
Física	Enfermedad crónica	Buena salud
Mental	Hipocondría	Sentirse sano
Actividad suicida		

Ideación suicida	Consumo excesivo de sustancia	Escaso consumo de sustancias
Tentativa suicida	Depresión grave Psicosis Trastornos de la personalidad grave Abuso de sustancias	Depresión leve Neurosis
Recursos Personales	Desesperanza: Frecuente, intensa, prolongada Intentos múltiples Planificación Salvación improbable Deseo inequívoco de morir Internalización (auto culpa) Método letal y eficaz escasos logros Escasa introspección Escasa vida afectiva o poco controlada	Personalidad normal Optimismo Infrecuente, de baja intensidad transitoria Primera tentativa Impulsiva, El deseo principal es cambiar Exteriorización (cólera) Método de baja letalidad o ineficaz. Buenos logros, Capacidad de introspección Afectividad adecuada bien controlada
Sociales	Malas relaciones Asilamiento social Escaso apoyo familiar	Buenas relaciones Integración social Apoyo familiar

(Tomado de Sinopsis de Kaplan, 2005, p. 990).

Dinámica Familiar.

Uno de los factores más influyentes en el suicidio es el entorno familiar, en donde se ha encontrado que factores precipitantes son la falta de habilidad de los miembros de la familia de cambiar las estructuras de poder, sobre todo en respuestas a situaciones estresantes o de crisis y la falta de apoyo de los miembros ante estas circunstancias; la ausencia de relación hace proclive el surgimiento de los sentimientos de culpa y resentimientos, que inhiben el crecimiento emocional de los miembros de la familia, mostrando disfunción familiar importante en las familias afectadas por un miembro suicida¹⁸.

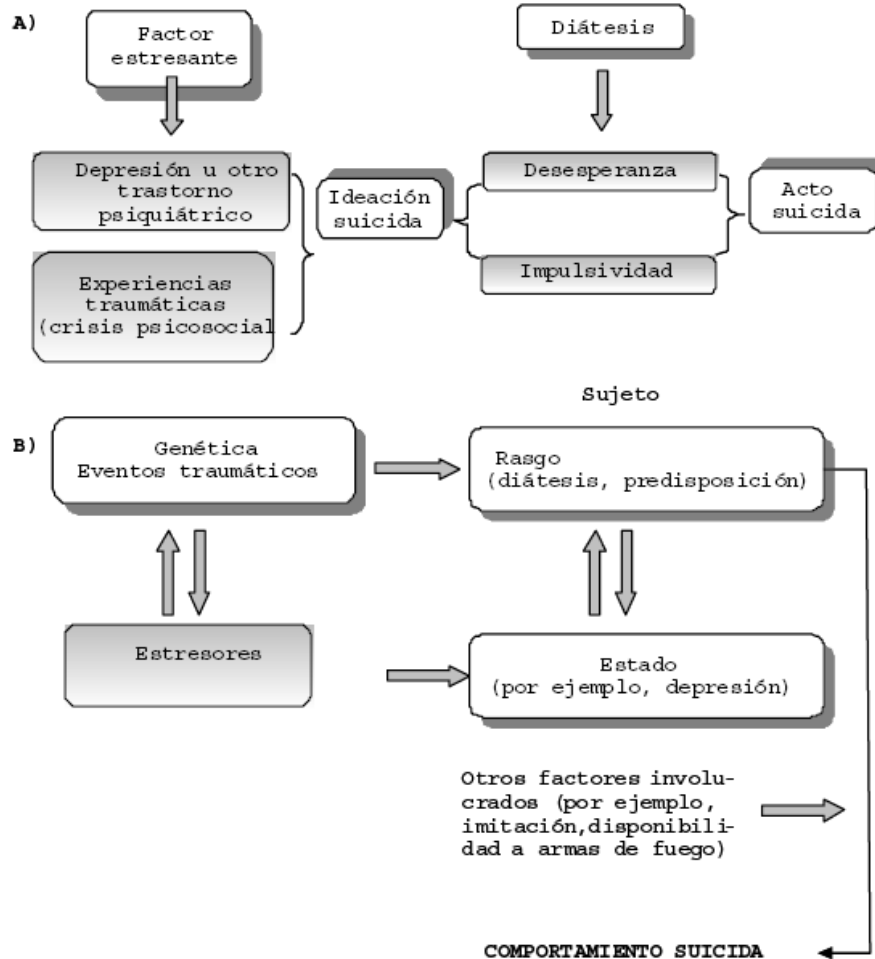
Los sujetos suicidas en su interacción con el medio familiar utilizan para percibir un auto esquema cognitivo y emocional de "perdedor" que generalmente tiene su origen en esta misma interacción¹⁹, y los lleva a tener una visión más pesimista y hostil de los grupos humanos en los que se desenvuelven, intensificándose esta visión cuando su familia tiene problemas. La ocurrencia del intento suicida afecta a la familia en 2 sentidos, la propia familia puede ser una de las variables que influyó en que se produjera el comportamiento, y una vez que se produce este, el sistema familiar sufre una serie de modificaciones resultantes de los impactos del mismo sobre él. El Funcionamiento Familiar de las familias con intento suicida se caracteriza por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas, escasa habilidad para negociar conflictos y déficit de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda y realizar cambios a su interior en función de las circunstancias²⁰.

La ocurrencia de suicidio se apoya teóricamente en dos modelos²¹. El primero, se denomina modelo de estrés-diátesis y se basa en que las características de algunos individuos les hacen reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente. La segunda está basada en la observación de que el suicidio conlleva un proceso.

DIÁTESIS

El término diátesis se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad²². El modelo de estrés-diátesis intenta explicar el por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión (fig. 1). Aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o al acto suicida¹³.

Figura 1.



Dos aproximaciones al entendimiento del fenómeno del suicidio. A) Modelo de estrés-diátesis del comportamiento suicida¹³. B) Modelo del suicidio como proceso¹⁵. (Tomado de Salud Mental, 2006)²³

EL SUICIDIO COMO PROCESO

El segundo modelo explicativo del fenómeno suicida lo enfoca como un proceso¹⁵. Se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir todas las acciones alrededor del suicidio, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados. Así se establece una secuencia progresiva. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos^{24,25}. Por otro lado, se han descrito tres características dependientes de rasgo²⁶: a) pensamientos de derrota, en otras palabras, una tendencia

a percibirse como perdedor cuando se enfrentan situaciones estresantes de tipo psicosocial; b) percepciones de "imposibilidad de escapatoria", asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas; y c) percepción de "imposibilidad de rescate", es decir, desesperanza, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas^{27,28}.

SITUACIÓN EN MÉXICO.

Suicidio, aspectos demográficos.

En México las muertes por suicidio en adolescente y jóvenes cuando menos se han duplicado en los últimos 30 años. El número de suicidios en México en el año 2000 fue de 2763 casos, de los cuales la mitad lo cometieron personas menores de 30 años, 39.2% varones, 8.7% mujeres. En algunos grupos de edad, el de jóvenes de 20 a 24 años el aumento es casi del triple²⁹.

En el año 2002, ocurrieron 3089 suicidios con un aumento de 13% en dos años y de diez veces entre adolescentes en los pasados nueve años³⁰. Un 82% correspondió a hombres y el 18% a mujeres, es decir, por cada mujer suicida se identificaron 5 hombres suicidas, de entre 15 y 34 años de edad. La serie histórica de suicidios en México, indicó que en el año 1980 se cometieron 672 suicidios, en 1990; 1405 y 3089 en 2002³¹. Así, en 20 años los suicidios aumentaron un 459%; evidentemente, sin relación con el aumento general de la población.

De acuerdo con Puentes-Rosas, en el año 2001 los estados mexicanos con más alta mortalidad por suicidio fueron Campeche y Tabasco (alrededor de 9 suicidios por 100 000 habitantes) y la más baja se observó en Chiapas y en el Estado de México (1 por cada 100 000); no obstante, la tasa más alta ocurre entre personas mayores de 65 años (alrededor de 14 por cada 100 000). Notablemente, la cifra de suicidios entre mujeres de edades de entre 11 y 19 años se triplicó en diez años y aumentó cerca del doble entre los hombres del mismo grupo de edad³⁸.

En términos de mortalidad proporcional, el suicidio paso del 0.11 al 0.62% de todas las defunciones. Los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad de suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad (más de 65 años) y en las más jóvenes (menor de 19 años). En el último año de la serie de 1994, las tasas más elevadas se observan en la población masculina especialmente en la mayor de 65 años de edad. Existen diferencias en cuanto a las tasas registradas entre los distintos estados de la República Mexicana. En 1994 los estados de Tlaxcala y México registraron las tasas más bajas mientras que las más altas se reportaron en Tabasco y Campeche. La parte del sureste del país muestra las tasas más elevadas y la zona del centro es la de menor incidencia(Borgues et al, 1996)³².

Durante el año 2001 se registraron 3 784 suicidios (3 110 de ellos en hombres y 674 en mujeres), lo que representa una tasa de 3,72 muertes por suicidios por cada 100 000 habitantes, en una población total nacional de 101,8 millones de habitantes. Los estados con mayor mortalidad por suicidios fueron Campeche y Tabasco (9,68 y 8,47 por 100

000 habitantes, respectivamente). Las menores tasas se observaron en Chiapas y el Estado de México (1,03 y 1,99 por 100 000 habitantes, respectivamente).

En 2001, la tasa de la mortalidad por suicidios fue de 6.14 en hombres y de 1.32 mujeres por 100 000 habitantes. El mayor incremento por grupo de edad se observó en las mujeres de 11–19 años (de 0,8 en 1990 a 2,27 por 100 000 personas en 2001). En los hombres, el aumento más pronunciado se observó en el grupo de 11–19 años (de 2,6 en 1990 a 4,5 por 100 000 personas en 2001). La tasa más alta (13,62 por 100 000 personas) se observó en los hombres de más de 65 años. Se observaron cambios en los métodos de suicidio, y el ahorcamiento es el medio más frecuentemente utilizado actualmente tanto por hombres como por mujeres³³.

En cuanto al perfil del temperamento y la personalidad de quienes intentan cometer suicidio en México, se encuentran una actitud de búsqueda de novedades, evitación del daño, preocupación por trascender, pero sin una definición clara de objetivos y metas, y una baja capacidad de cooperación³⁴.

En 1997 Sentíes y Héctor Ortega realizaron un estudio en población mexicana sobre la asociación entre impulsividad y depresión, obteniendo que los pacientes con intento suicida, presentaba niveles de impulsividad elevado, ubicándose 40% de los intentos suicidas como actos impulsivos. Al evaluar la severidad de la sintomatología depresiva existente entre los sujetos que realizan intentos suicidas impulsivos y no impulsivos no se encuentran diferencias, si bien el número de la muestra (n=27) no permitió que llegará a ser estadísticamente significativo y únicamente mostró cierta tendencia hacia la significancia³⁵.

Otra entidad nosológica importante que con una alta frecuencia (10-29%) se asocia al suicidio es el trastorno bipolar³⁶. Estos pacientes con frecuencia despliegan ansiedad, abuso de diversas sustancias o alcohol y trastornos alimenticios y es en la fase depresiva cuando existe un mayor riesgo de suicidio³⁷.

Suicidio y Trastorno Bipolar.

Antecedentes.

El curso del trastorno bipolar es variable, considerándose una enfermedad crónica que genera altos índices de discapacidad por las hospitalizaciones continuas, altos niveles de desempleo, dificultades de interacción con su núcleo familiar y otras personas, así como por altas tasas de suicidio (10-15% de los pacientes bipolares se suicidan)³⁸. Durante la evolución de la enfermedad la ideación suicida puede permanecer constante e incluso aparecer posterior a una exacerbación de la sintomatología, Rosenheck reporto que existe una exacerbación de la sintomatología hasta seis meses después al internamiento con un mayor número de intentos suicidas (2005)³⁹. Durante las diferentes fases del trastorno bipolar se ha encontrado que predomina desesperanza como factor predictivo en depresión y en la fase mixta o manía un factor asociado a riesgo suicida es la juventud (Valtonen, 2006⁴⁰.)

Esta vulnerabilidad hacia el suicidio de los pacientes bipolares se ha analizado a últimas fechas. Goldberg reporta, contra lo que se esperaría, al comparar los pacientes Bipolares con Unipolares la recurrencia de cuadros depresivos no muestra influencia como factor predictivo pero si la capacidad de adaptación psicosocial y factores de personalidad como la introversión, neuroticismo y presencia de ansiedad (2005)⁴¹. Raja corrobora estos datos al encontrar que una estrecha vigilancia puede disminuir el riesgo y la letalidad en pacientes Bipolares pero no cuando se trata de pacientes con Depresión unipolar⁴².

Uno de los principales factores para la predicción es la severidad de la enfermedad, ya que los casos fatales se presentan en pacientes hospitalizados que han requerido tratamiento intensivo por mal control de la sintomatología (Bostwick & Shan, 2000)⁴³. Si los pacientes no reciben tratamiento la tasa de letalidad por suicidio se eleva hasta un 15% los pacientes (Shastry, 2005; Storosum, 2005b)^{44,45}.

En poblaciones especiales existen componentes que pueden aumentar el riesgo suicida, dentro de estos se encuentra el uso de antidepresivos en población adolescente que cursan con manía mixta (Berk, 2005)⁴⁵; la comorbilidad con trastornos de personalidad, específicamente del cluster B (Goldberg, 2005)⁴⁶ y el uso de múltiples sustancias que puede triplicar el riesgo suicida comparado a pacientes que sólo son portadores de el especto Bipolar (Russo et al, 2004)⁴⁷.

Otro agente asociado es la impulsividad, se sabe que es un factor de riesgo importante en el caso de los pacientes con trastorno bipolar. Swan realizo un estudio entre impulsividad e intentos suicidas previos para observar si existe un factor predictor, encontrando que los pacientes con historia de intentos suicidas previos presentaban una latencia de respuesta menor, así como alteraciones en la memoria de trabajo y estos efectos se encontraba aun en eutimia, si bien sólo tenía una significancia numérica pero no estadística, confirmando además que una historia de abuso de alcohol podría ser usado como un factor predictivo sin tener relaciones con la presencia o no de impulsividad (Swann et al, 2005b)⁴⁸.

Al realizar seguimiento del trastorno Bipolar durante dos años encontraron que la presencia de actos suicidas se relaciona con antecedentes familiares, comorbilidad con personalidad Límite, pesimismo subjetivo reflejado en depresión y hostilidad, proponiendo los autores tratamiento profiláctico para prevenir la recurrencia de la sintomatología depresiva⁴⁹.

Oquendo y colaboradores estudiaron el potencial predictivo del modelo de estrés-diátesis para la ideación suicida. En este modelo los actos suicidas son precipitados por estresares a lo largo de la vida. La diátesis es expresada como la tendencia para desarrollar más pesimismo en respuesta a los estresares y/o la presencia de conductas impulsivas/agresivas. En este caso los autores efectuaron un seguimiento durante dos años a pacientes con episodios depresivos previos. El estudio se realizo en 308 pacientes analizando antecedentes de suicidios previos, tabaquismo, severidad de la depresión tenían un efecto aditivo en un futuro riesgo, con un factor predictivo para el suicidio la presencia de pesimismo y agresividad⁵⁰. Turecki realiza en ese sentido un

modelo teórico sobre la impulsividad y las conductas agresivas como factores predisponentes para el suicidio realizando el siguiente diagrama donde se observa una desregulación serotoninérgica de base con conductas agresivas e impulsivas que explicaría el suicidio como una respuesta a factores estresantes y agravantes personales⁵¹.

Hipótesis par explicar el suicidio enfatizando el rol de las conductas agresivas e impulsivas. (Turecki, 2005)

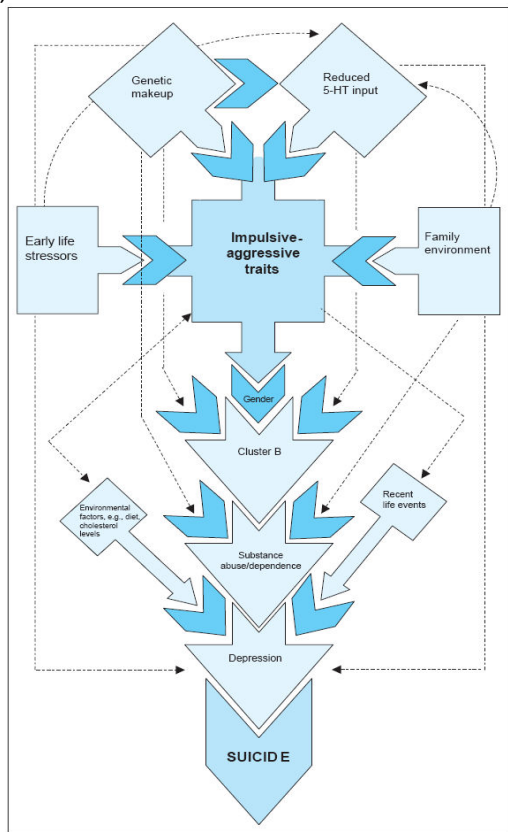


Fig. 1: The hypothesized relations between different risk factors for suicide in major depression, with emphasis on the mediating role of impulsive-aggressive behaviours. 5-HT = serotonin.

Prevención.

La prevención de intentos suicidas implica un abordaje multidimensional, dado los múltiples factores coexistentes. Entre éstos se encuentra una adecuada intervención de la rama médica, ya que es común que los pacientes suicidas expresen de manera abierta sus intenciones. Un estudio en Finlandia de 31 víctimas de suicidio con diagnóstico de trastorno bipolar encontró que 12 (39%) había expresado ideas de muerte en los últimos tres meses previos al suicidio, solo 10 (32%) tenían tratamiento a base de litio y solo 3 de 24 pacientes con depresión mayor en el momento del suicidio habían recibido dosis adecuadas de antidepresivo durante el suicidio. Estos datos sugieren que los pacientes con trastorno bipolar pueden evitar la presencia de suicidios con hincapié en dosis adecuadas de antidepresivos así como una vigilancia estrecha en los periodos depresivos (Isometsa,1994)⁵².

En las poblaciones de alto riesgo (pacientes con mal apego o difícil control) se deben realizar medidas preventivas es decir un tratamiento estricto de las recaídas, evitar los episodios depresivos por medio de un abordaje terapéutico y estrecho del paciente (Swann, 2005)⁵³. De los diferentes tratamientos Farmacológicos, el único que ha mostrado un claro componente de protección para el suicidio es el Litio⁵⁴(Carney & Godwing, 2005), se realizó una revisión de estudios randomizados en donde encontraron que de 1389 pacientes que recibieron litio y 2060 que recibieron otros componentes activos, los pacientes que recibieron litio presentaron menos riesgo de presentar suicidio con 2 Intentos suicidas Vs. 11 Intentos suicidas en el otro grupo. Los pacientes que usaban otro tipo de sustancias presentaron un índice mas alto para auto agresiones comparado con los pacientes que recibieron litio, por lo que se considera el litio es efectivo para la prevención del suicidio y las auto agresiones (Ciprianni, 2005)⁵⁵. Este tratamiento ha sido cuestionado por sus efectos tóxicos, estrecho margen de seguridad y efectos adversos desde la aparición de nuevos antidepresivos y estabilizadores del ánimo que han mostrado una utilidad parecida con un margen de seguridad más amplio (Russell, 2004)⁵⁶. En esta línea se ha probado con antipsicóticos atípicos como Olanzapina como monoterapia, realizando un estudio versus divalproato o litio encontrando que podría disminuir la ideación suicida al ser comparado con los dos moduladores (Meyers et al, 2006)⁵⁷.

Así mismo se han estudiado resultados de estudios con placebo en pacientes con manía aguda, donde se incluyeron 1506 pacientes, comparado con un grupo con tratamiento activo, así como separados por antecedentes de intentos suicidas y los que no lo tenían. Se encontró que el grupo controlado con placebo existieron dos suicidios y ocho suicidios en el grupo con algún componente activo. Si bien al realizar el seguimiento se encontró que en general el tratamiento con placebo no aumentaba el riesgo de suicidio en pacientes con manía, pero si se mantenían sin tratamiento al pasar la etapa de manía el riesgo suicida aumentaba, siendo esto a considerar para la supervisión constante del grupo (Storosum et al, 2005c)⁵⁸.

En general se considera que es primordial realizar un seguimiento de los pacientes durante la fase aguda, por lo menos durante las primeras cuatro semanas con un apoyo psicoterapéutico que demuestra una mejoría en la remisión de la escala de Hamilton y en la escala de manía. Lo que lleva a una mejor evolución en cuanto a la evolución y disminución del riesgo (Rucci et al, 2002)⁵⁹.

Trastorno Bipolar II

En cuanto al Trastorno bipolar II el resultado de estudios individuales para riesgo de pacientes son inconsistentes, esto puede ser atribuido a diferencias en la población estudiada. Existe un alto riesgo suicida para pacientes con trastorno bipolar II que fue reportado por Bulik en los episodios depresivos del trastorno al ser mas recurrentes que en el TBI. Los pacientes con trastorno Bipolar II muestran hasta un 24% de ideación suicida contra el 17% de los pacientes con TBI. Algunos estudios muestran que existe una menor prevalencia de cuadros depresivos en el TBI comparados con el TBII por lo que existe una clara elevación del riesgo suicida en estos pacientes. En especial por que

son difícilmente diagnosticados y el tratamiento es poco efectivo (Mac Quenn & Young, 2005) ⁶⁰.

Trastorno Bipolar en México.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México ⁶¹ se encontró que la prevalencia del trastorno bipolar tipo I a lo largo de la vida es de 1.3 +/- 0.2% en el 2004. En cuanto al género, la prevalencia es un poco mayor entre los hombres (1.6 +/- 0.3) que entre las mujeres (1.1 +/- 0.2) a lo largo de la vida. Puede iniciarse en la niñez o en la adolescencia y persistir a lo largo de la vida. La edad en que aparece el trastorno bipolar I, en México, oscila entre los 3 y los 47 años, y 21.36 años en promedio.

De esta población, como se observa en la figura 3, alrededor de la mitad solicitó algún tipo de ayuda y de ella, la mitad con especialista en salud mental, lo que habla de la pobre accesibilidad de los pacientes a estos servicios ⁶².

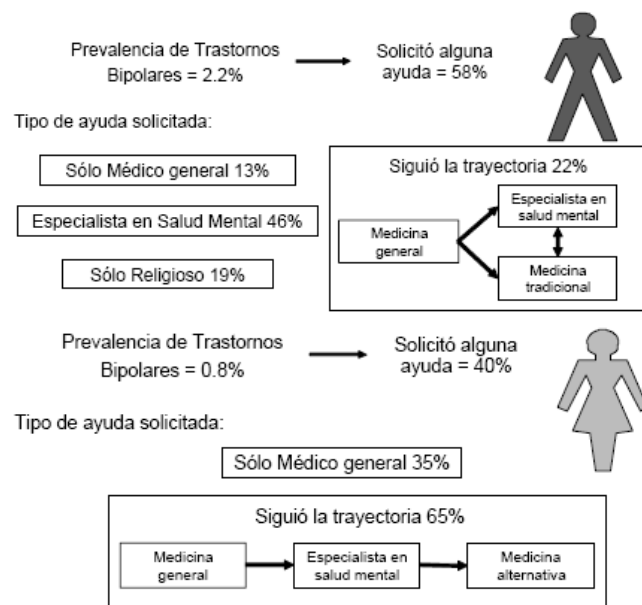


Figura 3 - Trayectorias de atención seguidas por hombres y mujeres con trastornos bipolares.

(Tomado de Rev. Saúde Pública, Aug. 2005)

En cuanto a las características sociodemográficas comparten las mismas que la población mundial ⁶³.

Suicidio y Trastorno Bipolar en México.

Se ha encontrado escasa información entre suicidio y trastorno bipolar en población mexicana ⁶⁴. El riesgo relativo que se reporta para ideación suicida en trastorno bipolar es de 9.81, parecido a otros trastornos afectivos que van de la Depresión Mayor con Riesgo Relativo de 10.15 a Distimia con 9.86. La ideación suicida reportada para trastorno bipolar es de 13.50, la segunda más alta después de Distimia con 25.30. En cuanto al intento suicida aumenta el riesgo relativo a 11.90 ⁶⁵. No se encontraron estudios sobre factores asociados específicamente a trastorno Bipolar.

JUSTIFICACIÓN.

Siendo el trastorno bipolar uno de los padecimientos más importantes desde el punto de vista psiquiátrico, generando importantes costos económicos y disminuyendo la calidad de vida es necesario indagar más sobre su naturaleza y los factores que condicionan intentos suicidas para realizar mecanismos de prevención siendo prioritario ante la escasa información que existe en la población mexicana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existen diferencias demográficas y psicopatológicas entre un grupo de pacientes bipolares con intentos suicidas previos y otro sin intentos suicidas previos?

HIPÓTESIS.

Si existe presencia de factores demográficos y patológicos específicos entonces habrá Intentos suicidas en los pacientes.

OBJETIVO GENERAL.

1. Establecer si existen diferencias de los factores asociados entre los pacientes con Trastorno Bipolar que presentaron intentos suicidas previos y pacientes que no lo presentaron.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las características demográficas de la muestra.
2. Determinar asociación entre escolaridad e intentos suicidas previos.
3. Determinar la asociación entre números de internamientos e intentos suicidas previos.
4. Determinar la asociación entre años de evolución e intentos suicidas previos.
5. Determinar la asociación entre uso de litio e intentos suicidas previos.
6. Determinar la asociación entre antecedentes familiares de suicidio e intentos suicidas previos.
7. Determinar la asociación entre periodos de depresión y manía con intentos suicidas previos.
8. Determinar la asociación entre estado civil e intentos suicidas previos
9. Determinar la asociación entre status laboral e intentos suicidas previos.
10. Determinar la asociación entre sintomatología psiquiátrica actual e intentos suicidas previos.
11. Determinar la asociación de desesperanza actual e intentos suicidas previos.
12. Determinar la asociación de ideación suicida e intentos suicidas previos.
13. Determinar la asociación de riesgo suicida e intentos suicidas previos.
14. Determinar la asociación entre trastornos de personalidad e intentos suicidas previos.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio. Observacional, Comparativo, Transversal.

Especificación de variables y escalas de medición.

Variable Independiente.

Factores Demográficos y psicopatología.

Se obtuvo por medio de un cuestionario sociodemográfico, y las siguientes escalas:

- Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)⁶⁶.
 - Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida, situación donde se llevó a cabo (Aislamiento, precauciones), actitud hacia la vida y muerte, pensamientos y conducta durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionadas. Consta de 20 ítems. Valora parte objetiva, subjetiva y otros aspectos.
- Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)⁶⁷.
 - Es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, mide la intensidad de los deseos de vivir y morir además de otros elementos, toma en cuenta la letalidad del método, disponibilidad de éste sensación de control o el deseo y la presencia de disuasores. Consta de 19 ítems.
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)⁶⁸.
 - Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después del intento de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionadas con la tentativa. Se trata de una escala semi-estructurada que consta de 20 ítems.
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)⁶⁹.
 - Fue creada con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Esta formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discernir entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación auto-lítica. Validada al español⁷⁰.
- Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living, RFL)⁷¹.
 - Es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse. Consta de 48 ítems que se agrupan en siete sub escalas diferentes. 1. Supervivencia y afrontamiento. 2. Responsabilidad con la familia. 3. Preocupación por los hijos. 4. Miedo al suicidio. 5. Miedo a la desaprobación social. 6. Objeciones morales. Cada ítem presenta seis posibles respuestas, de manera autoaplicado. Validado al español⁷².
- Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)⁷³.
 - Evalúa los cambios sintomatológicos en los pacientes psiquiátricos, consta de 18 ítems que puntúa cinco grados de intensidad, es una entrevista, semi estructurada que debe ser administrada por un clínico.
- Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)⁷⁴.

- Es un instrumento diseñado para servir de cribado de los trastornos del espectro bipolar. Consta de 13 ítems formulados de manera autoaplicable. Se considera el punto de corte más de 7 a las 13 preguntas formuladas. Validado al español⁷⁵.
- Se utilizó para corroborar diagnóstico del trastorno bipolar previamente establecido.
- Escala de Adicción General⁷⁶.
 - Se trata de una escala auto aplicable de 11 ítems, valorando el estado de adicción de un sujeto valorando ansia, enganche, tolerancia, abstinencia y carencia de control.
- ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA EL DSM-III-R para trastornos de personalidad. (SCID II, Clinical Interview for DSM-III-R)⁷⁷.
 - Es un instrumento creado a partir de los criterios diagnósticos del DSM III – R para establecer diagnósticos en el eje II. Debe ser administrado por un clínico entrenado.

Variable Dependiente.

Intentos suicidas previos. Se midió por medio de un cuestionario sociodemográfico para saber el número de intentos suicidas previos. Cualitativa nominal.

Criterios de Selección de Sujetos.

Población Objetivo. Pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar

Población Accesible. Pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar que acuden al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Criterios de Inclusión.

Pacientes de cualquier género entre 18 y 55 años

Diagnóstico de Trastorno Bipolar según criterios del CIE 10 y DSMIV con cualquier subtipo clínico.

Que sean pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Que otorguen su consentimiento informado para participar en el estudio

Criterios de Exclusión.

Pacientes francamente psicóticos o disruptivos que no puedan cooperar para la realización de escalas o que no otorguen su consentimiento.

Tamaño de la muestra y técnica de muestreo.

Se fijó en 60 pacientes que fueron capturados de la consulta externa y del área de hospitalización continua solicitándoles su consentimiento para la aplicación de escalas por personal calificado.

A cada paciente se le realizó un cuestionario sociodemográfico y la batería de pruebas para lo cual se dedicó dos horas o más en una o varias sesiones dependiendo de la cooperación del paciente. El tiempo para obtener el muestreo fue de seis meses.

Se recabaron los datos, realizando una base en el programa Excel para el análisis estadístico, se realizó t de Student y χ^2 dependiendo de la variable. Dividiéndose la muestra en dos grupos, los pacientes con intentos suicidas previos y los que nunca habían tenido un intento suicida previo

Análisis e interpretación.

Se analizará con t de Student a las variables policotómicas y con X_2 a las variables dicotómicas con SPSS v.s. 7 y Excel.

Recursos.

Se contó con el Apoyo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para la realización del estudio.

Aspectos éticos.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México en Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987⁷⁸, el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones. De cualquier manera cada uno de los sujetos que sean susceptibles de participar en el estudio se les explicará detalladamente el motivo del mismo, cada uno de los procedimientos a los que serán sometidos, los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidirán libremente su participación. Además en caso de que algún paciente mostrara un puntaje alto en el riesgo suicida será enviado al servicio de urgencias si es que no se encuentra ya hospitalizado.

RESULTADOS.

Se estudiaron dos muestras, una de 32 (9 mujeres, 20 hombres) pacientes con intento suicida previo y otra de 28 (14 mujeres, 17 hombres) pacientes sin intento suicida con diagnóstico de Trastorno Bipolar.

En el grupo de IS se presentó un promedio de intentos de 2.11, con una Desviación Estándar (DS) de 1.91.

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a las siguientes variables demográficas:

- Edad ($p=0.8$; $t=0.24$),
- Sexo ($\chi^2=0.851$; $p=0.35$),
- Escolaridad ($p=0.582$; $t=553$),
- Ocupación ($\chi^2=1.85$; $p=0.4$),
- Estado civil ($\chi^2=2.2$; $p=0.5$).

Tampoco existieron diferencias significativas en las siguientes variables psicopatológicas:

- Número de episodios depresivos ($p=0.82$; $t=0.22$),
- Toma de Litio ($\chi^2=0.008$; $p=92$),
- número de internamiento ($p=0.30$; $t=1.03$),
- Edad de inicio del padecimiento ($p=0.08$; $t=1.78$),
- Antecedentes familiares ($\chi^2=2.2$; $p=0.14$),
- Dependencia a sustancias ($p=0.23$; $t=1.22$),
- Puntuación de MDQ ($p=0.57$; $t=0.56$),
- BPRS ($p=0.22$; $t=0.652$).

Tabla I.

Descripción de la muestra.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA Y PSICOPATOLÓGICA	PROMEDIO /NUMERO DE PACIENTES	SIN INTENTO SUICIDA	CON INTENTO SUICIDA
Edad	37.45(DS=11.45)	37.04 (DS=12.2)	37.81(DS=10.94)
Escolaridad	11.45 (DS=3.44)	11.71 (DS=3.17)	11.22 (DS=3.69)
Mujeres	23	9	14
Hombres	37	20	17
Ocupación			
Desempleado	33	18	15
Subempleado	14	5	9
Empleado	13	5	8
Estado civil			
Soltero	21	10	11

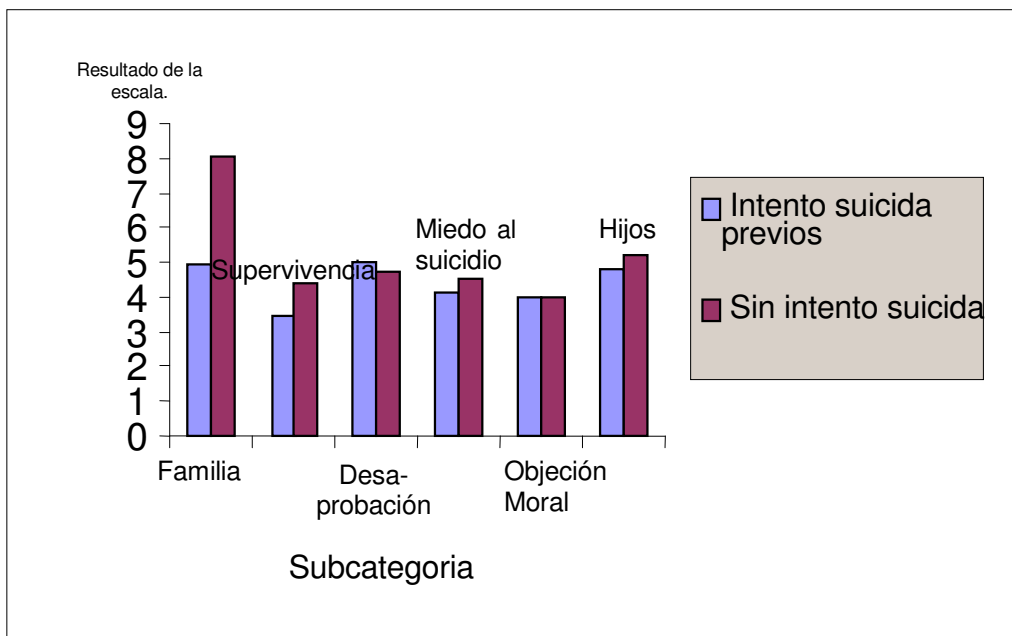
Casado	16	9	6
Divorciado	20	7	11
Viudo	3	2	1
Antecedentes familiares de suicidio			
Si	19	10	9
No	41	18	23
Hijos			
Si	33	18	15
No	27	10	17

No hubo diferencias significativas en el Cuestionario de Razones para Vivir en la puntuación pero al realizar el desglose por subcategoría se encontraron diferencias significativas en cuanto a el apego a la familia (Promedio=6.58, DS=2.51; con IS Promedio=4.91, DS=1.150. Sin IS Promedio=8.04, DS=2.48; **p=<0.01**) y en cuanto a la subcategoría de miedo al suicidio (Promedio=3.98, DS=2.51; con IS Promedio=3.42, DS=1.25; sin IS promedio=4.38, DS=0.82 **p=<0.01**).

Tabla II. Cuestionario de razones para vivir ajustado a los puntos de corte.

Cuestionarios de razones para vivir (ajustado a los puntos de corte)				
A mayor puntaje, mayor razón para vivir.				
Subcategoría	Con intento Suicida	Sin Intento suicida	p	t
Familia	4.91 (DS=1.15)	8.04 (DS=2.48)	<0.001	
Miedo al suicidio	3.42 (DS=1.25)	4.38 (DS=0.82)	<0.001	3.522
Supervivencia	5.00 (DS=1.14)	4.71 (DS=0.82)	0.26	1.121
Desaprobación	4.14 (DS=1.73)	4.54 (DS=1.24)	0.305	1.032
Objeción Moral	4.00 (DS=1.39)	3.96 (DS=0.98)	0.897	0.129
Hijos	4.79 (DS=1.58)	5.20 (DS=0.99)	0.22	1.216

Grafica 1. Resultados obtenidos en las Subcategorías del Inventario de razones para vivir



Resultado del análisis de las variables Psicopatológicas.

Se encontraron diferencias importantes con un mayor número de episodios de manía en el grupo de intentos suicidas previos sin llegar a ser estadísticamente significativos (Promedio=4.36, DS=3.84, con IS Promedio=5.35, DS= 4.37; sin IS Promedio=3.5 con DS 3.14 $p=0.061$).

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la escala de desesperanza de Beck para el grupo con intentos suicidas ($p=0.0047$), con diferencias significativas en cuanto la puntuación obtenida en la escala de Riesgo Suicida de Plutchik ($p<0.01$).

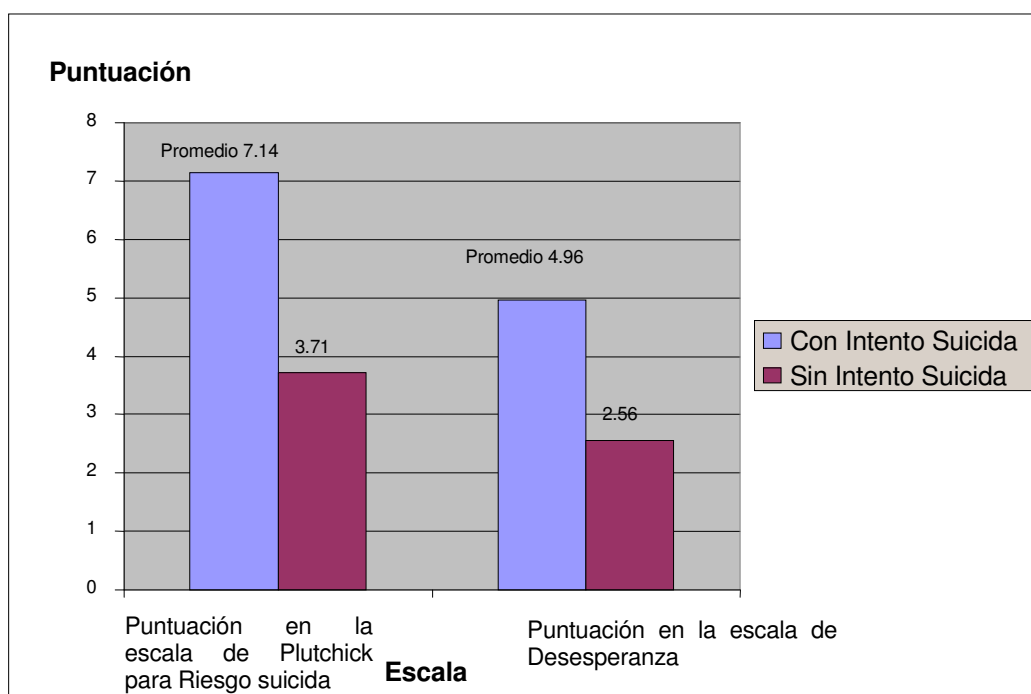
Tabla III.

Variables Psicopatológicas

VARIABLE	CON INTENTOS SUICIDAS	SIN INTENTOS SUICIDAS PREVIOS	p	t
Nivel de Dependencia.	20.7 (DS=4.9)	14.8 (DS=16.1)	0.23	1.22
Puntuación de MDQ	11.96 (DS=1.89)	11.65 (DS=2.25)	0.57	0.56
BPRS	9.6 (DS=4.7)	8.03 (DS=5.26)	0.22	1.21
Cuestionario de Razones para Vivir.	211.5 (DS=44.17)	216.4 (DS=40.31)	0.65	0.45
Desesperanza de Beck.	4.96 (DS=3.92)	2.56 (DS=2.29)	<0.01	2.93
Escala de Riesgo Suicida de Plutchick.	7.14 (DS=2.39)	3.71 (DS=2.38)	<0.01	5.51
Episodios de Manía	4.3 (DS 3.8)	5.35 (DS 4.37)	0.061	1.90
Edad de inicio del	20.8 (DS=7.12)	24.2 (DS=7.58)	0.08	1,78

padecimiento.				
Número de episodios depresivos	3.5 (DS=2.34)	3.31(DS=3.81)	0.82	0.22
Toma de litio				$\chi^2=$
Si	11	5		
No	39	23	0.929	0.008
Numero de internamientos	3.18 (DS= 3.02)	2.75 (DS= 3.02)	0.30	1.03

Grafica 2. Correlación entre Desesperanza y Riesgo suicida con intentos suicidas previos.



Se encontró que el riesgo para intento suicida en pacientes con Trastorno comórbido de Personalidad era casi tres veces mayor que los pacientes que no lo tenían (OR=2.85). Elevándose el riesgo hasta tres veces y media en el caso del trastorno límite de personalidad. (OR= 3.57)

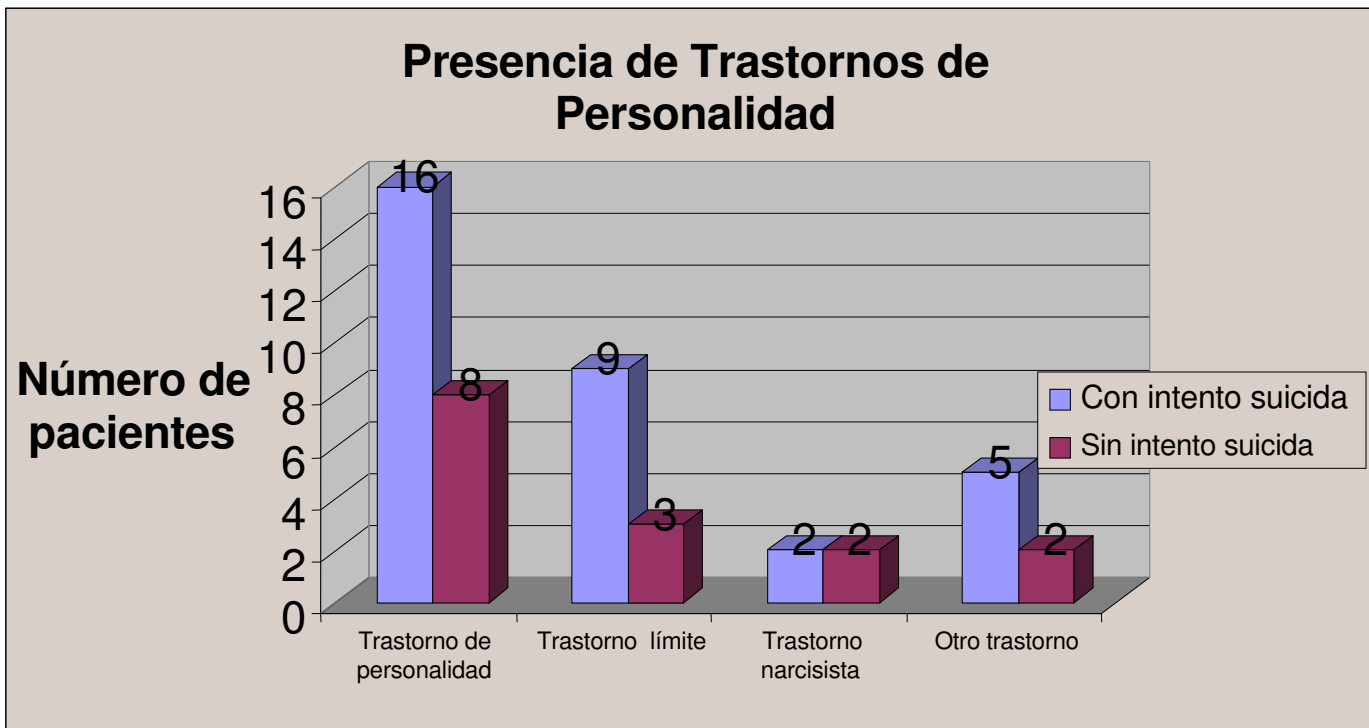
Tabla III.

Porcentajes de comorbilidad con Trastornos de Personalidad.

Resultados SCID II	Pacientes con Intento suicida Previo	Porcentaje	Pacientes sin intento suicida Previo	Porcentaje
Sin Trastorno de Personalidad	16	50%	21	76%

Con Trastorno de Personalidad				
-Trastorno Límite de la personalidad	9	28%	3	10%
-Trastorno narcisista de la personalidad	2	6%	2	7%
-Otros trastornos.	5	15%	2	7%

Grafica 3. Trastornos de personalidad y antecedentes de Intento suicida previo.



DISCUSION

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Como lo reportado en la literatura (Goldberg, 1998), en este estudio en los pacientes con intentos suicidas previos hubo un número mayor de episodios de manía, el aumento de intentos suicidas puede ser secundario al aumento en la impulsividad, errores de juicio y conducta que es característico de esta fase. No se tomo en cuenta la posibilidad de establecer el tipo de mania (mixta, con o sin síntomas psicóticos) que hubiera arrojado datos también sobre las diferencias en cuanto intentos suicidas por diferentes subtipos de manía.

En el cuestionario de razones para vivir, en las categorías de Apego a la familia y Miedo al suicidio se encontraron diferencias en los pacientes con Intentos suicidas obteniendo menores puntuaciones comparados con los que no tenían. No se encontraron en los antecedentes estudios en cuanto a familia y su factor protector.

Se encontró un mayor puntaje en la escala de desesperanza, ya reportado por Oquendo (2004) como presencia de pesimismo y uno de los factores de mayor importancia en pacientes Suicidas en general. El puntaje de desesperanza se tomo al momento de realizar el estudio, sin relacionarse al estadio actual de la enfermedad. Al parecer los pacientes mantienen niveles de desesperanza constantes incluso si se encuentran en fase eutimica, lo que podría explicar también el aumento del riesgo suicida en esta población.

No se encontró asociación entre antecedentes familiares de ideación suicida, ni con el uso de litio actual, contra lo reportado en la literatura (Goodwing, 2003, 2005; Ciprianni 2006). Si bien al ser un estudio transversal no consigna el uso previo de litio, lo que es un factor conocido como protector para riesgo suicida, y no se tomo en cuenta si los familiares con intento suicida eran de primera línea o segunda lo que explicaría la falta de asociación, aunque la prevalencia existente en los pacientes era mayor que lo reportado para población abierta.

Se ha referido que una evolución tórpida de la enfermedad tiene pobre pronóstico aumentando también el riesgo suicida (Bostwick & Shan, 2000)⁷⁹ en este caso no existieron diferencias entre el número de internamientos ni si se encontraban actualmente internados.

No se realizo un seguimiento posterior a la hospitalización donde se encuentra el mayor riesgo según lo referido por Rosenheck por lo que no fue posible encontrar asociación.

No se encontró asociación con el tiempo de evolución de la enfermedad ni el número de episodios depresivos si bien se ha reportado que los intentos suicidas se presentan en su mayoría en los episodios depresivos, así como que se podría pensar que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad existiría una mayor probabilidad de intentos suicidas previos. Si bien esto no se presenta, una

explicación probable es que exista dentro de la población bipolar un subgrupo más susceptible al suicidio independiente de la evolución y los cuadros depresivos así como los años de evolución y que dependería de otros factores inherentes al paciente.

Los pacientes con Intento Suicida presentaban al momento actual mayor puntuación en la escala de Riesgo Suicida de Plutchick, que al ser una escala con mayor sensibilidad para auto agresión e impulsividad corrobora lo descrito en la literatura por Swann (2005). Además es de notar que siguen presentando puntuaciones altas sin importar el tiempo que haya transcurrido desde el intento suicida.

No se encontró asociación entre el estado civil actual contrario a lo reportado para suicidio (Kaplan, 2004) ni estatus socioeconómico esto podría explicarse por que no se tomo en cuenta el estado previo, ni separaciones recientes en ninguno de los dos grupos. Tampoco si habían sufrido alguna disminución en la escala social abrupta lo que explicaría la falta de asociación. Tampoco se encontró asociación con el número de hijos, ni edad, ni diferencias entre sexo contrario a lo reportado para aumentar riesgo suicida (Kaplan, 2005), si bien es una población vulnerable de inicio pues se encontró en este estudio que casi un 50% de los pacientes con diagnóstico de trastorno Bipolar habían presentado alguna vez un intento suicida a lo largo de su vida.

En cuanto a Trastornos de la personalidad se ha encontrado como lo referido por Galfalvy (2006) que los pacientes con diagnóstico co-mórbido de trastorno Límite de la personalidad tienen un riesgo mayor de suicidio. En la población con intento suicida previo la presencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad se triplicaba el número de pacientes afectado comparado con la población sin intento suicida previo.

En cuanto al nivel de adicción tampoco se encontró asociación en cuanto a la intensidad, ni el tipo de sustancia de los dos grupos, si bien se ha reportado un aumento en el riesgo cuando existe comorbilidad en cuanto alcohol y drogas. Por la captura de datos, no se especifico el tipo de sustancia si no el nivel de dependencia lo que explicaría la falta de asociación y tomando en cuenta que muchos de los pacientes bipolares usan tabaco tanto para paliar los efectos adversos de medicamentos como ansiolítico.

CONCLUSIONES

Se puede concluir de este estudio que uno de los factores encontrados que puede disminuir el riesgo suicida es la familia como una de las principales referencias para continuar viviendo, además de presentar miedo a la muerte que redundo como factor. Como ya se ha reportado en estudios previos un mal control de la sintomatología, en especial mayor número de episodios de manía aumenta la presencia de Intentos suicidas por lo que nos reafirma la relevancia de un cuidado estrecha de los pacientes, así como reafirmar las redes de contención.

También se observó que existe una población especialmente susceptible dentro del Trastorno Bipolar que es aquella con mala red de contención, mayores niveles de desesperanza, comorbilidad con Trastorno Límite de la personalidad por lo que en estos pacientes se podría realizar maniobras preventivas para reafirmar una dinámica adecuada, su apego y una mayor comunicación que resulte en mejor calidad de vida, menos costos y mayor funcionalidad que permita su reintegración evitando así uno de los mayores riesgos del Trastorno Bipolar que es el suicidio.

TRASCENDENCIA

El estudio provee de información sobre pacientes con Trastorno Bipolar y factores asociados a riesgo suicida, por lo que podría sentar bases para estudios posteriores tomando en cuenta la idiosincrasia particular de la población mexicana que podría dar variantes en este aspecto.

Los datos obtenidos nos apoyan para mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir riesgos así como costos detectando oportunamente a la población especialmente vulnerable dentro de esta psicopatología e impulsar estrategias para obtener un mayor apego en la práctica clínica. Así como establecer estrategias de intervención en crisis y apuntalar a la dinámica familiar para obtener un mayor apego a ésta.

Ayudarnos a establecer a la población que podría tener factores protectores como apego a la familia, así como miedo a la muerte y establecer también la población vulnerable con mayor riesgo suicida ante la ausencia de estos. Es de los primeros estudios en población mexicana que analiza el riesgo suicida y sus factores asociados así como las características demográficas de la población bipolar.

LIMITACIONES.

Las deficiencias del estudio es que al ser transversal, sólo nos da una visión puntual del padecimiento, no se realizó la descripción del tratamiento, la muestra de pacientes fue tanto como de pacientes hospitalizados (en fase aguda) y no hospitalizados (controlados) que podría actuar como factores confusores. Si bien no existieron diferencias estadísticamente significativas en las dos poblaciones.

Variables como el uso de Litio no puede ser tomado en cuenta ya que se consideró únicamente toma actual y no puede observar una asociación clara como factor. Lo mismo en cuanto a todas las variables sociodemográficas ya que se tomaron al momento actual sin tener en cuenta antecedentes previos como por ejemplo separaciones recientes, disminución del estado socioeconómico de manera súbita o apego al medicamento.

Tampoco se tomaron en cuenta rasgos de personalidad, al incluir sólo trastornos, , ni formas de afrontamiento que nos podrían hablar de cómo confrontan situaciones estresantes los pacientes, que se ha observado son adecuados predictores así como agresividad tomando en cuenta el temperamento.

PERSPECTIVAS

En cuanto a perspectivas para investigaciones siguientes, este estudio nos provee de información para realizar estudios de seguimiento tomando en cuenta la presencia de desesperanza e impulsividad, la posibilidad de indagar sobre dinámica familiar así como emoción expresada observando el como pueden repercutir en el riesgo suicida a largo plazo.

Otra de las vertientes posibles es el escrutar sobre genética de la impulsividad y agresividad en los pacientes bipolares que nos ayudaría a establecer una causal genética o incluso epigenética, así como establecer factores predictivos de la evolución del padecimiento.

Realizar ensayos sobre el entorno cultural mexicano y la dinámica familiar para observar su influencia en la ideación suicida.

Iniciar observaciones sobre rasgos de personalidad, temperamento y formas de afrontamiento para observar si existen diferencias, dentro de esta población realizando una comparación con otros tipos de trastornos afectivos que podría explicar la alta incidencia de intentos suicidas ante una perspectiva sin solución con predominio de desesperanza, incluso en la fase de eutimia.

Efectuar un estudio prospectivo para corroborar relaciones con estudio en cuanto a desesperanza, impulsividad o corroborar la ausencia de asociación entre número de episodios depresivos, número de internamientos u otras variables psicopatológicas.

Desarrollar experiencias donde también se intervenga con medidas psicoterapéuticas y farmacológicas específicas en ideación suicida, manejo de impulsividad e irritabilidad para observar la incidencia que pueden tener éstas acciones.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Baldessarini R J, Tondo L. Suicide Risk and Treatments for Patients With Bipolar Disorder. *JAMA*. 2003; 290: 1517-1519.
2. Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 9ª. Ed. Editorial Waverly-Hispánica S.A. Barcelona. España. 2005.
3. Goldberg JF ,Garno JL , Leon AC,. Kocsis JH, & Portera L. Association of Recurrent Suicidal Ideation With Nonremission From Acute Mixed Mania. *Am J Psychiatry* December 1998; 155:1753-1755
4. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003; 290:1467–1473
5. Storosum JG, Wohlfarth T,. Gispén-de Wied CC, Linszen DH, et al. Suicide Risk in Placebo-Controlled Trials of Treatment for Acute Manic Episode and Prevention of Manic-Depressive Episode. *Am J Psychiatry* April 2005; 162:799-802.
6. Enriquez-Sálazar M, Alanís O, Contreras E, Ramírez T: Perfil Epidemiológico de pacientes con Intento de suicidio hospitalizados en la unidad de Intervención de Crisis del Hospital Psiquiátrico Regional “Dr. Miguel Valle Bueno” La Salud en Durango. Volumen 2. Noviembre 2000-abril 2001. p. 29-33.
7. Borges G. Gomez C. Los Estudios que se han hecho en México sobre la conducta Suicida 1966-1994. *Salud Mental* Marzo de 1996; V 19, No.1, 24-29
8. Mondragón L, Saltiera T, Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental* 1998; Vol. 21. No. 5, 31-39
9. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:835-837
10. O.M.S, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, Ginebra, 2002
11. Cataldo-Neto A, Morelli LB, Menezes F. Paciente suicida. En: Fritscher CC, Chatkin JM, Wainstein R (eds). *Manual de Urgencias Médicas*. Epipucrs, Porto Alegre, 509-515, 2002
12. O.M.S. Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones., Ginebra, 2004
13. Mann JJ: Searching for triggers of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 161:395-397, 2004
14. Hajar M, Dchu L, Krahus JF: Cross-national comparison of injury mortality: Los Angeles country, California and Mexico City, Mexico. *International J Epidemiol*, 29:715-721, 2000.
15. Guilbert W, Cueto E. Factores Psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19 (5); 134-7
16. Potter LB, Powell KE, Kachur SP. Suicide prevention from a public health perspectiva. En Silverman MM. Maris RW (Eds), *Suicide prevention. Toward the year 2000*. New Yorl: The Guilford Press, 1995.

17. Blumenthal, SJ. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol. 4. Ansiedad y Depresión. Madrid, Interamericana-McGraw-Hill, 1996
18. Santos B, Armas A, Gonzalez P, Viñas G, Mauriset R. Tentativa de suicidio y apgar familiar modificado Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(4):325-329
19. Rizo W. Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Ediciones Gráficas, 1992:124-37
20. Reyes W, Miranda N. Intento suicida y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):452-60
21. Mann JJ, Waternaux C, Hass GL, Malone KM: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156:181-189
22. Mann JJ: Neurobiology of suicidal behavior. Nat Rev Neurosci, 2003; 4(10):819-828
23. Ana G. Gutiérrez-García^{1,2}, Carlos M. Contreras. Rosselli Chantal Orozco-Rodríguez. Modelos para explicar el suicidas. Salud Mental septiembre-octubre 2006; Vol. 29, No. 5,
24. Goodwin FK. Preventing inpatient suicide. J Clin Psychiatry 2003; 64(1):13-13
25. Maris RW: Suicide. Lancet 2002; 360:319-326
26. Van-Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. Can J Psychiatry 2003; 48(5):292-300
27. Overmier JB. On learned Helplessness 2002; Int Physiol Behav Sci, 37(1):4-8
28. Seligman ME. Helplessness on Development, Depression and Death 1975; Freeman and Company, Nueva York,
29. Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente. Suicidios e intentos suicidas en menores de 30 años. Adolescencia Enero-junio 2004; Jalisco México; Ed. Nueva época No, 10
30. INEGI: Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios 2002; México Cuaderno 8:20-25
31. Puentes-Rosas E, Lopez-Nieto L, Martinez-Monroy T. Mortality from suicides: México, 1990-2001. Rev Panam Salud Pública 2004; 16(2):102-109
32. Borges G, Rosovsky H, Gomez C, Gutierrez R. Epidemiología del suicido en México de 1970 a 1994. Salud Publica Mex 1996; 38 :197-206
33. Borges G. La mortalidad por suicidios. México 1990–2001 [Revista Panamericana de Salud Pública](#) August 2004; Volume 16, Number 2(8): 102-109
34. Becerra B, Paez F, Robles-Garcia R, Vela GE. Temperament and character profile of persons with suicide attempt. Actas Esp Psiquiatr 2005; 33(2):117-122
35. Jiménez A, Senties H, Ortega H. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud Mental; Marzo de 1997V. 20, No. 1 37-41
36. Chen YW, Disalver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. Biol Psychiatry 1996; 39(10):896-899
37. Post RM. The impact of bipolar depression. J Clin Psychiatry 2005; 66(Suppl.5):5-10

38. Simpson S, Jamison K. The risk of suicide in patients with bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 53-6
39. Desai RA , Dausey DJ , Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry*, 162(2): 311-8 2005.
40. Valtonen E , Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P. & Isometsä E. Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2006; 84(2): 421-27
41. [Chessick CA](#), [Miklowitz DJ](#), [Goldberg JF](#), et al. Contributors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attempts. [Suicide Life Threat Behav](#) . 2005; Dec;35 (6):671-80
42. Raja M & Azzoni A. Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord* 2004; 82(3): 437-42
43. Bostwick J & Pankratz S. Affective Disorders and Suicide Risk. A Reexamination. *Am J Psychiatry* December 2000;157: 1925-1932
44. Shastry BS. Bipolar disorder: an update. *Neurochem Int* 2005; 46(4): 273-9
45. Berk M & Dodd S. Are treatment emergent suicidality and decreased response to antidepressants in younger patients due to bipolar disorder being misdiagnosed as unipolar depression?. *Med Hypotheses* 2005; 65(1): 39-43
46. Garo JL , Goldberg JF , Ramirez PM , Ritzler BA. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(3): 339-45
47. Comtois KA , Russo JE , Roy-Byrne P , Ries RK .Clinicians assessments of bipolar disorder and substance abuse as predictors of suicidal behavior in acutely hospitalized psychiatric inpatients. *Biol Psychiatry* 2004; 56(10): 757-63
48. Swann AC, Pham D. M, Steinberg JD. Increased Impulsivity Associated With Severity of Suicide Attempt History in Patients With Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1680–1687.
49. Galvafy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord*. 2006 Oct; 8 (5 pt 2) 399-402
50. Oquendo MA, Galvafy H, Russo S. Et al. Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1433–144
51. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive–aggressive behaviours. *Psychiatry Neurosci* 2005;30(6) 399-402.
52. Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry* 1994;151:1020-1024.
53. Swann AC. Long-term treatment in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66 Sup.1(2): 7-12.
54. Carney SM , Goodwin GM :Lithium - a continuing story in the treatment of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2005; (426): 7-12
55. Andrea Cipriani, Heather Pretty, Keith Hawton, John R. Geddes. Lithium in the Prevention of Suicidal Behavior and All-Cause Mortality in Patients With

- Mood Disorders: A Systematic Review of Randomized Trials. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1805–1819
56. Russell T. Joffe: Does lithium save lives?. *J Psychiatry Neurosci* 2004;29(1) 9
 57. Meyers AL, Ahl JKaiser CJ, et al. Reduced suicidal ideation in bipolar I disorder mixed-episode patients in a placebo-controlled trial of olanzapine combined with lithium or divalproex. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):1246-52.
 58. Jitschak G, Storosum Tamar Wohlfarth Christine C, Gispen-de Wied et al. Suicide Risk in Placebo-Controlled Trials of Treatment for Acute Manic Episode and Prevention of Manic-Depressive Episode. *Am J Psychiatry* 2005; 162:799–802
 59. Paola Rucci, Ellen Frank, Bryan Kostelnik. Suicide Attempts in Patients With Bipolar I Disorder During Acute and Maintenance Phases of Intensive Treatment With Pharmacotherapy and Adjunctive Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1160–1164
 60. MacQueen G M, Young L. Bipolar II Disorder: Symptoms, Course, and Response to Treatment. *JAMA* 2003; 290:1475–1480
 61. Mora ME et al. Prevalencia de Trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; Vol. 26, No. 4.
 62. Berenzon Sh, Juárez F. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Rev. Saúde Pública* 2005; vol.39 no.4 São Paulo
 63. Chávez-León E. Tratamiento Farmacológico de la fase depresiva del Trastorno Bipolar. *Salud Mental* Diciembre 2004; Vol 27. No 6.
 64. Jiménez A, Gonzalez-Forteza C. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental* 2003; Vol. 26. No. 6, diciembre
 65. Borges G, Wilcox H, Medina-Mora MA, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the Mexican Nacional Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* Abril 2005; Vol. 28, No. 2
 66. Beck A, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. The prediction of suicide. Bowie Charles Press, 1974; 455-46.
 67. Beck A, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979, 47: 343-352.
 68. Development of suicidal intent scales. En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds.
 69. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1:The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.
 70. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): 143-52

71. Linehan M, Goodstein J, Nielsen J, Chiles A. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 276-286.
72. Oquendo MA, Graver R, Baca-Garcia E, Morales M, De la Cruz V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory (RFL) Hispanic J Behav Sci 2000; 369-380.
73. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.
74. A new screen for bipolar disorder. The mood disorder questionnaire. Presentado en el 153ed Annual Meeting de la American Psychiatric Association Chicago, 13-18 de mayo, 2000.
75. Sánchez J, Vieta E, S Zaragoza, M Barrios, M de Gracia, J Lahuerta, G Sánchez. Proceso de adaptación al español del cuestionario Mood Disorder Questionnaire. *Psiquiatría Biológica* 2005, 12(4): 137-42. (Ref. 10-01)
76. Ramos JA, Sansebastián J, Madoz A. Desarrollo, validez y seguridad de una escala de adicción general. Un estudio preliminar. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(6): 368-73.
77. Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Gibbon, M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II. SCID-II. Rev. New York, N.Y. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, 1989.
78. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México 2004.
79. Bostwick J & Pankratz S. Affective Disorders and Suicide Risk. A Reexamination. *Am J Psychiatry* December 2000; 157: 1925-1932.

ANEXOS

Encuesta sociodemográfica.

NOMBRE.	
Edad.	
Sexo.	
Escolaridad.	
Estado civil.	
Ocupación Actual.	
Hijos.	Si no
Uso de Litio (Actual).	Si no
Número de Episodios de Mania	
Número de Episodios de Depresión	
¿Se encuentra actualmente internado?	Si no
Numero de Internamientos Previos	
Antecedentes familiares de suicidio (Primera línea)	Si no
Edad de inicio del Padecimiento.	
Intentos suicidas previos. Numero.	Si no Numero: