



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON TRASTORNO  
AFECTIVO BIPOLAR EN EL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN 2023**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR**

**LUIS GUSTAVO JARA VIDALÓN ORRILLO**

**ASESOR**

**HENRY NELSON MORMONTOY CALVO**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**

**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO GUÍA**

**CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN EL  
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2023**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR**

**DR. LUIS GUSTAVO JARA VIDALÓN ORRILLO**

**ASESOR**

**DR. HENRY NELSON MORMONTOY CALVO**

**LIMA – PERÚ  
2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

**CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECT**

AUTOR

**LUIS GUSTAVO JARA VIDALÓN ORRILLO**

RECuento de palabras

**8716 Words**

RECuento de caracteres

**47549 Characters**

RECuento de páginas

**35 Pages**

Tamaño del archivo

**196.5KB**

Fecha de entrega

**Jun 23, 2023 8:31 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Jun 23, 2023 8:32 AM GMT-5****● 10% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

**● Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada i</b>	
<b>Índice ii</b>	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivos generales	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Variabilidad y factibilidad	4
1.5 Limitaciones	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
2.1 Antecedentes	4
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definición de términos básicos	16
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>17</b>
3.1 Formulación	17
3.2 Variables y su definición	17
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>19</b>
4.1 Diseño metodológico	19
4.2 Diseño muestral	19
4.3 Técnicas de recolección de datos	21
4.4 Procesamiento y análisis de datos	22
4.5 Aspectos éticos	22
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>23</b>
<b>PRESUPUESTO</b>	<b>24</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>28</b>
1. Matriz de consistencia	28
2. Instrumentos de recolección de datos	29
3. Criterios diagnósticos	30

# **CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN EL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2023**

## **1.1 Descripción de la situación problemática**

Alrededor del mundo cerca de 700000 personas se quitan la vida cada año y muchas otras más lo intentan. Según la OMS en el 2019, el suicidio fue la 4° causa de muerte en el grupo que comprende las edades entre los 15 a 29 años de vida, a nivel global. El suicidio no es un problema que solo ocurre en países desarrollados, sino un fenómeno global que no distingue entre clases sociales, raza o género. Aproximadamente el 80% de los suicidios ocurridos en el 2019 ocurrieron en países en vías de desarrollo, países de renta media y baja. Todos estos casos tienen graves implicancias sociales y económicas, pero sobre todo viene a ser una gran tragedia que tiene efectos duraderos tanto para los familiares, como para las comunidades. (1)

En el Perú, durante 1° trimestre del año 2022, hubo 268 intentos de suicidio, mayormente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, según el estudio de Vigilancia Centinela del Intento de Suicidio (VCIS) del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA. Datos aún más relevantes teniendo en cuenta la caída del número de establecimientos de salud centinela por la coyuntura del COVID-19. (2)

Una gesta suicida es el factor que aumenta más el riesgo de suicidio, pues muchas veces los tabúes y la estigmatización, sobre todo los que rodean a los trastornos mentales, desalientan de pedir ayuda a muchos que tratan o piensan acabar con sus vidas, provocando que no reciban la ayuda pertinente. (1)

Entre los factores más comunes se encuentran los trastornos mentales, en los que encontramos a los Trastornos por consumo de sustancias (TCS) y Trastornos del humor como la depresión y bipolaridad (TAB). Todas estas condiciones mentales, pueden llegar a ser graves y recurrentes; conllevando una importante carga en la salud pública y de

discapacidad. La concurrencia de los trastornos mencionados es de relevancia clínica, pues generalmente se asocia a malos resultados en el tratamiento, afectando la prognosis del cuadro. Diversos estudios muestran que, a nivel global, más de un tercio de los pacientes con TAB cumplen criterios de TCS. Los pacientes bipolares con TCS parecen ser particularmente propensos a incumplir con la medicación, tener mayor riesgo de hospitalización, requerir mayor tiempo para la remisión de síntomas, a ciclar rápido y presentar más episodios de violencia en fase maniaca y gestas suicidas. Aunado a todo esto, hay estudios que demuestran que una historia de TCS se asocia a un inicio temprano de TAB. (3) (4)

La tasa de letalidad de las gestas suicidas en los pacientes con TAB es mayor que en la población general. Debido a esto, el suicidio es un problema crítico en estos pacientes, pues los estudios arrojan tasas de intento de suicidio que van del 25 al 56% y suicidios consumados entre 10 al 15%. Además, tenemos que las personas con TAB son más vulnerables a los TCS. (3)

Ante lo expuesto, existe la necesidad de una adecuada identificación de la asociación que tienen los TCS y la gesta suicida en los pacientes con TAB, para así poder subrayar la importancia de mejorar las estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno en estos pacientes.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre el trastorno de consumo de sustancias y conductas suicidas en pacientes con trastorno bipolar atendidos en el HNASS durante el 2023?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

- Determinar la relación entre el trastorno de consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar en el HNASS atendidos durante el 2023

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Establecer la edad de presentación de trastorno bipolar en pacientes con trastorno de consumo de sustancias del HNASS atendidos durante el 2023.
- Establecer la frecuencia de los pacientes con TAB con antecedente de conducta suicida.
- Establecer la frecuencia de los pacientes con TAB con antecedente de trastorno de consumo de sustancias psicoactivas.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Su importancia radica en que la bipolaridad y sus factores asociados no solo afectan el desarrollo y bienestar de los individuos que la padecen, sino que también supone un gran impacto social y económico en problemas tan sensibles como lo son, el suicidio y el uso de drogas.

De igual modo, en el HNASS no se ha hecho una investigación al respecto. Por lo que esta investigación se realiza para que los resultados obtenidos ayuden a comprender la situación actual del problema, y poder valer como precedente a la hora de realizar próximas investigaciones.

Además, la relación que comparten las variables permitiría subrayar la importancia de tomar medidas de intervención temprana en factores de riesgo modificables, siendo el consumo de sustancias uno de los factores relacionados a conducta suicida en este tipo

de pacientes; además de estar asociada a malos resultados en el tratamiento, mayor riesgo de hospitalización, requerir mayor tiempo para la remisión de síntomas, ciclado rápido, episodios de violencia e inicio temprano de TAB. (3,4)

#### **1.4.2 Factibilidad y viabilidad**

La presente investigación es viable, pues la investigación se realizará en una institución que brinda las facilidades correspondientes, como la autorización y la afluencia necesaria de pacientes potencialmente elegibles. Así mismo, se cuenta con la capacidad técnica necesaria para el recojo y procesamiento de los datos. Además, este proyecto es factible, pues se tiene los recursos financieros, materiales y técnicos que garantizan su desarrollo sin mayor dificultad.

#### **1.4 Limitaciones**

En la presente investigación, la muestra recolectada va a provenir de un solo hospital, el cual no cuenta con la afluencia de pacientes de todos los estratos socioeconómicos de nuestro país, por lo que unos segmentos de la población no estarían representados adecuadamente, por consiguiente, una generalización a nivel nacional no sería del todo exacta. Además de ello, la exactitud de la información recogida de los pacientes y/o familiares podría arrojar falsos negativos o falsos positivos, por diversas razones, como los prejuicios o vergüenza a la hora de hablar de trastornos psiquiátricos y falta de capacidad resolutive de los formularios.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

Harris et al, en 1997, estudio la asociación del suicidio y diversos trastornos mentales. Se tuvo como resultado que, entre los 44 trastornos mentales considerados, 36

mostraron una razón de mortalidad estandarizada (RME) significativamente elevada. Se observó un riesgo de suicidio 15 veces el esperado, con una variación de 0 – 133, en el caso del TAB. Concluyeron que el suicidio tiene una fuerte asociación con los trastornos mentales. (5)

Aparicio Castillo, et al., en 2018 buscó establecer los factores de riesgo asociados a tener más de una gesta suicida en la población colombiana. Se obtuvo como resultado que 11738 (62.65%) fueron mujeres, la edad media fue de 25 años (IC95%, 24,9-25,2); 2 o más intentos de suicidio 5734 (30.6%). Las prevalencias de trastornos psiquiátricos y gesta suicidas fueron 48.5% y 16.4% respectivamente. El factor que se asoció con más de 1 gesta suicida fue la ideación tanática OR 5.5 y ORa 4,0 . Por lo cual concluyeron que, los individuos con ideas tanáticas persistentes, tienen una probabilidad 4 veces mayor de hacer 2 o más gestas suicidas. (6)

Chávez Cáceres, et al., en 2020 estudiaron los factores asociados a ideación tanática. En los resultados observaron que 22.9% tuvieron en algún momento ideación suicida, de estos la mayoría fueron mujeres (58.47%), no tenían pareja (58.6%), tenían malas relaciones con sus familiares (91.3%), consumían alcohol (71.7%) y tabaco (56.5%). También, se encontró que los factores asociados a ideas tanáticas en el análisis bivariado fueron el ser joven, ser hombre, estar sin pareja, consumo de OH (OR=4.02), Tabaco (OR=6.16) y otras drogas ( $p < 0.05$ ). Por lo que se concluyó que las drogas están asociadas a la ideación tanática en dicha población. (7)

Dong, et al., en 2019 estudio la prevalencia de gestas suicidas en TAB. Se encontró que la prevalencia de por vida de gestas suicidas fue del 33.9%. También encontraron una asociación positiva con el género femenino (34.4%), TAB tipo 1 y ciclado rápido (47.0%). Por lo que concluyen que la conducta suicida es común en esta población. (8)

Baldessarini, et al., en 2006, publicó un estudio, donde mencionan que el TAB es un trastorno prevalente, que puede llegar a ser una enfermedad muy incapacitante y con una elevada letalidad, debido al suicidio. Indican que la tasa de letalidad anual promedio

en esta población ronda el 1%, unas 60 veces más, que en la población general (0.015%). Así mismo, dicha letalidad estaría muy ligada a los severos cuadros depresivos que experimentan este tipo de pacientes. También menciona, que una ratio gesta suicida/suicidio muy bajo (3:1) comparado con el de la población en general (30:1) sugiere una alta letalidad del acto suicida. Por lo que identificar sus factores de riesgo, pueden ayudar a disminuir el riesgo de suicidio a través en intervenciones oportunas. (9)

Gao,et al., en 2009, publicaron un estudio donde observaron que, de los 561 participantes con TAB, el 41.2% tuvo al menos un intento de suicidio en su vida. Los factores asociados a tasas significativamente más altas de intento de suicidio fueron: depresión de inicio temprano, TAB I (OR 1,8), sexo femenino (OR 1,7), ser soltero (OR 1,5), TCS (OR 1,5), t. de pánico (OR 1,5), abuso sexual (OR 2,1) y psicosis (OR 1,9). La psicosis durante la depresión, el subtipo bipolar I y el abuso físico se asociaron con un mayor número de gestas suicidas en un 248 %, 166 % y 162 %, respectivamente. (10)

L. Plans, et al., en 2018, hicieron un estudio donde se halló que la tasa de suicidio en TAB variaba entre los estudios (Relación de riesgo 0,20 - 10,99), pero que en promedio el suicidio era entre 20-30 veces mayor que en la población general. Así mismo, encontraron que los suicidas utilizaron diferentes métodos, siendo los más frecuentes la sobredosis de drogas y el ahogamiento; siendo por consiguiente el TCS un predictor de tendencia suicida en TAB, teniendo al alcohol como la sustancia más involucrada. (11)

Bezerra-Filho. Et al., en 2017, estudiaron la asociación entre trastorno de la personalidad y gestas suicidas en pacientes con TAB. Se obtuvo como resultado que las gestas suicidas se asociaron significativamente con TAB tipo I, cicladores rápidos, alta impulsividad y cualquier trastorno de la personalidad, especialmente cluster B y C. Por lo cual se concluye que ciertas características de los cluster C como la impulsividad, mal control de impulsos pueden impactar en la prognosis de TAB. (12)

Duarte. Et al., en 2019, publicaron un estudio donde se encontró que las gestas suicidas eran más frecuentes en pacientes con TAB que habían experimentado

maltrato infantil, esto con una frecuencia significativamente mayor y teniendo puntajes más altos en el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ). También se menciona la relación existente entre maltrato infantil, alcoholismo y abuso de sustancias. Por lo cual se concluye que el CTQ debería ser empleado en la evaluación de pacientes con TAB, para promover un enfoque preventivo en el manejo de estos pacientes. (13)

Giuseppe Carra, et al., en 2009, un estudio buscó establecer la tasa de uso de OH y otras drogas comórbido en pacientes con cuadros psicóticos en el Reino Unido. Como resultado encontraron amplias variaciones en las tasas informadas de abuso de sustancias en los pacientes con psicosis (20 – 37%), tasas menores a las encontradas en otros países como EE.UU. Por otro lado, dicha tasa parece ser más alta en hospitalizados (38-50%), en el ámbito forense y en centros urbanos. Concluyen que la tasa de abuso de sustancias esta influenciada por la composición de la población estudiada. Además, recalcan la dificultad a la hora de estudiar dependencia de alcohol y otras drogas por separado, pues a menudo no se informan por separado y que sus consecuencias pueden diferir dependiendo de la sustancia ingerida. (14)

Salloum IM, et al., en 2000, encontraron que la comorbilidad TAB y TCS es la más alta de todas las condiciones psiquiátricas, a excepción del T. de personalidad antisocial; TAB tipo I 60.7%, TAB tipo II 48%. Así mismo, recalca que un diagnóstico dual tiene una interrelación que parece ser perjudicial a la hora de hablar de diagnóstico y tratamiento; debido a que estos pacientes tienden a presentar ciclados cortos, recaídas más frecuentes y síntomas más persistentes. Además, de asociarse a tener más trastornos psiquiátricos, deterioro cognitivo temprano y altas tasas de conducta suicida; lo que aumentaría el sufrimiento, la discapacidad y los costos del tratamiento. (15)

Cassidy F, et al., en 2001, encontraron una alta tasa de abuso de sustancias, tanto en el OH (48.5%), como en las demás drogas (43.9%) en sujetos con TAB. La prevalencia de abuso de sustancias en esta población fue de 60%, más en hombres que en mujeres (54.5% vs 33.8%), mucho más que en la población general (14.9% vs 9.4%). No hubo una diferencia significativa en la prevalencia de abuso de sustancias entre los TAB

maníacos y mixtos, ni entre población blanca y negra. La prevalencia de abuso de sustancias disminuyó con la edad. Se encontró también una alta tasa de abuso de otras drogas como marihuana (36%) y cocaína (24.5%); siendo la marihuana la segunda sustancia más consumida, pudiendo llegar a una prevalencia de 50.6% en el grupo de menor edad. Los pacientes duales tuvieron más hospitalizaciones. Por lo que concluyen que el abuso de sustancias al estar asociada a más hospitalizaciones y curso de la enfermedad más grave sería una comorbilidad importante. (16)

J. Teter, et al., en 2011 publicaron un estudio analítico, que contó con 3 grupos: TAB sin TCS (TAB-SA), TAB con antecedente de TCS (TAB-A) y TAB con TCS (TAB-P), donde se evaluó el índice estandarizado de adherencia a la medicación (SMAR). Se vio que el SMAR fue marcadamente más bajo en el grupo TAB con TCS. Así mismo las actitudes de los pacientes respecto a la medicación, evaluada a través de una encuesta, arrojó marcadas diferencias entre los 3 grupos; donde los resultados del grupo TAB-A (89.47%) y TAB-SA (65.38%) fueron positivos en comparación con el grupo TAB-P (44.44%). Por lo que se concluyó que tratar los TCS en pacientes TAB ayudaría a mejorar la adherencia al tratamiento con psicofármacos. (17)

Castillo M., et al., en 2020 buscaron determinar la presencia de comorbilidades y factores asociados con el TCS por alcohol y el TAB. En este estudio se detectó que todos los individuos con bipolaridad tenían alguna conducta desadaptativa en el consumo de OH; 64.9% posible dependencia, 35.1% consumo de riesgo. En el grupo de las mujeres se detectó un mayor riesgo de dependencia (OR 3,29), también un mayor riesgo de consumo de tabaco (OR 3,87) y marihuana. También se encontró que, en las ciudades, hubo una mayor frecuencia de ideación tanáticas y un menor riesgo en quienes tuvieron relaciones estables. (18)

Cardoso, et al., en 2008 buscaron determinar el impacto que tiene el TCS por alcohol (abuso y dependencia) en el TAB en la gravedad clínica del cuadro, la funcionalidad y la calidad de vida. Se encontró que los pacientes con TCS por alcohol eran más propensos a estar enfermos, menor grado de educación, menor puntaje en EEAG, inicio más

temprano de enfermedad y psicosis en los episodios depresivos. No se encontró diferencias significativas en cuanto a algún trastorno de ansiedad. Si hubo asociación entre TCS por alcohol con el uso de otras sustancias psicoactivas, THC y cocaína principalmente. La prevalencia de gestas suicidas fue del 51.1% en general, marcadamente más elevada en el grupo con dependencia (67.7%) y abuso (65.3%). (19)

Ibañez, et al., en el 2020, mencionan que el TAB es el trastorno del eje 1 con la más alta comorbilidad con el TCS. Además, encuentran que la asociación entre TCS y los trastornos del ánimo usualmente tiene un impacto negativo en sus prognosis. Por lo que subrayan la gran importancia de hacer una historia psiquiátrica completa, que indague en ambos trastornos. (20)

El estudio realizado por Medina y colaboradores en 2008 examinó cómo el consumo de alcohol impactó en la evolución de pacientes con trastorno bipolar. Los resultados mostraron que el 31.8% de los participantes consumían alcohol y que aquellos que lo hacían tenían una mediana de 4 recurrencias y 1 gesta suicida, mientras que los que no consumían alcohol tenían una mediana de 1 recurrencia y 0 gestas suicidas. Además, el 77.5% de los pacientes con una evolución desfavorable consumían alcohol (con o sin cocaína) y aquellos que consumían ambas sustancias tenían un mayor riesgo de una evolución desfavorable. En conclusión, el estudio sugiere que el consumo de alcohol afectó negativamente la prognosis del trastorno bipolar. (21)

Potash et al., en el 2000 analizaron la relación entre el alcoholismo y la gesta suicida en pacientes con TAB tipo I. Para el estudio se evaluó a 337 sujetos con TAB tipo I, teniendo como resultado que los pacientes con ambos trastornos tenían una tasa de gestas suicidas del 38.4%, mientras los que no tenían alcoholismo, tenían una tasa del 21.7%. Concluye que el alcoholismo como comorbilidad está asociado a una mayor tasa de gestas suicidas en TAB. (22)

Giuseppe Carra, et al., en 2014, estudiaron la asociación entre TCS y gestas suicidas. En este artículo se encontró que, del total de individuos, el 20.1% habían presentado

algún tipo de conducta suicida. La asociación entre TCS de alcohol y otras sustancias y conducta suicida presento un OR 1.96. Trastorno por consumo de alcohol arrojó un OR de 1.72. TCS y conducta suicida dio un OR 1.77. Por lo cual, se encontró que el TCS y el TAB se asocian significativamente a conductas suicidas. (3)

Bartoli, et al., en el 2019, estudiaron la fuerza y consistencia de la asociación entre el consumo de cannabis y las gestas suicidas en estos pacientes. Para lo cual se tomó como base 6375 sujetos de 11 estudios, donde se halló la asociación transversal entre estas dos variables (OR = 1,35). Concluyen que dichas variables presentan una asociación débil. (23)

Magda, et al., en el 2020, encontraron que los usuarios de drogas presentaron un deterioro en su calidad de vida; lo que a su vez incrementó la probabilidad de experimentar algún trastorno psiquiátrico, especialmente en los que eran usuarios de más de una sustancia. Además, se vio que la asociación entre TCS y Trastorno psiquiátrico aumenta la probabilidad que las personas se suiciden en 5.7 veces. Por lo cual se concluyó que había relación entre las variables estudiadas y que diseñar estrategias de salud eficientes para su identificación temprana era de suma importancia. (24)

Dalton EJ, et al., en el 2003, encontraron que la tasa de gestas suicidas a lo largo de la vida fue aproximadamente del 30%. Que el TCS comórbido fue un factor predictivo significativo de intentos de suicidio: Los sujetos bipolares con TCS tenían una tasa de intentos de suicidio de por vida del 40%, frente a un 24% en los que no. La prevalencia de TCS en el grupo sin antecedentes de gestas suicidas fue del 31.6%, frente al 41.4% del grupo con antecedentes. Por lo que concluye, que el TCS se asoció a una mayor tasa de intentos de suicidio en pacientes con bipolaridad. También indica que dicha relación podría explicarse por la gravedad de la enfermedad y los rasgos de impulsividad (25)

## **2.2 Bases Teóricas**

- **Conducta suicida**

Viene a ser un comportamiento autodirigido potencialmente dañino, pero no fatal. Este comportamiento tiene la intención de acabar con la vida del sujeto, aunque en ocasiones pueda no haber lesiones como resultado de dicha conducta. La gesta suicida viene a ser parte de un proceso que comienza en el pensamiento como simples ideas, que luego dan pase a planes suicidas que culminan en uno o múltiples intentos. Estos intentos tienen un aumento progresivo en su letalidad, hasta consumir el suicidio. (25) (3)

En una encuesta efectuada en 21 naciones a más de 100 mil adultos, se encontró que la prevalencia en 1 año de gesta suicida es de 0.5 a 9.5 % aproximadamente y la prevalencia de por vida es de un 3%. Se tienen datos que por cada muerte por suicidio hay 20 a 30 intentos, lo que viene a sumar anualmente 16 millones de gestas suicidas. También, se ha observado que a diferencia del suicidio que es más frecuente en pacientes mayores de sexo masculino; las gestas suicidas y las autolesiones no suicidas vienen a ser más frecuentes en jóvenes de sexo femenino. Además, entre las personas que quieren suicidarse, el 1.6% se suicidan dentro de los próximos 12 meses y el 3.9% en los próximos 5 años. (26) (27)

El suicidio que según la WHO es la 2° causa de muerte en los jóvenes, es un problema importante, pero prevenible ya que es parte de un proceso que inicia la mayoría de las veces en el pensamiento, a modo de ideación suicida, que luego da pase a gestas suicidas que gradualmente van aumentando en frecuencia y letalidad hasta dar paso al suicidio consumado. Por lo tanto, el suicidio está muy relacionado con gestas suicidas previas. (28) (1)

### **Factores de riesgo**

Los factores asociados al suicidio se han investigado a nivel de diversas poblaciones e individualmente; siendo importante tener herramientas para identificar a las personas en riesgo, para poder evitar dichos eventos.

Se han examinado los factores predisponentes y los eventos precipitantes; estos pueden estar mediados por la genética, factores psicológicos y de personalidad, lo que complica que hace su explicación, compleja y difícil de interpretar. Un enfoque es viendo el curso de la vida y que el suicidio es el resultado acumulativo de diversos factores predisponentes y precipitantes a lo largo de la vida.

En los modelos de curso de vida, los trastornos psiquiátricos son los que tienen el efecto más fuerte sobre la tasa de suicidios y por consiguiente sobre las gestas suicidas. La depresión, bipolaridad, esquizofrenia y TCS aumentan las probabilidades de suicidio consumado por un factor de 3. Otros factores a tener en cuenta, además de una gesta suicida como antecedentes son el abuso sexual infantil, antecedentes y pérdida de un progenitor por suicidio en la infancia.

La información recopilada en suicidas, indican que los trastornos del ánimo y el TCS son los principales factores de riesgo para gesta suicida. Además de esto, se ve no solo la presencia de estos factores, sino la concurrencia de otros factores precipitantes y predisponentes, que pueden tener diversos efectos dependiendo de la capacidad de resiliencia del individuo. La suma de esto da como resultado cambios psicológicos, que pueden incluir el sentirse solo, agobiado, desesperanzado, que conduciría al aislamiento social. Dichos cambios en la psique del individuo, aunado a un acceso a medios letales son los que permitirían la gesta suicida. (29) (26)

- **Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas**

Está caracterizado por un patrón patológico de comportamiento relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, donde se presenta la asociación de síntomas

cognitivos, conductuales y fisiológicos que resultan en un consumo continuo de la sustancia, a pesar de las consecuencias. (30)

En la actualidad los TCS se han vuelto un problema mundial, con graves implicancias a nivel económico y social, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro, un país que es productor y consumidor de diversas drogas como la cocaína y marihuana.

Los patrones de consumo de sustancias varían mucho, tanto en tipo de sustancias, como en términos de grupo etario, frecuencia de uso y problemas asociados a dicho consumo. Así mismo, es conocido que el uso de sustancias puede tener graves implicancias en la salud del individuo, afectando diversos sistemas como el metabólico, circulatorio, respiratorio, y principalmente al SNC.

Además, tenemos que diversos estudios han señalado el aumento de consumo de estas sustancias en la adolescencia e incluso en edades más tempranas. Dicha información es muy relevante, pues precisamente estas etapas son vitales en el desarrollo psicosocial del individuo, pudiendo suponer un importante predisponente o precipitante para el desarrollo de diversos trastornos mentales. (31)

### **Cuadro clínico**

Este trastorno se caracteriza por un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Dicho patrón comprende un control deficitario de la ingesta de determinada sustancia, un patrón de consumo riesgoso y el deterioro social del individuo.

**Control deficitario sobre el consumo:** En estos pacientes se evidencia el consumo de grandes cantidades de sustancias o que invierten un tiempo considerable en dicha acción, buscando conseguirla, consumirla o recuperándose de su efecto. Así mismo, un grupo de ellos tienden a expresar su deseo de dejar o al menos regular su consumo, por lo que suelen relatar muchos intentos fallidos. Cuando hay un mayor compromiso del

control, se ve una afectación en las actividades diarias, pues todas estas se avocan al consumo de sustancias, consumo marcado por un deseo intenso. Hay ansias y urgencia en cualquier momento, tendiendo a ser más probable en lugares que estén asociados a dicha sustancia; esto debido al condicionamiento clásico y la activación del sistema de recompensas en el cerebro.

**Deterioro social:** Los pacientes pueden llegar a tener incumplimiento en sus deberes fundamentales; en lo académico, laboral y en el hogar. En casos más graves dicho incumplimiento se convierte en total abandono de dichas actividades, por lo que tienden a sufrir problemas persistentes en el aspecto social e interpersonal.

**Patrón de consumo riesgoso:** Estos pacientes tienen un consumo persistente aún en circunstancias en las que este produce un riesgo físico o a pesar de saber que se sufre de un problema físico o mental causado posiblemente por la ingesta de dicha sustancia.

**Tolerancia:** Necesidad de consumir mayor cantidad de sustancia psicoactiva, para conseguir el efecto deseado. Dicho efecto se suele dar con el tiempo.

**Abstinencia:** Ocurre cuando hay una disminución en la concentración plasmática, en pacientes que han sido grandes consumidores por un tiempo prolongado, por lo que se asocia a un cuadro clínico de mayor gravedad. Los síntomas varían acorde a la sustancia ingerida y es probable que la persona siga consumiendo, con el objetivo de aliviar los síntomas que produce la abstinencia. (30) (31)

### **Criterios diagnósticos**

Se anexa criterios diagnósticos, según DSM – V y CIE 10

- **Trastorno afectivo bipolar**

Este trastorno se define por la presencia de dos o más episodios en los cuales el estado de ánimo y la actividad del paciente se ven significativamente afectados. En algunos casos, la alteración se manifiesta como un ánimo elevado y un aumento en la energía y

actividad (conocido como hipomanía o manía), mientras que en otros episodios se presenta como un estado de ánimo bajo y una disminución de la energía y actividad (depresión).

Los estudios epidemiológicos han encontrado que cada uno tiene una prevalencia de por vida a nivel global de 0.5 a 1% aproximadamente. También se ha visto que aproximadamente el 70 % de los pacientes con TAB manifiestan la clínica antes de los 25 años.

Este trastorno supone una reducción del funcionamiento psicosocial y un costo económico en la vida de estos pacientes, pues al igual que muchos otros trastornos psiquiátricos, la bipolaridad se asocia con una pérdida en años de vida, 10 a 20 años aproximadamente. Así tenemos que la brecha de mortalidad entre paciente bipolares y la población general es importante y va en aumento, especialmente en la población más joven. Se estima que entre el 15 al 20% de estos pacientes mueren por suicidio, siendo la tasa más elevada en el tipo II. Así mismo, la alta prevalencia de otras comorbilidades psiquiátricas como el TCS y médicas como las cardiovasculares hacen que sea vital subrayar la importancia de un manejo integral en estos pacientes. (30) (32)

### **Cuadro clínico**

Caracterizado por inestabilidad en el estado de ánimo, pues cursa con episodios de ánimo expansivo, elevado o irritable, caracterizados por un aumento persistente de la actividad o energía y episodios depresivos.

### **Valoración de conductas suicidas en los pacientes con TAB**

Valorar la conducta suicida en un paciente con TAB puede llegar a ser bastante complejo debido a diversos factores como la inestabilidad propia del cuadro, la falta de exactitud en la información brindada por el paciente y familiares, su variabilidad al poderse presentar de forma aguda o crónica y la dificultad que implica el diferenciar entre conducta suicida y autolesiones no suicidas.

El suicidio es un problema crítico en pacientes bipolares, pues presentan una elevada tasa de gestas suicidas que van del 25 al 56% y de suicidios consumados 10 al 15%. También se ha encontrado que la letalidad de las gestas suicidas en estos pacientes es mayor que en la población en general. Entre los factores de riesgo asociados a conducta suicida tenemos al ciclado rápido, antecedentes de abuso en la primera infancia, estar soltero, antecedentes familiares de suicidio, síntomas depresivos graves y otros trastornos mentales del eje I, como el TCS. (3)

### **Valoración del TCS en los pacientes con TAB**

El TCS de ciertas sustancias, independientemente de la bipolaridad, están asociadas a un alto riesgo de conductas suicidas. Por lo que, el TCS es un factor que se debe tener en cuenta a la hora de evaluar a todo paciente psiquiátrico, especialmente en la bipolaridad, pues diversos estudios reportan tasas elevadas de comorbilidad que van del 50 al 70%. Cuando se estudia más a fondo, la evidencia demuestra que el TCS de ciertas sustancias como el alcohol puede estar asociada independientemente a mayor riesgo de conducta suicida en estos pacientes. También algunos estudios han arrojado que el TCS a lo largo de la vida no tendría un efecto sobre la conducta suicida si: 1) Se evalúa mediante entrevistas diagnósticas estructuradas; 2) Se excluye pacientes bipolares con maltrato actual; 3) Se muestrea población no occidental. (3)

### **Criterios diagnósticos**

Se anexa criterios diagnósticos, según DSM – V y CIE 10

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Conducta suicida:** Viene a ser un comportamiento autodirigido potencialmente dañino, pero no fatal. Este comportamiento tiene el objetivo de acabar con la vida del sujeto, no obstante, en ocasiones pueda no haber lesiones como resultado de dicha conducta. No comprende el suicidio consumado, ni las autolesiones no suicidas. (3)

**Suicidio consumado:** Acto de poner fin intencionalmente a la propia vida.

**Ideación suicida:** Vienen a ser los planes y pensamientos para llevar a cabo el suicidio.

**Autolesiones no suicidas:** Autolesión en la cual el individuo no tiene la intención de acabar con su vida. (3)

**Trastorno por consumo de sustancias (TCS):** Se caracteriza por un patrón patológico de comportamiento relacionado con el consumo de sustancias, cuya característica esencial es la asociación de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que resultan en un consumo continuo de la sustancia, a pesar de las consecuencias (30)

**Trastorno afectivo bipolar (TAB):** Es un trastorno del afecto, caracterizado por un estado animo inestable, que cursa con episodios de ánimo expansivo, elevado o irritable, caracterizados por un aumento persistente de la actividad o energía y episodios depresivos. Incluye 2 tipos: El TAB tipo I y tipo II. (32)

### CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1 Formulación

Existe relación entre el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y las conductas suicidas en pacientes bipolares del HNASS 2023.

#### 3.2 Definición operacional de variables

Variables	Definiciones	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas	Trastorno mental, caracterizado por un patrón patológico de comportamiento relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	Cualitativa	Estado mental	Nominal	Si = 1 No = 0	Historia clínica

Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol	Trastorno mental, caracterizado por un patrón patológico de comportamiento relacionado con el consumo de alcohol	Cualitativa	Estado mental	Nominal	Si = 1 No = 0	Historia clínica
Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias	Trastorno mental, caracterizado por un patrón patológico de comportamiento relacionado con el consumo de 2 o más sustancias psicoactivas	Cualitativa	Estado mental	Nominal	Si = 1 No = 0	Historia clínica
Conductas suicidas	Comportamiento autodirigido potencialmente dañino, pero no fatal. Este comportamiento tiene el objetivo de acabar con la vida del sujeto, no obstante, en ocasiones puede no haber lesiones como resultado de dicha conducta.	Cualitativa	Conducta	Nominal	Si = 1 No = 0	Historia clínica
Número Conductas suicidas	Número de conductas autodirigidas, potencialmente dañinas, pero no fatales. Estos comportamientos tienen el objetivo de acabar con la vida del sujeto, no obstante, en ocasiones puede no haber lesiones como resultado de las mismas.	Cuantitativa	Conductas	De razón		Historia clínica
Tiempo de comorbilidad	Periodo durante el cual se presentan simultáneamente bipolaridad y el trastorno por consumo de sustancias	Cuantitativa	Conductas	De razón		Historia clínica
Sexo	Características biológicas que diferencian a hombres y mujeres	Cualitativa	Género	Nominal	Femenino = 1 Masculino = 0	Historia clínica

## **CAPITULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

**Según enfoque:** Cuantitativo porque se obtendrán variables con datos numéricos y se expresarán resultados usando la estadística.

**Según intervención:** Observacional, pues las variables del estudio no serán manipuladas.

**Según alcance:** Analítico, debido a que se buscará una relación de causalidad entre las variables, trastorno por consumo de sustancias y conductas suicidas en pacientes bipolares

**Según número de mediciones:** Es un estudio transversal, porque se realizará una sola medición y no se hará seguimiento.

**Según momento de recolección de datos:** La medición de las variables ya se ha producido en el pasado, por lo que será un estudio retrospectivo.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Todo paciente atendido por consulta externa de psiquiatría del HNASS en el 2023.

#### **Población de estudio**

Todo paciente con el diagnóstico de bipolaridad, atendido por consulta externo de psiquiatría del HNASS en el 2023.

#### **Criterios de elegibilidad - Casos**

##### **De inclusión**

Pacientes diagnosticados con trastorno bipolar y conducta suicida.

Pacientes que tengan historias clínicas completas.

Pacientes del consultorio externo de psiquiatría.

### **De exclusión**

Pacientes bipolares con otras comorbilidades psiquiátricas, que no sean trastornos por consumo de sustancias.

Pacientes bipolares con enfermedad física importante.

### **Criterios de elegibilidad – Controles**

#### **De inclusión**

Pacientes con diagnóstico de bipolaridad

Pacientes que tengan historias clínicas completas.

Pacientes atendidos por consultorio externo de psiquiatría.

#### **De exclusión**

Pacientes bipolares con otras comorbilidades psiquiátricas, que no sean trastornos por consumo de sustancias.

Pacientes bipolares con conducta suicida.

Pacientes bipolares con enfermedad física importante.

### **Muestra**

Se realizará un muestreo aleatorio simple. La muestra estará constituida por casos, definidos como pacientes bipolares con antecedentes de gestas suicidas y controles, pacientes bipolares sin antecedentes de conductas suicidas; cuyas historias clínicas cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Muestreo**

Se identificarán los casos y controles de las historias clínicas analizadas de pacientes bipolares atendidos por consultorio externo de psiquiatría del HNASS en el año 2023, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión ya especificados. Para la selección aleatoria simple, primero dichos casos y controles serán enlistados y con ellos se hará la obtención de los marcos muestrales. Luego, se seleccionará de forma aleatoria a 83 casos y 166 controles de ambos marcos muestrales, usando el programa Microsoft

Excel. Así, se garantizará que cada paciente tenga la misma probabilidad de ser incluido en la muestra.

## Tamaño muestral

### Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Para:

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	2
Proporción hipotética de controles con exposición	31.6
Proporción hipotética de casos con exposición:	50
Odds Ratios menos extremas a ser destacadas	2.16

	<b>Kelsey</b>	<b>Fleiss</b>	<b>Fleiss con CC</b>
Tamaño de la muestra - Casos	83	83	91
Tamaño de la muestra - Controles	165	166	182
Tamaño total de la muestra	248	249	273

#### Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición Tabla 12-15  
 Fleiss, Métodos Estadísticos Para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC=corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano

Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertosSSCC

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Se utilizarán 83 casos y 166 controles.

### 4.3 Técnica de recolección de datos

#### Instrumento de recolección de datos

Se coordinará con la Dirección del HNASS, para obtener los permisos pertinentes para el estudio.

A través de la revisión de historias clínicas de los participantes, se hará la recolección de datos. La información será registrada en una ficha de recolección de datos (En anexos).

#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos serán registrados en una ficha de recolección de datos y pasados al programa Microsoft Excel para la confección de una base de datos que posteriormente será exportada al programa SPSS v26. Una vez todos los datos hayan sido completados, se procederá con un análisis bivariado y multivariado de estos.

Para una mayor facilidad a la hora de visualizar los resultados, estos se presentarán en gráficos y tablas con una leyenda clara que se efectuara en el programa acorde a los objetivos planeados. Además, se realizará un cuadro autogenerado donde se registrará las variables consideradas en este estudio. Los datos serán obtenidos de las historias clínicas de consultorio externo que comprenda los meses de enero a diciembre del 2023. Se utilizará estadística inferencial (chi cuadrado, OR).

#### **4.5 Aspectos éticos**

El presente proyecto será revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres; así mismo, respetará la Declaración de Helsinki desarrollada por la Asociación Médica Mundial. Por lo que, se respetará la vida, salud, dignidad y confidencialidad de los pacientes estudiados.

La confidencialidad de los datos recolectados se garantizará manteniendo el anonimato de las personas estudiadas. Así mismo, los investigadores tratarán los datos con integridad y ética, sin realizar modificaciones o manipulación, asegurando la veracidad de la información.

## CRONOGRAMA

PASOS	2023											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto	x	x	x	x	x							
Aprobación del proyecto						x						
Recolección de datos							x	x				
Procesamiento de datos									x			
Elaboración de informe										x		
Corrección del trabajo de investigación										x		
Aprobación del trabajo de investigación											x	
Publicación del artículo												x

## PRESUPUESTO

Para la realización de la presente investigación, se precisará de la utilización de los recursos que se detallan a continuación.

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado (soles)</b>
Materiales de escritorio (Papelería, materiales de oficina y útiles)	200
Soporte especializado (Contratación de estadista)	1000
Material bibliográfico: Libros y revistas	400
Impresiones, encuadernación y empastado	600
Logística	200
Traslados	100
<b>TOTAL</b>	<b>2500</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Suicidio [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. CDC MINSA [Internet]. CDC MINSA. [citado 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/>
3. Carrà G, Bartoli F, Crocarno C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014;167:125-35.
4. Messer T, Lammers G, Müller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* julio de 2017;253:338-50.
5. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis - Buscar con Google [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Suicide+as+an+outcome+for+mental+disorders.+A+meta-analysis&rlz=1C1UEAD\\_esPE1007PE1007&oq=Suicide+as+an+outcome+for+mental+disorders.+A+meta-analysis&aqs=chrome..69i57j69i61.6324j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Suicide+as+an+outcome+for+mental+disorders.+A+meta-analysis&rlz=1C1UEAD_esPE1007PE1007&oq=Suicide+as+an+outcome+for+mental+disorders.+A+meta-analysis&aqs=chrome..69i57j69i61.6324j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
6. Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016 [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502020000200096&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502020000200096&script=sci_abstract&tlng=es)
7. Chávez-Cáceres R, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Jacinto-Ubillus J, Correa-López L, Chávez-Cáceres R, et al. Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. *Rev Fac Med Humana.* julio de 2020;20(3):374-80.
8. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 25 de octubre de 2019;29:e63.
9. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management. *CNS Spectr.* junio de 2006;11(6):465-71.
10. Gao K, Tolliver BK, Kemp DE, Ganocy SJ, Bilali S, Brady KL, et al. Correlates of Historical Suicide Attempt in Rapid-Cycling Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Assessment. *J Clin Psychiatry.* julio de 2009;70(7):1032-40.
11. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 1 de enero de 2019;242:111-22.

12. Bezerra S, Galvão-de-Almeida A, Studart P, Martins DF, Caribé AC, Schwingel PA, et al. Suicide attempts in bipolar I patients: impact of comorbid personality disorders. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. junio de 2017;39(2):133-9.
13. Duarte D, Belzeaux R, Etain B, Greenway KT, Rancourt E, Correa H, et al. Childhood-maltreatment subtypes in bipolar patients with suicidal behavior: systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. 8 de junio de 2020;42(5):558-67.
14. Carrà G, Johnson S. Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. junio de 2009;44(6):429-47.
15. Salloum IM, Thase ME. Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. septiembre de 2000;2(3 Pt 2):269-80.
16. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. agosto de 2001;3(4):181-8.
17. Teter CJ, Falone AE, Bakaian AM, Tu C, Ongür D, Weiss RD. Medication adherence and attitudes in patients with bipolar disorder and current versus past substance use disorder. *Psychiatry Res*. 30 de diciembre de 2011;190(2-3):253-8.
18. Consumo de alcohol y diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en población adulta colombiana [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502020000100044](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000100044)
19. Cardoso BM, Kauer Sant'Anna M, Dias VV, Andreazza AC, Ceresér KM, Kapczinski F. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol Fayettev N*. septiembre de 2008;42(6):451-7.
20. Ibáñez C, Cáceresa J, Brucher R, Seijas D. Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de marzo de 2020;31(2):174-82.
21. Medina E, Molina H, Sánchez SE. Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2008;25(3):279-84.
22. Potash JB, Kane HS, Chiu YF, Simpson SG, MacKinnon DF, McInnis MG, et al. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*. diciembre de 2000;157(12):2048-50.
23. Bartoli F, Crocamo C, Carrà G. Cannabis use disorder and suicide attempts in bipolar disorder: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. agosto de 2019;103:14-20.

24. Moreira RMM, Oliveira EN, Lopes RE, Lopes MV de O, Félix TA, Oliveira L da S. Mental disorder and suicide risk in psychoactive substance users: an integrative review. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool E Drog.* marzo de 2020;16(1):1-10.
25. Dalton EJ, Cate-Carter TD. Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disorders.* 2003;157(5):58-61.
26. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med.* 16 de enero de 2020;382(3):266-74.
27. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev Médica Chile.* octubre de 2013;141(10):1275-82.
28. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet.* 19 de marzo de 2016;387(10024):1227-39.
29. Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors - UpToDate [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-behavior-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors>
30. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
31. Peña JA, Saldaña RB, Ruelas MG. Sustancias de abuso más frecuentes en México: aspectos médico-legales. *Gac Int Cienc Forenses.* 2019;(32):9-28.
32. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet Lond Engl.* 5 de diciembre de 2020;396(10265):1841-56.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivo	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p><b>CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN EL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGURE N 2023</b></p>	<p>¿Existe relación entre el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y las conductas suicidas en pacientes bipolares del HNASS 2023?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre el trastorno de consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar en el HNASS atendidos durante el 2023</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Establecer la edad de presentación de trastorno bipolar en pacientes con trastorno de consumo de sustancias del HNASS atendidos durante el 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer la frecuencia de los pacientes con TAB con antecedente de conducta suicida.</li> <li>- Establecer la frecuencia de los pacientes con TAB con antecedente de trastorno de consumo de sustancias psicoactivas.</li> </ul>	<p>Según enfoque: Cuantitativo. Según intervención: Observacional. Según alcance: Analítico. Según número de mediciones: Transversal. Según el momento de recolección de datos: Retrospectivo.</p>	<p>Todo paciente con el diagnóstico de bipolaridad, atendido por consulta externa de psiquiatría del HNASS en el 2023. Las dotas recolectados serán registrados en una ficha de recolección de datos y pasados al programa SPSS v26 para reducir posibles sesgos.</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>

## 2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
<b>DATOS GENERALES:</b>	
N° de ficha:	Fecha:
N° de historia clínica:	Edad:
<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>	
Sexo:	a. Femenino = 1 b. Masculino = 0
Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas	a. Si = 1 b. No = 0
Trastorno metal debido al uso de alcohol	a. Si = 1 b. No = 0
Trastorno metal y del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias psicoactivas	a. Si = 1 b. No = 0
Conductas suicidas	a. Si = 1 b. No = 0
N° Conductas suicidas	
Tempo de comorbilidad	
Observaciones:	

### **3. Criterios diagnósticos según DSM – 5 y CIE 10**

#### **CRITERIOS DSM - 5**

##### **Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos**

A. La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:

1. Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la administración del medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no sea el inducido por sustancias o medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:

1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al medicamento.

2. El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (p. ej., al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la medicación. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos o a los trastornos perceptivos por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o abstinencia agudas.

D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. La alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

## **Trastorno por consumo de alcohol**

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
  - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

## **CRITERIOS CIE 10**

### **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas**

Esta categoría debe utilizarse cuando se sabe que dos o más sustancias están implicadas, pero es imposible valorar cuál de ellas está contribuyendo más al trastorno.

También debe utilizarse cuando alguna o incluso todas las sustancias psicoactivas consumidas, es incierta o desconocida. A menudo, los propios consumidores de múltiples drogas no conocen con detalle qué están tomando.

### **Trastorno afectivo bipolar**

Trastorno que se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión). Los episodios repetidos solamente de hipomanía o manía se clasifican como otros trastornos bipolares.

### **Hipomanía**

- A. Humor elevado o irritable hasta un grado claramente anormal para el individuo afectado y mantenido, al menos, cuatro días consecutivos.
- B. Deben estar presentes por lo menos tres de los siguientes signos ocasionando alguna interferencia en el funcionamiento normal de la vida diaria:
  - Aumento de la actividad o inquietud física.
  - Aumento de la locuacidad.
  - Dificultad para concentrarse o distraibilidad.
  - Disminución de las necesidades del sueño.

- Aumento del vigor sexual.
  - Leve aumento de los gastos u otro tipo de comportamiento temerario o irresponsable.
  - Aumento de la sociabilidad o exceso de la familiaridad.
- C. El episodio no cumple los criterios de manía, trastorno bipolar, episodio depresivo, ciclotimia ni anorexia nerviosa.
- D. Criterios de exclusión usados con más frecuencia. El consumo no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas ni a ningún trastorno mental orgánico.

### **Manía**

- A. Humor predominantemente exaltado, expansivo o irritable, y claramente anormal para el individuo afectado. El cambio del humor debe ser prominente y sostenido durante al menos una semana (A menos que sea lo suficientemente grave para requerir un ingreso hospitalario).
- B. Deben estar presentes por lo menos tres de los siguientes signos (cuatro si el humor es simplemente irritable), que interfieren gravemente con el funcionamiento personal en la vida diaria:
- Aumento de la actividad o inquietud física.
  - Aumento de la locuacidad.
  - Fuga de ideas o experiencias subjetivas de pensamiento acelerado.
  - Pérdida de las inhibiciones sociales normales, que conduce a un comportamiento inapropiado a las circunstancias.
  - Disminución de las necesidades de sueño.
  - Autoestima exagerada o ideas de grandeza.
  - Distraibilidad o cambios constantes de actividades o planos.
  - Conductas imprudente o temeraria, cuyos riesgos el individuo no reconoce.
- C. Criterios de exclusión usados con más frecuencia. El consumo no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas ni a ningún trastorno mental orgánico.