



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría  
Colombia

Rueda-Jaimes, Germán Eduardo; Rangel-Martínez-Villalba, Andrés Mauricio; Camacho, Paul Anthony

Trastorno bipolar y suicidabilidad en pacientes colombianos

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 40, núm. 5, septiembre, 2011, pp. 108S-118S

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Trastorno bipolar y suicidabilidad en pacientes colombianos

**Germán Eduardo Rueda-Jaimes<sup>1</sup>**  
**Andrés Mauricio Rangel-Martínez-Villalba<sup>2</sup>**  
**Paul Anthony Camacho<sup>3</sup>**

## Resumen

**Introducción:** Tradicionalmente se ha considerado que el riesgo de muerte por suicidio de un paciente con trastorno depresivo mayor (TDM) es superior a un paciente con trastorno bipolar (TB); sin embargo, evidencia reciente muestra que el riesgo es similar o mayor para los pacientes con TB. Los objetivos son determinar las diferencias según el diagnóstico (TDM o TB) en una muestra de pacientes con suicidabilidad que acuden a consulta especializada en una clínica privada de Bucaramanga, Colombia, y determinar las características específicas de pacientes con TB. **Métodos:** Estudio de casos y controles anidados en una cohorte prospectiva. Se tomó una muestra consecutiva de los pacientes que consultan con suicidabilidad. Se realizó un análisis multivariado donde se compararon los pacientes con TB con aquellos en los cuales su diagnóstico fue TDM. **Resultados:** Se entrevistaron 612 pacientes, pero en el estudio se incluyeron 593, puesto que 19 presentaban datos incompletos; 125 pacientes presentaron TB; 335, TDM, y 133, otros diagnósticos. Edad: OR=0,98 (0,96-0,99); abuso de sustancias: OR=2,14 (1,3-3,5); impulsividad: OR=1,85 (1,2-2,9); apoyo familiar: OR=0,46 (0,3-0,7). Estos factores diferenciaron a los pacientes con TB de los pacientes con TDM. **Conclusión:** Los pacientes con TB que acudieron por suicidabilidad a una clínica privada de Bucaramanga, Colombia, presentaron mayor riesgo suicida que pacientes similares con TDM u otros diagnósticos. Los factores que diferencian los pacientes con TB de aquellos con TDM fueron una edad menor, el abuso de sustancias, la impulsividad y la falta de apoyo familiar.

**Palabras clave:** Suicidio, intento de suicidio, ideación suicida, trastorno bipolar.

**Title: Bipolar Disorder and Suicidality in Colombian Patients.**

---

<sup>1</sup> Médico, profesor asociado y director del Grupo de Neuropsiquiatría del Centro de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Director científico del Instituto del Sistema Nervioso del Oriente. Bucaramanga, Colombia.

<sup>2</sup> Médico, investigador del Grupo de Neuropsiquiatría del Centro de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Residente de segundo año de Psiquiatría la Universidad de Antioquia. Bucaramanga, Colombia.

<sup>3</sup> MSc, investigador invitado del Grupo de Neuropsiquiatría de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

**Abstract**

**Introduction:** Traditionally suicidally in a patient with major depressive disorder (MDD) is considered to be higher than in a patient with bipolar disorder (BD), however recent evidence shows that the risk is similar or greater for patients with BD. The aim of this study was to determine the differences according to diagnosis in a sample of patients with suicidality attending a specialized private clinic in Bucaramanga, Colombia, and to identify specific characteristics of patients with BD. **Methods:** Case-control study nested in a prospective cohort. A consecutive sample of patients with suicidality was collected. A multivariate analysis was performed in patients with BD to compare with those in whom the diagnosis was MDD. **Results:** 612 patients were interviewed but only 593 were included in the study because of incomplete data in the other 9. 125 patients had BD, 335 MDD and 133 other diagnoses. Age OR = 0.98 (0.96 to 0.99), substance abuse, OR = 2.14 (1.3 to 3.5), impulsivity OR = 1.85 (1.2-2.9), and family support OR = 0.46 (0.3 to 0.7) differentiated patients with BD from patients with MDD. **Conclusion:** Suicidal patients with BD who attended a private clinic in Bucaramanga had higher suicidal risk than patients with MDD or other diagnoses. The factors that differentiated patients with BD from patients with MDD were younger age, substance abuse, impulsivity, and lack of family support.

**Key words:** Suicide; suicide, attempted; suicidal ideation; bipolar disorder.

**Introducción**

El suicidio es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años de edad y, por tanto, un problema de salud pública (1). En Colombia, la

Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003 mostró que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, el 4,1% ha realizado planes suicidas y el 4,9% ha ejecutado intentos suicidas (2). Durante el 2009, la mortalidad por suicidio en Colombia fue de 4,1 por cada 100.000 habitantes (3).

El trastorno bipolar (TB) está fuertemente asociado con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. En muestras de pacientes con TB, la prevalencia de ideación suicida varía entre el 14% al 59% (4-6), y del 25% al 56% presentaron por lo menos un intento de suicidio durante sus vidas (6,7).

Tradicionalmente, se ha considerado que el riesgo de muerte por suicidio de un paciente con trastorno depresivo mayor (TDM) es superior a un paciente con TB; sin embargo, evidencia reciente muestra que el riesgo es similar, y en algunos estudios es mayor para los pacientes con TB (8-11). Un estudio longitudinal en Cerdeña mostró que los comportamientos suicidas fueron más frecuentes en pacientes con TB tipo II que en pacientes con TDM o TB tipo I (11).

La *suicidabilidad* es reconocida como uno de los estados que contribuyen a la hospitalización por causas asociadas con la salud mental y representa más de un tercio de las visitas anuales a los departamentos de urgencias psiquiátricas (12).

A pesar de que la ideación suicida con frecuencia precede los inten-

tos de suicidio, su sola presencia no predice de manera robusta intentos futuros (13). Por tanto, se ha prestado especial interés en aquellos individuos con trastornos mentales que presentan un conjunto con factores psicosociales y antecedentes específicos, identificados como factores predictores de conductas suicidas futuras (14). Por esta razón, el clínico se apoya en los factores de riesgo y protectores reconocidos por la literatura para hacer una valoración que indique la magnitud del riesgo suicida y planear el tratamiento (15). Por otro lado, las diferencias entre los pacientes con TB y otros trastornos del eje I pueden orientar al clínico para ofrecer un tratamiento específico para los pacientes con TB y suicidabilidad.

El objetivo de este estudio fue determinar las diferencias de acuerdo con el diagnóstico en una muestra de pacientes con suicidabilidad que acuden a consulta especializada en una clínica privada de Bucaramanga, Colombia, y determinar los factores de riesgo o protectores específicos en pacientes con TB.

### **Métodos**

Es un estudio de casos y controles anidados en una cohorte prospectiva. El proyecto de esta investigación lo aprobó el comité de ética de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, y fue calificado como de riesgo mínimo para los participantes. Todos los par-

ticipantes dieron su consentimiento escrito después de recibir una explicación y comprender los objetivos de la investigación, de la participación completamente voluntaria y de la garantía de confidencialidad, según las normas colombianas vigentes para la investigación en salud y la Declaración de Helsinki (16,17).

Se tomó una muestra consecutiva de todos los pacientes que acudían al Instituto del Sistema Nervioso del Oriente (ISNOR), con suicidabilidad, atendidos por urgencia o consulta externa. Para asegurar la recolección de la muestra, el médico psiquiatra tratante marcaba una casilla pre-determinada en la historia clínica electrónica, una vez que detectaba a un paciente con suicidabilidad. Esta señal le avisaba al grupo de investigadores la presencia de dicho paciente, de tal manera que se incluyera en el trabajo.

Se definió *paciente con suicidabilidad* a todo aquel que presentó pensamientos, ideas o planes suicidas, y comportamientos o intentos suicidas (18). Se incluyó a todos los pacientes que aceptaran voluntariamente participar en el estudio y que presentaban suicidabilidad, de acuerdo con su médico tratante. Se excluyeron aquellos con psicosis o cuyas funciones cognoscitivas les impidieran contestar la entrevista. Los casos fueron los pacientes con suicidabilidad en los cuales el diagnóstico fue TB y los controles, aquellos con suicidabilidad con otros diagnósticos.

Todos los pacientes fueron entrevistados por uno de los investigadores, con previo entrenamiento en valoración del riesgo suicida. El entrenamiento fue realizado por el director del grupo de investigadores, un psiquiatra con 14 años de experiencia y 3 años en la investigación sobre riesgo suicida. Ellos realizaron una entrevista semiestructurada que interrogaba sobre características demográficas, los principales factores de riesgo y protectores determinados en la literatura científica. El resultado de la evaluación catalogaba el riesgo suicida en bajo, medio, alto o alto inmediato, de acuerdo con el balance entre factores de riesgo y protectores interpretados por el clínico entrenado, y realizaba el diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV.

Los datos se analizaron en STATA para Windows 9.0, con un nivel de significancia menor 5% (19). Se inició con un análisis descriptivo de acuerdo con la distribución de frecuencias. Para el análisis bivariado, se determinaron razones de disparidad (OR), con intervalos de confianza del 95% (IC95%), y se estimaron las diferencias en función a la distribución de frecuencias con prueba de  $\chi^2$ , prueba de t de Student o Mann Whitney, de acuerdo con las variables. Se realizó un análisis multivariado en el que se compararon los pacientes con diagnóstico de TB con aquellos en los cuales su diagnóstico fuese TDM; las variables sociodemográficas se tomaron como covariables, y las otras variables

estudiadas, como variables de confusión; para establecer el modelo final se siguieron las recomendaciones de Greenland.

En el modelo se incluyeron las variables de interés clínico y epidemiológico, que mostraron una asociación con valor de probabilidad mayor de 0,25 y que durante la construcción del modelo mostraron valores de probabilidad menores a 0,05 o cambios mayores al 10% en la asociación de la variable más importante (20). Para el modelo final se calculó la bondad del ajuste del Hosmer-Lemeshow (21).

## Resultados

Se entrevistaron 612 pacientes, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio, pero solo se incluyeron en el estudio 593, puesto que 19 presentaban datos incompletos, 125 pacientes presentaron TB; 335, TDM, y 133, otros diagnósticos. En la Tabla 1 se detallan los diagnósticos de la población estudiada. Todos los participantes pertenecían al régimen contributivo, la edad promedio fue de 32,5 años  $\pm$  14,4, con una escolaridad de 10,6 años  $\pm$  4,0.

En la Tabla 2 se observa el análisis bivariado, de acuerdo con los diagnósticos de los pacientes con suicidabilidad con las variables significativas estadísticamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en otras variables, como presencia de duelo reciente, perdida

Tabla 1. Diagnóstico de los pacientes con suicidabilidad

Diagnóstico	n	%
Trastorno depresivo mayor	335	57,7
Trastorno afectivo bipolar I	25	4,3
Trastorno afectivo bipolar II	100	17,2
Trastorno adaptativo	64	11
Trastorno de ansiedad generalizada	8	1,4
Trastorno obsesivo compulsivo	6	1
Trastorno de pánico	2	0,3
Abuso-dependencia de alcohol	4	0,7
Abuso-dependencia de sustancias	4	0,7
Trastorno de estrés posttraumático	11	1,9
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	1	0,2
Ludopatía	1	0,2
Trastorno de la conducta	3	0,5
Trastorno de control de impulsos	6	1
Reacción al estrés agudo	4	0,7
Trastorno esquizoafectivo	2	0,3
Personalidad límite	3	0,5
Otros trastornos no especificados	1	0,2
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1	0,2

de empleo, problemas legales, problemas familiares, incremento en el uso de sustancias, acceso a medios suicidas, consecuencia del intento suicida, ocupación, vivir solo, orientación sexual o ser ateo.

En la Tabla 3 se observan los diferentes métodos para el intento suicida de acuerdo con el diagnóstico. Llama la atención la alta prevalencia de uso de armas cortopunzantes e intoxicación con medicamentos y el

bajo uso de intoxicación con venenos en los pacientes con TB.

En la Tabla 4 se presenta el riesgo suicida calificado por el clínico entrenado de acuerdo con el diagnóstico. Obsérvese que el riesgo suicida en los pacientes con TB tendió a ser mayor que en los pacientes con TDM, y en estos, mayor que en los pacientes con otros diagnósticos.

En la Tabla 5 se observa el modelo de regresión logística que

Tabla 2. Análisis bivariado de acuerdo con los diagnósticos de los pacientes con suicidabilidad

Variable	Diagnósticos						p	
	TB		TDM		Otros diagnósticos			
	n	%	n	%	n	%		
Intento suicida previo	67	54	135	40,3	26	19,6	0,000	
Abuso de sustancias	45	36,3	58	17,3	29	21,8	0,000	
Impulsividad	74	61,7	132	41,6	67	52,3	0,001	
Desesperanza	23	18,5	67	20	10	7,5	0,004	
Intento suicida actual	45	36,3	126	38,1	79	61,2	0,000	
Tener hijos	74	59,2	223	66,6	60	45,1	0,000	
No tener pareja	56	44,8	111	33,1	76	57,1	0,000	
Apoyo cercano	49	39,5	197	58,8	89	66,9	0,000	
Buena autoestima	20	16,1	43	12,8	45	33,8	0,000	
Alivio por no completar suicidio	55	44,3	185	55,2	105	78,9	0,000	
Asuntos pendientes	79	63,7	250	74,6	102	76,7	0,034	

Tabla 3. Método suicida de acuerdo con el diagnóstico

Variable (método)	Diagnósticos					
	TB		TDM		Otros diagnósticos	
	n	%	n	%	n	%
Intoxicación	3	6,7	37	29,6	29	38,2
Medicamentos	21	46,7	47	37,6	32	42,1
Objetos cortopunzantes	15	33,3	26	20,8	7	9,2
Arma de fuego	0	0	8	6,4	1	1,3
Ahorcamiento	1	2,2	3	2,4	0	0
Gases o sustancias inhaladas	0	0	0	0	0	0
Salto al vacío	1	2,2	2	1,6	1	1,3
Accidente automotor	2	4,4	1	0,8	3	3,9
Otros	1	2,2	0	0	3	3,9
Combinación (3 + 2)	1	2,2	1	0,8	0	0

Nota:  $\chi^2 = 36,0704$ , gl = 16, p = 0,003.

Tabla 4. Riesgo suicida de acuerdo con el diagnóstico

Riesgo suicida	Diagnósticos					
	TB		TDM		Otros diagnósticos	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	40	32,5	127	38,7	88	69,3
Medio	33	26,8	114	34,7	36	20,5
Alto	27	21,9	46	14	3	2,4
Inmediato	23	18,7	41	12,5	10	7,9

Nota:  $\chi^2 = 55,3523$ , gl = 6, p = 0,000.

Tabla 5. Análisis multivariado de los pacientes con suicidabilidad con TB y TDM.

Variable	OR (IC 95%)	p
Abuso de sustancias	2,14 (1,3-3,5)	0,003
Impulsividad	1,85 (1,2-2,9)	0,009
Apoyo familiar	0,46 (0,3-0,7)	0,001
Edad	0,98 (0,96-0,99)	0,03

Nota: Hosmer-Lemeshow = 4,85, ng = 10, p = 0,77.

mejor explica las diferencias entre los pacientes con TB y TDM con suicidabilidad.

## Discusión

El estudio muestra que los pacientes con TB que acudieron por suicidabilidad a una clínica privada de Bucaramanga presentaron mayor riesgo suicida que pacientes similares con TDM u otros diagnósticos. El análisis multivariado mostró que los factores que diferencian a los pacientes con TB de los pacientes con TDM fueron la edad, el abuso de sustancias, la impulsividad y la falta de apoyo familiar.

Los resultados de este trabajo concuerdan con previos estudios

que mostraban el mayor riesgo de comportamientos suicidas de pacientes con TB que de pacientes con TDM (11,22,23). Sin embargo, esto no coincide con las evidencias tradicionales, que les daban un mayor riesgo suicida a pacientes con TDM. Un metaanálisis de 1997 con 23 estudios mostró que los pacientes con TDM mostraban un riesgo 20 veces superior a la población general, y los pacientes con TB, un riesgo 15 veces superior; pero este metaanálisis no incluyó a pacientes con TB tipo II (8). La diferencia con los trabajos recientes radica en que estos últimos incluyen a pacientes con TB tipo II, y cuando se discrimina, dichos pacientes presentan el mayor riesgo. El predominio de pacientes con TB

tipo II dentro de los pacientes con TB en el presente trabajo explicaría los resultados.

En la Tabla 3 se observan las diferencias en el método del intento suicida, de acuerdo con los diagnósticos. En ella se aprecia que los pacientes con TB utilizan poco la intoxicación con venenos y, en cambio, predomina la intoxicación con medicamentos o heridas con armas cortopunzantes. Estos dos métodos podrían indicar intentos impulsivos en esta población, pues tienen los medicamentos a la mano y las heridas cortopunzantes son el método tradicional en los suicidas impulsivos.

Al igual que el estudio *Epidemiologic Catchment Area* (ECA), el antecedente de intentos suicidas fue mayor en los pacientes con TB, posteriormente en los pacientes con TDM y menor para otros diagnósticos del eje I (22). Sin embargo, esta diferencia desaparece en el análisis multivariado, lo cual indica que es un factor de confusión y las diferencias pueden ser explicadas por otros factores. Es interesante observar que en los estudios anteriores no encontramos antecedentes de trabajos que comparan los factores de riesgo de acuerdo con el diagnóstico en pacientes con suicidabilidad.

Las diferencias encontradas entre los pacientes con TB y los pacientes con TDM, todos con suicidabilidad, son a su vez factores que aumentan el riesgo suicida, lo cual

explicaría el mayor riesgo suicida de los pacientes con TB.

La impulsividad es un factor de riesgo conocido para suicidio e intento suicida, independiente del diagnóstico (24). En este trabajo, la impulsividad se presentó con mayor frecuencia en los pacientes con TB que en los pacientes con TDM. Oquendo y colaboradores demostraron que la impulsividad estuvo en frecuencia similar en pacientes con TB con suicidabilidad y sin suicidabilidad (25), lo cual hace pensar que la impulsividad, a pesar de no estar listada en los síntomas del TB en el DSM-IV, hace parte de los síntomas de pacientes con TB, que lo puede diferenciar de los pacientes con TDM.

En cualquier caso, el clínico debe investigar la impulsividad en pacientes con suicidabilidad, y en caso de hallarla, sospechar que está ante un paciente con TB; en tal sentido, debe instaurar las medidas terapéuticas acordes. El uso de antidepresivos puede aumentar la impulsividad; este fue el mecanismo propuesto a finales de los años ochenta para explicar el incremento de la suicidabilidad con los nuevos antidepresivos (26). Lo claro hoy en día es que no se recomiendan los antidepresivos en pacientes con TB y suicidabilidad, para así evitar comportamientos impulsivos o irritables que aumenten el riesgo suicida (27).

Otro factor diferenciador en los pacientes con TB fue el abuso de sustancias. En la literatura científica se ha reportado que el abuso de sus-

tancias aumenta el riesgo suicida de 14 a 20 veces, y el riesgo de intento suicida (28,29). La comorbilidad del TB y abuso de sustancias ya se había reportado como un factor de riesgo para suicidio o intento suicida en pacientes con suicidabilidad (24,29,30). Goldberg postuló que el consumo de alcohol y otras sustancias desestabiliza a los pacientes con TB, lo cual genera nuevos episodios que reactivan síntomas como la impulsividad y la agresividad; este mismo autor propone que entre los pacientes con TB, quienes abusan de sustancias se someten a mayores problemas psicosociales, como pérdidas afectivas o económicas, que de la misma manera alimentan un desenlace fatal (30).

El apoyo familiar se presentó con menor frecuencia en los pacientes con TB y suicidabilidad. La disfunción familiar ya se había relacionado con la suicidabilidad en pacientes con TB adolescentes y jóvenes (31-33). Esta puede ser una de las explicaciones del poco apoyo familiar en los pacientes con TB. Sin embargo, es más plausible que la severidad y cronicidad de los pacientes con TB lleven al cansancio y poco apoyo familiar con consecuencias serias, como la menor utilización de servicios de salud y la suicidabilidad (34).

La fortaleza del presente trabajo estuvo en el número de pacientes con suicidabilidad entrevistados; sin embargo, el hecho de realizarse en una clínica privada que atiende pacientes

del régimen contributivo hace que los hallazgos obtenidos no se apliquen a toda la población con suicidabilidad. Otra limitación está dada por el tipo de estudio, que recoge información sujeta a sesgo de memoria, especialmente en este tipo de pacientes perturbados por su propia condición. Los clínicos pueden tener en cuenta la impulsividad y el abuso de sustancias como dos características que lo guíen para considerar el diagnóstico de TB en pacientes depresivos con suicidabilidad; por otro lado, deben tener especial consideración en el apoyo familiar de los pacientes con TB y suicidabilidad.

En conclusión, los pacientes con TB que acudieron por suicidabilidad a una clínica privada de Bucaramanga presentaron mayor riesgo suicida que pacientes similares con TDM u otros diagnósticos. Los factores que diferencian a los pacientes con TB y TDM fueron la menor edad, el abuso de sustancias, la impulsividad y la falta de apoyo familiar.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio para médicos generalistas. Trastornos mentales y cerebrales. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra: OMS, 2000.
2. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Cali, Colombia: Ministerio de la Protección Social - Fundación FES; 2005.
3. Valenzuela DM. Suicidio. Colombia, 2009. Epidemiología del suicidio. [internet]. 2010 [citado: 23 de abril del 2011].

- Disponible en: [http://www.medicinalgal.gov.co/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=60](http://www.medicinalgal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60).
4. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord.* 2003;73:123-31.
  5. Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE, et al. Suicidality among patients with mixed and maniac bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1996;153:674-6.
  6. Abreu LN, Lafer B, Baca-García E, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:271-80.
  7. Valttonen H, Suominen K, Mantere O, et al. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:1456-62.
  8. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;170:205-28.
  9. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord.* 2002;68:167-81.
  10. Hoyer EH, Mortensen PB, Olesen AV. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. *Br J Psychiatry.* 2000;176:76-82.
  11. Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116:419-28.
  12. Dhoosche M. Suicidal behavior in psychiatric emergency room patients. *South Med J.* 2000;93:310-4.
  13. Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, et al. Interactions of risk factors in predicting suicide. *Am J Psychiatry.* 1994;151:434-5.
  14. Beautrais AL. Further suicide behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34:1-11.
  15. Casey PR. Factors associated with suicidal ideation in the general population. *Br J Psychiatry.* 2006;189:410-5.
  16. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
  17. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [internet]. 2008 [citado: 3 de julio del 2010]. Disponible en: [www.wma.net/e/policy/b3.htm](http://www.wma.net/e/policy/b3.htm).
  18. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36:519-32.
  19. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP; 2005.
  20. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health.* 1989;79:340-9.
  21. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 2000.
  22. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorder relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry.* 1996;39:896-9.
  23. Bottlender R, Jager M, Strauß A, et al. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed in patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250:257-61.
  24. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? a 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav.* 2002;32:10-32.
  25. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord.* 2000;59:107-17.
  26. Kapur S, Mieczkowski T, Mann JJ. Antidepressant medications and the relative risk of suicide attempt and suicide. *JAMA.* 1992;268:3441-5.
  27. Akiskal HS, Benazzi F. Does the FDA proposed list of possible correlates of suicidality associated with antidepressants apply to an adult private practice population? *J Affect Disord.* 2006;94:105-10.
  28. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry.* 1998;173:11-53.

29. Johnsson E, Fridell M. Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96:362-6.
30. Goldberg JF, Singer TM, Gorno JL. Suicidality and substance abuse in affective disorders. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:35-43.
31. Rucklidge JJ. Psychosocial functioning of adolescents with and without pediatric bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2006;91:181-8.
32. Algorta GP, Youngstrom EA, Frazier TW, et al. Suicidality in pediatric bipolar disorder: predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disord.* 2011;13:76-86.
33. Goldstein TR, Sinwell N, Birmaher B, et al. Family environment and suicidality among bipolar youth. Documento presentado en: The annual Pediatric Bipolar Disorder Conference. March 28-29, 2008. Cambridge (MA).
34. Rizzo CJ, Esposito-Smythers C, Swenson L, et al. Factors associated with mental health service utilization among bipolar youth. *Bipolar Disord.* 2007;9:839-50

*Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 10 de julio del 2011*

*Aceptado para publicación: 1º de agosto del 2011*

Correspondencia

Germán Eduardo Rueda-Jaimes

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Calle 157 No. 19-55, Cañaveral Parque

Bucaramanga, Colombia

[gredu@unab.edu.co](mailto:gredu@unab.edu.co)