



**Universidad Nacional  
Autónoma de México**



Facultad de Medicina  
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

**RIESGO SUICIDA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD  
EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD. ESTUDIO COMPARATIVO  
CON PACIENTES DEPRIMIDOS.**

Presenta la Tesis para obtener el  
Diploma de Especialista en Psiquiatría

Dra. Minerva Elizabeth De la Cruz Rodríguez

Dr. Horacio Reza Garduño  
Treviño

Asesor Teórico

Dr. Félix Armando  
Ambrosio Gallardo MC  
DC

Asesor Metodológico

*México, DF. a Junio del 2015*



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.

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A mi familia: mi padre Rafael, mi madre Lupita y mi hermano Rafael, por estar siempre a mi lado, por apoyarme en cada paso, por el ejemplo de vida que cada uno de ellos me ha dado. Por ellos y para ellos.*

*A mis amigos, todos, imposibles de nombrar, aquellos aquí y aquellos que se han adelantado al cielo, para ellos.*

*A Luis, porque su apoyo en este camino es invaluable, porque sin él mi recorrido no estaría completo... para él.*

## ÍNDICE.

1. Resumen.....	II
2. Introducción.....	1
3. Marco teórico	
Antecedentes .....	4
Marco conceptual.....	7
4. Método	
Justificación.....	23
Planteamiento del problema.....	24
Preguntas de investigación.....	26
Objetivos.....	27
Hipótesis.....	28
Tipo de estudio.....	29
Muestra y muestreo.....	29
Definición operacional de las variables.....	31
Descripción de los instrumentos.....	33
Procedimiento para la recolección de datos.....	36
Descripción del análisis estadístico.....	38
Consideraciones éticas.....	39
7. Resultados.....	41
8. Discusión.....	50
9. Conclusiones.....	54
10. Bibliografía.....	56
11. Anexos.....	58

## RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (TLP) presentan continuamente ideación y conductas suicidas, condicionando internamientos frecuentes.

**Objetivo:** Comparar magnitud del riesgo suicida y gravedad de síntomas depresivos en dos grupos: pacientes con diagnóstico de TLP y pacientes con diagnóstico de episodio depresivo.

**Material y métodos:** Evaluación realizada al ingreso, 5 y 10 días de estancia hospitalaria, con aplicación de Inventario de depresión y Escala de riesgo suicida.

**Resultados:** En Inventario de Depresión de Beck se observó mayor puntuación inicial en pacientes deprimidos con media de 39.5, 17.0 en pacientes límites. Día 5: disminución de puntuación de 20% en pacientes deprimidos y de 45% en TLP. Día 10: disminución de puntaje en pacientes deprimidos de 26%, en pacientes límites de 47%. En Escala de ideación suicida de Beck la media de pacientes deprimidos fue mayor que en pacientes límite en las tres aplicaciones. En Escala de Tentativa de suicidio la media del grupo con TLP fue de 9.72 puntos y del grupo con depresión de 23.77 sugiriendo mayor gravedad de intentos suicidas en pacientes deprimidos ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** Pacientes límites presentan riesgo suicida al ingreso de menor gravedad que pacientes deprimidos, con evolución rápida a la mejoría y remisión temprana de síntomas depresivos y riesgo suicida, siendo este último bajo o nulo al día 5, con remisión total al día 10, lo que justificaría la conveniencia de realizar internamientos cortos e intervención en crisis para evitar perjuicios por hospitalización prolongada, fenómeno de puerta giratoria e inversión importante de recursos en pacientes en quienes no se justifican internamientos prolongados.

**Palabras clave:** Riesgo suicida, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, TLP, síntomas depresivos.

## **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (TLP) se ven constantemente involucrados a lo largo de la evolución de su padecimiento en conductas y comportamientos autoagresivos, que van desde lesiones autoinfligidas sin propósito suicida, hasta intentos suicidas y suicidios consumados. La tendencia a dichas conductas condiciona que este grupo de pacientes presente una demanda extremadamente alta y constante de servicios de atención médica y psiquiátrica, tanto en su forma ambulatoria como de forma intrahospitalaria, lo que se traduce en altos costos para el sistema sanitario.

El suicidio consumado y las conductas que lo preceden incluyendo los intentos suicidas se han convertido en un foco de atención en la actualidad en nuestro país, debido al aumento de la prevalencia de las mismas. Lo que nos lleva a tratar de estudiar y conocer a fondo las características de aquellos pacientes que presentan una mayor tendencia a dichas conductas y el comportamiento de los mismos cuando reciben atención y seguimiento médicos adecuados.

La valoración integral de los pacientes con intentos suicidas es fundamental en el área de urgencias de una institución psiquiátrica, ya que es la forma de determinar objetivamente el plan de acción para cada paciente, según lo que arroje dicha valoración. En nuestro medio las valoraciones de este tipo son realizadas de forma en extremo subjetiva, interviniendo de forma clara factores como la respuesta del personal de salud hacia ciertos pacientes, en esta caso los pacientes con TLP. Esta pobre objetividad sobre una conducta tan importante

como lo es la conducta suicida, ha llevado a que el riesgo suicida sea frecuentemente infra o sobre valorado.

Cuando se decide que un paciente presenta un riesgo suicida lo suficientemente importante como para requerir un internamiento, las valoraciones posteriores de la sintomatología que condicionó la crisis y del mismo riesgo suicida son pobres, no estandarizadas y en pocas ocasiones cuantificadas con escalas, lo que produce que no exista una forma adecuada de evaluar el progreso de dichos pacientes durante la hospitalización, tendiendo a presentarse egresos precipitados o el caso contrario, internamientos prolongados en pacientes cuyo requerimiento de dicho tipo de atención ha desaparecido.

Esto es particularmente común en los pacientes con diagnóstico de TLP, ya que la respuesta que crean en el personal de salud puede influenciar la dirección de la atención y las decisiones médicas.

Es claro que los pacientes con TLP presentan una alta frecuencia de comportamientos suicidas, así mismo, habrá que tener siempre en cuenta que la tasa de suicidios consumados es mucho mayor a la de la población general. Por lo que estos pacientes deberían ser evaluados de forma integral y objetiva, por medio de aplicación de escalas que nos otorguen una visión más clara de la evolución clínica al momento de la atención inicial (para hacer una buena valoración del riesgo suicida), y en caso de requerir atención intrahospitalaria, llevar un seguimiento estrecho de igual forma para determinar la evolución sintomática en dichos pacientes.

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la magnitud del riesgo suicida y de síntomas depresivos en dos grupos de pacientes: (Grupo 1): pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, comparados con (Grupo 2): pacientes con diagnóstico de episodio depresivo aislado, los cuales ingresaron al servicio especial (Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos y Observación) en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". La evaluación de estos pacientes se llevó a cabo al momento de su ingreso (durante las primeras horas), así como a los 5 y 10 días de estancia hospitalaria, para valorar la evolución de la sintomatología así como la disminución o remisión del riesgo suicida y síntomas depresivos en ambos grupos.

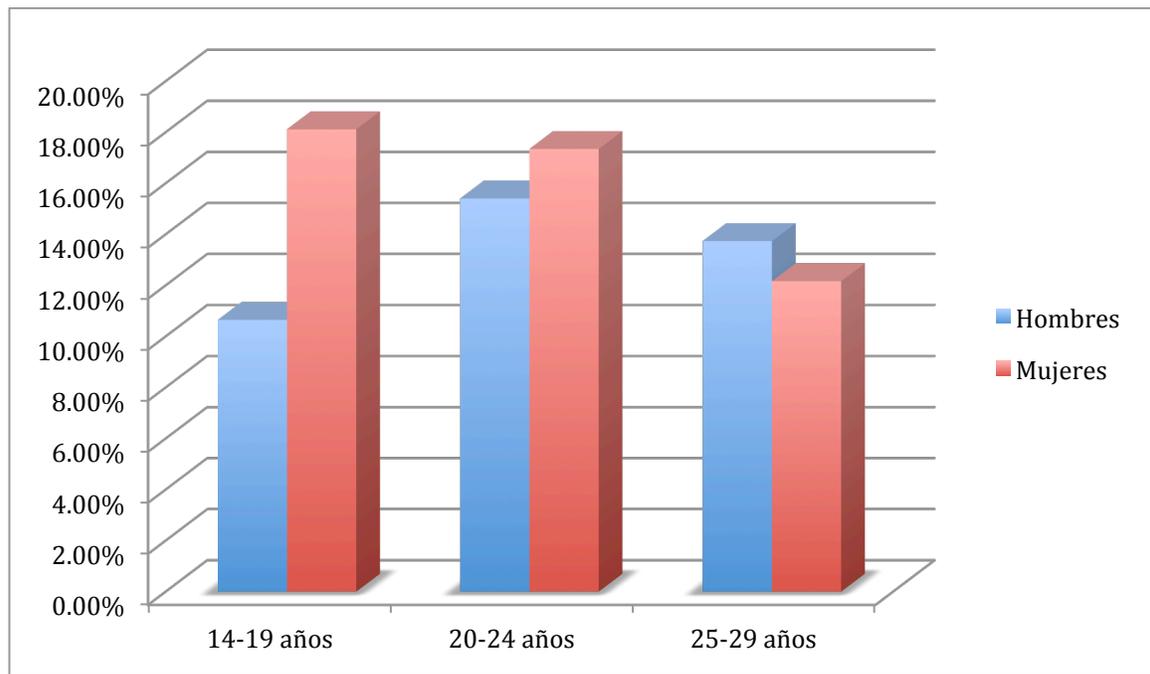
## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES.

En las últimas décadas, México ha visto incrementos constantes en la tasa de suicidio consumado, especialmente entre la población joven. La población mexicana de entre 15 y 24 años de edad es hoy día de las más afectadas, con 28% de todos los suicidios en 2007, actualmente constituye ya una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad.

(6) (5)

Figura 1. Porcentaje de la mortalidad total debido a suicidios consumados por grupo de edad y sexo.



Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual  
Borges, Guilherme. Salud pública Méx vol.52 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2010

En estos tres grupos de edad, el suicidio corresponde respectivamente a las causas de muerte 3, 3 y 4 para los hombres y a las número 2, 2 y 6 para las mujeres. Como se ve, el

suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años. Hasta los 44 años está entre las 10 primeras, disminuyendo en importancia a partir de estos grupos de edad. (6)

En este contexto de incremento de la mortalidad por suicidio cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio. Todos éstos son precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo independientes de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados. Aún cuando estas conductas no lleven a la muerte, pueden tener consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y pueden constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares. (5)

Una encuesta transversal de prevalencia que obtuvo datos de una muestra representativa de 22 966 miembros de la población nacional, de edades entre los 12 y 65 años durante el año 2008, que contestaron la sección de conductas suicidas, encontró una prevalencia de cualquier ideación suicida de 8.79%. La prevalencia de plan suicida por otro lado fue de 1.22% y 0.79% y la de los intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de 0.13%. Se encontró que las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida. (5)

En otra encuesta realizada en nuestro país en 2007 el 10.01% de la población total de 12 a 17 años reportó ideación suicida en los últimos 12 meses, seguida de una prevalencia de

8.74% en el grupo de 18 a 29 años y de 8.39% en el grupo de 30 a 65 años. Para el total de la población, las prevalencias de intento de suicidio en los últimos 12 meses son de 1.09% para la población de 12 a 17 años, de 0.90% para la de 18 a 29 años y de 0.62% para la de 30 a 65 años. (6)

Este mismo estudio mostró que un trastorno mental incrementa aproximadamente cinco veces la probabilidad de ocurrencia de la ideación suicida, y aproximadamente 10 veces la presencia ya sea de un plan o de un intento de suicidio. Poco más de 50% de las personas adultas que han intentado suicidarse utilizaron alguna vez un servicio de salud para tratar sus problemas emocionales y de abuso de sustancias. (5)

En la población adulta, 75.41% reporta algún trastorno mental, siendo los hombres quienes muestran mayores prevalencias de trastorno mental: 79.14% contra 73.71% en las mujeres. En las mujeres adultas con un intento de suicidio, los trastornos por ansiedad son los más reportados (56.74%), pero en los hombres los que tienen mayores prevalencias son los trastornos por consumo de sustancias, con casi 70 por ciento. (6)

## **MARCO CONCEPTUAL**

El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad es un trastorno psiquiátrico común, asociado con tasas altas de suicidio, discapacidad funcional severa, tasas altas de trastornos mentales comórbidos, uso intensivo de tratamiento y altos costos para la sociedad. (15) Se ha detectado que el 10% de los pacientes que usan servicios de atención aguda de psiquiatría de manera regular y la mitad de los pacientes definidos como altamente usuarios, cumplieron criterios para TLP. (8)

Este trastorno se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, alteraciones de la identidad, impulsividad e inestabilidad del afecto. Para el diagnóstico de este trastorno se deben cumplir por lo menos 5 de los 9 criterios clínicos marcados en el DSM-IV-TR. Sin embargo, las tendencias suicidas y las autolesiones son los indicadores más útiles para un diagnóstico correcto. (15)

Los síntomas han estado presentes desde la adolescencia o adultez temprana y aparecen en múltiples contextos, clasificándose dichos síntomas en 4 dominios: afectividad, funcionamiento interpersonal, control de impulsos y cognición. (2)

Los síntomas afectivos se caracterizan por la presencia de una inestabilidad afectiva secundaria a una marcada reactividad del humor, que perdura por horas y raramente por más de un par de días. Estos síntomas son disparados por eventos externos y son particularmente sensibles al rechazo percibido, fracaso o abandono. El humor usualmente cambia entre depresión e ira, a veces con euforia transitoria. La ira intensa e inapropiada

es el siguiente síntoma afectivo en este trastorno y está relacionado con el primero. (2)

Síntomas de impulsividad: los pacientes con amenazas o intentos suicidas recurrentes o conductas autolesivas son comúnmente vistos en la sala de urgencia y en valoraciones psiquiátricas. Entre 60 y 78% de los pacientes con este trastorno han presentado comportamientos suicidas, con más del 90% presentando conductas autolesivas. El cutting persistente como una forma de regular las emociones, es una característica de este trastorno, así como lo son las sobredosis recurrentes relacionadas con eventos estresantes. Casi la mitad de los pacientes que se presentan en la sala de urgencias por comportamientos suicidas reúnen criterios para TLP. La impulsividad y conductas autodestructivas abarcan muchos otros comportamientos como el apostar, los gastos innecesarios, los atracones y la promiscuidad sexual. El abuso de sustancias es también frecuente, siendo observado en más del 50% de estos pacientes. La combinación del uso de sustancias y TLP está asociada con un aumento del riesgo de completar un suicidio. (2)

Síntomas interpersonales: un patrón de relaciones inestables, marcado por extremos de idealización y devaluación es uno de los síntomas más importantes, con estudios reportando una sensibilidad del 74% y especificidad del 87%. Las alteraciones en la auto imagen son el segundo síntoma de esta esfera, caracterizándose por cambios frecuentes y súbitos de metas, creencias, aspiraciones vocacionales e identidad sexual. (2)

Síntomas cognitivos: Cerca del 40-50% de los pacientes con este desorden presentan episodios psicóticos breves, o síntomas de disociación, como ideas delirantes paranoides, alucinaciones auditivas, pero el curso de estas es muy corto, persistiendo sólo por horas o

días, estando su presencia asociada a estresores. (2)

En población clínica el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad es el desorden de personalidad más común, con una prevalencia del 10% de todos los pacientes externos y del 15 al 25% de los pacientes internados. (15) Se ha observado también un porcentaje del 6% en pacientes de medicina general. Siendo estos valores altos, considerando que la prevalencia en población general es de aproximadamente 1%, sugiriendo que los individuos con este padecimiento son usuarios frecuentes de atención médica general. (2) (15)

Los pacientes con TLP son frecuentemente encontrados en la sala de emergencia, en donde se presentan por amenazas de suicidio o intentos suicidas. La incidencia de intentos suicidas en los pacientes con TLP es más alta en aquellos de entre 20 a 29 años, pero los picos de mortalidad llegan a su máximo en el rango de los 30 a los 39 años. (2)

Dependiendo del estudio, el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en pacientes con TLP se encuentra entre el 3 y el 10%, lo que se traduce en una tasa de mortalidad por suicidio 50 veces mayor que en la población general.(17) En estudios de población, un diagnóstico comórbido de TLP es reportado en un tercio de los suicidios consumados, y en la mitad de los pacientes parasuicidas admitidos en el hospital. El TLP es un modelo clínicamente relevante y de alto riesgo para el estudio del comportamiento suicida. (22)

Una historia de conductas suicidas es encontrada en el 60-70% de los pacientes con TLP, con un promedio de 3 intentos o más al momento de la valoración inicial y con un porcentaje aún mucho más alto de pacientes que presentan conductas autolesivas (17) (22). Los

pacientes con TLP representan del 9 al 33% de todos los suicidios. Lesage y colaboradores, en una muestra de 75 hombres entre 18 y 35 años, cuyas muertes fueron declaradas como suicidios, encontraron que el 30% presentaban TLP según las autopsias psicológicas. (26)

Entre los pacientes con tendencias suicidas crónicas que presentan 4 o más visitas al año al departamento de urgencias psiquiátricas, en la mayoría se cumplen criterios para TLP y ellos representaron el 12% de todas las visitas a dicho departamento en un año de estudio. (26)

Soderberg siguió 64 admisiones consecutivas por comportamiento parasuicida (definido como acciones autodestructivas con la intención reportada de lograr un cambio en la situación de vida, incluyendo los intentos suicidas) e investigó a estos pacientes para trastornos del eje I y eje II usando entrevistas estructuradas, 55 % de estos pacientes presentaron TLP como diagnóstico primario (26)

El proceso que lleva al suicidio en el TLP, desde la primera ocasión en que se considera el suicidio hasta que se completa, puede ser tan corto como 30 meses o durar hasta dos décadas. (9) (23)

Autolesión (autoagresión) es definida por Babiker y Arnold como "un acto que involucra infligir deliberadamente dolor o lesión al propio cuerpo", incluyéndose conductas y comportamientos como cortes, golpes, quemaduras o escaldamientos, rascaduras, tirones de cabello, mordeduras, ingestión de objetos o alguna combinación de estos. (7)

Los comportamientos autolesivos se encuentran en aproximadamente el 75% de los

pacientes con TLP, los más comunes por los que los pacientes con TLP acuden a solicitar atención médica son cutting (80%), golpes (24%), quemaduras (20%), golpes a la cabeza (15%) y mordeduras (7%). (13)

Síntomas comunes en el TLP como la impulsividad, la agresión y la pobre regulación emocional se correlacionan con las autolesiones sin fines suicidas así como con los comportamientos suicidas, estudiantes universitarios que presentan autolesiones presentan una mayor disregulación emocional que los controles, sucede lo mismo en los adultos jóvenes con intentos suicidas. (19) (20)

Las autolesiones son percibidas como un comportamiento externo autocalmante en aquellos que carecen de una capacidad de reconfortarse internamente. De hecho, estudios cualitativos y cuantitativos, han reportado, a corto plazo, elevación del humor y alivio de los sentimientos negativos tras la autolesión, aunque en lugar de resolver sus problemas, estas conductas restauran un sentido de balance que le permite al paciente soportar su existencia. (7) (21)

En un estudio de seguimiento a pacientes con TLP por 5 años, el trastorno depresivo mayor surgió como el mejor predictor de conducta suicida a corto plazo (los primeros 12 meses), pero no aumentó el riesgo a largo plazo. El pobre ajuste y funcionalidad social al inicio del estudio, confirió un riesgo elevado de suicidio a través de los 5 años de seguimiento. (17)

La historia de intentos previos es el más poderoso de los predictores para el suicidio consumado. Mientras que el 10-15% de los que lo intentan logran consumarlo, de 30 a 40%

de aquellos que consuman el suicidio tienen una historia de intentos previos. Los intentos previos aumentan la probabilidad de intentos subsecuentes. Aquellos que intentan y que logran consumarlo son poblaciones que se solapan, con un resultado determinado, en parte, por la seriedad del intento y el grado de letalidad. Aquellos con intentos de alta letalidad con TLP comparten muchas características con aquellos pacientes que logran consumir el suicidio, incluyendo factores de riesgo clínicos, psicosociales y biológicos. (22)

Un factor de riesgo predictivo para los intentos suicidas dentro del primero y segundo año de tratamiento incluye factores bien conocidos como historia de intentos suicidas recientes, historia de abuso sexual en la infancia, historia reciente de hospitalizaciones frecuentes. En términos de predecir la letalidad de los intentos, la mayor complejidad de un intento al inicio predice la gravedad de los próximos intentos en el primer año de seguimiento. (17)

En los primeros reportes de un estudio longitudinal, con seguimiento a 5 años, se observó una tasa muy alta de intentos suicidas en los primeros dos años de seguimiento (24.8% de 133 sujetos). Un estresor agudo, como el trastorno depresivo mayor, fue predictivo de los intentos solo a corto plazo (los primeros 12 meses), mientras medidas de pobre funcionamiento social y severidad de la enfermedad (hospitalización previa al intento) fueron predictivos de intentos suicidas en los primeros dos años. (22)

En un estudio realizado en México, la letalidad del intento suicida coincide con los resultados de otras investigaciones en cuanto a que las mujeres presentan mayor número de tentativas suicidas de menor letalidad. La escala de Riesgo–Rescate sugiere que la mayoría de los casos realizó conductas de automutilación, por ejemplo, cortarse la piel

superficialmente a la altura de la muñeca, ingerir medicamentos o intoxicarse en presencia de personas clave que estaban en posibilidad de rescatarlas o solicitar el apoyo. (10)

Con relación a los factores de riesgo, el 86.6% respondió haber vivido algún tipo de abuso sexual, 46.6% separación de la pareja, 40% padres divorciados, y 6.6% suicidio de algún familiar cercano. El consumo de alcohol y drogas no potencializaron el riesgo suicida. (1)  
(10)

Los métodos más utilizados en pacientes con TLP fueron el uso de fármacos y la lesión de la piel de manera superficial en las muñecas. La letalidad de los intentos de suicidio en general fue baja. Los 15 pacientes de esta muestra ejecutaron en total 128 intentos de suicidio a lo largo de la vida, dato que coincide con otras investigaciones que describen que una historia de múltiples intentos es un predictor de conductas suicidas futuras e incrementan el riesgo suicida. En la Escala de Ideación Suicida catorce participantes puntuaron arriba de diez, situación que sugiere nuevos intentos de suicidio, y consecuentemente, recaídas clínicas. (10)

El aumento del riesgo asociado con la hospitalización también sugiere una relativa refractariedad a los esfuerzos de tratamiento y peor pronóstico. En contraste, cualquier tratamiento externo, está asociado con un decremento significativo del riesgo suicida, tanto a corto como a largo plazo. Esta variable incluye pacientes recibiendo psicoterapia con y sin medicamentos. (23)

Como se menciona previamente, parece que los intentos suicidas ocurrieron con mayor frecuencia en los primeros dos años de seguimiento (19% de 137 sujetos en los primeros 12 meses y 24.8% de 133 sujetos en el segundo año). Posteriormente, el número de nuevos

intentos disminuyó rápidamente con el tiempo. (22) Se ha observado que el mayor riesgo suicida se encuentra en las fases iniciales de la enfermedad más que en su etapa crónica. (26)

Los predictores más consistentes para los intentos suicidas a través del tiempo fueron las medidas de funcionamiento global y psicosocial. Un pobre funcionamiento psicosocial produce un riesgo aumentado del comportamiento suicida a los 12 meses, 2 y 6 años, mientras que un puntaje adecuado de base en la escala Global de Funcionamiento fue protector a los 4 y 6 años. (22) Se ha observado mayor discapacidad de los pacientes límite con respecto a su calificación profesional y académica que en los pacientes con esquizofrenia. Lo que se ha observado es que existe poca conciencia de la disfunción vocacional y social en los pacientes límite. (11)

El modelo de diátesis-estrés del comportamiento suicida, el cual predice aumento del riesgo de suicidio cuando se presentan estresores como la depresión aguda, el abuso de sustancias o las crisis interpersonales, interactúa con rasgos de personalidad crónicos como la agresividad, impulsividad, pesimismo y desesperanza. (22)

Gunderson menciona en su Guía Clínica para el trastorno de inestabilidad emocional, que actos repetitivos de conductas autodestructivas por cualquier paciente, deberán alertar a los clínicos sobre el hecho, de que tal vez, estos actos no tengan una intención suicida. Muchos de estos actos auto-destructivos son realizados por razones autopunitivas y algunos están asociados para experimentar alivio del dolor de algunos estados intolerables. (13)

Se ha propuesto que los intentos suicidas previos sensibilizan a pensamientos y comportamientos suicidas, de forma que se convierten en algo más autónomo y precipitado con mayor facilidad. La autoagresión disminuye la tensión emocional que precede a los comportamientos suicidas, en este contexto algunos de estos pacientes obtienen apoyo de sus familiares, obteniendo así un reforzamiento positivo como efecto de los comportamientos suicidas. Aquellos con múltiples intentos suicidas pueden utilizar los comportamientos auto-lesivos como una forma de regular las emociones negativas a corto plazo, sin embargo, a largo plazo, estos comportamientos aumentan el afecto negativo y se convierten en otro estresor, en este punto los intentos suicidas reemplazan a las autolesiones como la forma de modular las emociones negativas. (3)

Por otra parte, estos actos también son realizados progresivamente con una mayor conciencia de los efectos controladores en las personas cercanas. De hecho, el poder que los comportamientos autolesivos tienen en atraer la atención y preocupación de otros, es probablemente la razón por la que estos puedan parecer incluso contagiosos entre los adolescentes. Sin embargo, la relación entre el comportamiento autolesivo y las tendencias suicidas es complejo. Estos comportamientos pueden ser hechos con real intención suicida. Los pacientes con TLP con conductas autolesivas se encuentran en mayor riesgo para presentar intentos suicidas (especialmente cuando se observa una asociación de niveles altos de depresión, desesperanza e impulsividad). Una historia de comportamientos autolesivos, sin importar la intención del mismo, de hecho dobla las probabilidades de un suicidio. Los pacientes límite, con conductas autolesivas pueden percibir erróneamente y subestimar la letalidad de sus actos. (13)

Los comportamientos suicidas recurrentes, en el curso temprano del TLP, son frecuentemente caracterizados por actos impulsivos e iracundos, en respuesta a estresores agudos, como el rechazo percibido. Estas son conductas impulsivas con pobre intención letal, pobre planeación objetiva y pobres consecuencias médicas. La impulsividad en el TLP se encuentra significativamente asociada con el número de intentos suicidas, pero no con el grado de letalidad de los mismos. El estudio McLean, encontró que los “esfuerzos suicidas manipulatorios” disminuyen rápidamente con el tiempo, de 56.4% en los sujetos al segundo año, a 16.4% en el seguimiento a 6 años, y 4.2% para el año 10. El suicidio consumado en el TLP puede ocurrir tras muchos años de enfermedad, tratamientos fallidos, pérdida de relaciones de soporte y aislamiento social. (22)

Un estudio previo con 128 pacientes encontró múltiples razones para los actos suicidas, 44% reportaron el deseo de morir, 33% buscaban ayuda, 42% buscaban escapar de la situación, 52% deseaban obtener alivio sobre un terrible estado mental y 19% buscaban influenciar a alguien más. Los autores concluyeron que en una gran proporción de aquellos que se presentaban con intento suicida la intención era ganar aceptación social por su acto. (18)

En otro estudio similar, los pacientes con TLP presentaron también un rango complejo de razones para los eventos autolesivos, las 6 razones que fueron referidas por más del 50% de la muestra eran referentes a sentimientos y reacciones personales: 67% detener sentimientos negativos, 61% autocastigo, 60% detener ira y frustración, 56% alivio de estados mentales molestos, 51% alivio de sentimientos de vacío. Estos patrones no lograron distinguir autolesiones suicidas de las no suicidas. (18)

Aparentemente el contraste entre las ideas suicidas y la coexistencia de deseos de sobrevivir pueden ser comúnmente encontrados ambivalentemente cuando se presentan eventos autolesivos. (18)

Soloff y colaboradores, usaron un diseño prospectivo para valorar los factores de riesgo en una muestra de 113 sujetos con TLP, su propósito fue diferenciar a aquellos con intentos de alta y baja letalidad por medio de variables demográficas, diagnósticas, clínicas y psicológicas. Se encontró que los factores mas relacionados con alta letalidad son los de nivel socioeconómico bajo, historia de tratamiento prolongado y un puntaje alto en el SIS. (26)

En la muestra, el comportamiento suicida (incluyendo actos suicidas y autolesivos) en promedio inició a los 15.8 años de edad. A partir de la valoración inicial únicamente 1.67% (16 de 954) de los actos suicidas fueron caracterizados como plenamente planeados; la oportunidad de intervención estaba usualmente presente, ya que en solo 37.7% de los actos las posibilidades de intervención se consideraban remotas e improbables y solo en el 12% de los actos se consideró que presentaban clara expectativa de resultados fatales. De acuerdo con la muestra completa, solo 28% de los intentos suicidas presentaban notas suicidas y 25% se acompañaban de amenazas suicidas. (26)

La letalidad del intento suicida suele evaluarse por medio del método utilizado en la última tentativa y algunos factores de riesgo derivados de las variables sociodemográficas, el diagnóstico clínico, la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, la desesperanza, los conflictos en las relaciones familiares, los vínculos sociales, historias de pérdidas

interpersonales, el deterioro del estado de salud físico, el consumo de alcohol y drogas, entre otros factores. Igualmente, el suicidio de algún familiar cercano y los eventos traumáticos como el abuso sexual se han asociado al TLP. (10)

La alta letalidad del intento de suicidio en pacientes con TLP se asocia más a personas de mayor edad, de bajo nivel socioeconómico y educativo, con algún trastorno depresivo agregado, o en comorbilidad con los trastornos del grupo B. (10)

La presencia de este trastorno tiene que tomarse como prioritaria en la planeación del tratamiento ya que su presencia complicará de forma importante, los tratamientos usuales de los trastornos del eje I concomitantes, o incluso otros problemas médicos. (13)

En un estudio realizado en México en 2009, referente a la comorbilidad con los trastornos del Eje I del DSM-IV los resultados concuerdan con los presentados por otros investigadores, quienes encontraron mayor porcentaje de trastornos depresivos en comorbilidad con el TLP. En lo referente al cuestionario de depresión, la concomitancia fue alta, del 87%, pero se pudo observar que sólo 13.3% presentó una depresión considerada como grave de acuerdo con la escala de depresión y esto no representó un aumento en el riesgo. (10) Otros autores encontraron que los pacientes con TLP y con niveles altos de depresión, desesperanza e impulsividad incrementan el riesgo suicida. (15)

La mayoría de los pacientes con TLP cumplen criterios para trastornos depresivos (al menos la mitad con trastorno depresivo mayor, distimia o ambos). Sin embargo, las características descritas en los pacientes con estas condiciones son muy dispares (por ejemplo el paciente deprimido anérgico y melancólico contra el paciente límite iracundo e impulsivo). Una serie de estudios han establecido que la calidad de la experiencia depresiva en pacientes con TLP es

única y bastante distinta de los solamente deprimidos u otro tipo de pacientes. Estos estudios han destacado la vacuidad, la culpa primitiva y las actitudes negativas y devaluadoras de las depresiones límites. (13)

La evidencia ha demostrado que cuando estos trastornos coexisten con el TDM, estos pacientes presentan mayor resistencia a los antidepresivos, pero cuando se logra la mejoría del TLP usualmente va seguida de la remisión del cuadro depresivo. En el 20-30% de los pacientes con TLP cuyas depresiones responden a medicamento, no se espera que vayan seguidas de una mejoría del TLP, esta sería una de las razones para dar prioridad al tratamiento del TLP cuando coexiste con depresión. (13)

Los pacientes con este trastorno tienen mayor discapacidad funcional y mayor uso de tratamientos y atención que los pacientes con trastornos depresivos. Sin embargo, algunos pacientes pueden llegar a tener un adecuado funcionamiento psicosocial (25.9%), pero la mayoría de ellos (80%) perderán estos niveles de funcionamiento a través del tiempo, y difícilmente lograrán recuperarlo. Los trastornos de personalidad tienen un efecto negativo en el resultado del tratamiento de múltiples trastornos del eje I. (15)

Con el paso del tiempo, los pacientes límite pueden experimentar pérdida de apoyo de la familia, amigos y a nivel profesional, o evitar la intimidad en un esfuerzo por reducir la inestabilidad en sus vidas. Esto da como resultado el aislamiento social y la soledad, las cuales se encuentran significativamente asociadas con el suicidio consumado en los pacientes con TLP. (23)

La información ha sugerido que el tratamiento dirigido a fortalecer lazos familiares y el funcionamiento social, podrían disminuir a largo plazo el riesgo suicida. El tratamiento actual para el TLP (Terapia dialéctica conductual, manejo farmacológico), está orientado al alivio sintomático. Esfuerzos por aumentar el funcionamiento psicosocial pueden resultar más relevantes en el pronóstico a largo plazo. Un modelo de tratamiento en rehabilitación (similar al de los pacientes con esquizofrenia) podría requerirse para optimizar la evolución del TLP. (22)

Un buen soporte social es un factor protector contra el suicidio, aminorando los efectos adversos de los eventos vitales negativos, que son muy prominentes en las historias de los pacientes con TLP. (23)

Para las conductas autolesivas y los intentos suicidas en los pacientes con TLP, dos distintos tratamientos han sido reportados como efectivos: el hospital de día con un programa de mentalización psicodinámica y la terapia dialéctica conductual con pacientes externos, siendo un trabajo en equipo en donde se utiliza la terapia individual, el entrenamiento en habilidades basadas en el grupo y el apoyo telefónico. (18)

Las estancias hospitalarias largas han probado tener valor limitado y efectos negativos. Regresión, internamientos repetidos, no recuperación de la ideación suicida posterior a los egresos suelen ser el caso. Hospitalizaciones agudas breves, son la meta a largo plazo, aunado a la promoción de la responsabilidad y empoderamiento de los pacientes. (12) (14) (22) A los pacientes se les debe dar una oportunidad de aprender a tolerar las emociones y pensamientos durante las crisis. Los internamientos breves son usados de forma frecuente

en los Países Bajos, con una duración máxima de tres noches. (14)

Entre las emociones enfrentadas por el personal de salud responsable de tratar pacientes con TLP en la sala de urgencias, destacan la ansiedad, el enojo, la ausencia de empatía, la frustración por el comportamiento repetitivo o percepción de que los pacientes no utilizan apropiadamente el servicio de urgencias. Los pacientes con TLP que se presentan en crisis se enfrentan a estímulos internos abrumadores, cuando los pacientes presentan angustia, su capacidad para expresar como se sienten y las habilidades para la resolución de problemas se encuentran comprometidas. (26) Este grupo de pacientes se relacionan de forma negativa con los trabajadores y tienen una mala reputación, creando inconscientemente hostilidad y violencia por medio de las constantes autolesiones, amenazas de suicidio y abandono del tratamiento. Son percibidos como difíciles, irritantes, manipuladores, así como “malos” y no “enfermos”. La respuesta y las actitudes de los trabajadores puede afectar la forma en que lidian con estos pacientes, favoreciendo la mala comunicación y propiciando un efecto de puerta giratoria en la hospitalización. (4) (16)

En el trabajo con los pacientes con TLP, los clínicos tienen el gran reto de diferenciar a los pacientes con alto riesgo suicida de aquellos que no lo tienen. (26)

Se han descrito tres signos que preceden inmediatamente al suicidio de un paciente: un evento precipitante, un estado afectivo intenso (que no sea depresión) como ansiedad severa o agitación extrema y cambios reconocibles en los patrones del comportamiento, incluyendo discursos o acciones que sugieran suicidio, deterioro del funcionamiento ocupacional y social y aumento del consumo de sustancias. Estos eventos en pacientes con TLP son frecuentemente asociados con relaciones románticas o de familia, asuntos legales y

financieros. (26)

Los clínicos pueden ayudar a disminuir esta sensación, a través de la validación de la angustia emocional y brindando un modelo de comportamiento adecuado, reforzando que la búsqueda de ayuda fue una buena decisión y tratando al paciente con respeto, dignidad y empatía. Cuando en el paciente ha disminuido la angustia, el clínico y el paciente pueden comenzar el proceso de resolución del problema estableciendo un plan de seguridad. (26)

La evaluación del intento de suicidio en el trastorno límite de la personalidad, es una condición necesaria para diseñar mejores estrategias terapéuticas y con ello reducir el riesgo suicida. (10)

## **JUSTIFICACIÓN.**

El efecto esperado de este estudio, es demostrar la relevancia de realizar de forma estandarizada y objetiva una valoración sistemática y completa del riesgo suicida en los pacientes que acuden a valoración, para de esta forma ofrecer la atención más adecuada acorde con las necesidades del paciente, pudiendo diferenciar a aquellos pacientes que se verían beneficiados de un tratamiento intrahospitalario o aquellos que podrían continuar un seguimiento ambulatorio.

Así mismo, el seguimiento intrahospitalario cercano de aquellos pacientes que ingresan por riesgo suicida es fundamental, para determinar si ha existido una mejoría o remisión de los síntomas, sirviendo esto para determinar el período de internamiento necesario para lograr un control sintomático y contención de la crisis, de esta forma evitando hospitalizaciones prolongadas o egresos precipitados, que derivarían en mayores gastos para la institución y riesgo para el paciente.

De esta forma podrían estandarizarse protocolos de valoración del riesgo suicida así como de los factores que influyen en el mismo, así como protocolos de seguimiento para los pacientes que se internan por conductas parasuicidas, lo que llevaría a una mejor atención del paciente y una mejor administración de los recursos destinados a los mismos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La asociación entre suicidio consumado y su relación con la enfermedad mental muestra la importancia de analizar profundamente todas aquellas patologías relacionadas con las conductas suicidas, siendo el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad un trastorno que está cercanamente relacionado con las conductas que preceden y acompañan a los intentos suicidas.

La cifra elevada de internamientos en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que se presentan con riesgo suicida y la observación de la evolución de sus síntomas durante los primeros días de estancia nos ha hecho notar que en la mayoría de los casos se trata de eventos agudos, precipitados por conflictos interpersonales y no propiamente de episodios afectivos, por lo que es frecuente observar que tras las primeras 72 horas de internamiento los síntomas mejoran de forma importante y el riesgo suicida disminuye o se encuentra ausente (en contraste con lo sucedido en pacientes deprimidos cuyos síntomas son más graves al inicio y suele tomar más tiempo observar una mejoría), a pesar de lo cuál los internamientos de estos pacientes suelen prolongarse hasta por 3-4 semanas, sin que exista sintomatología que justifique dichas estancias y sin que se ofrezca durante las mismas un abordaje apropiado y dirigido a los pacientes con TLP.

Por este motivo, he considerado fundamental realizar una evaluación objetiva para valorar síntomas depresivos y riesgo suicida en los pacientes con TLP ingresados a hospitalización, así como realizar un seguimiento y una medición de estas dos

características en tres cortes temporales para de esta forma determinar la mejoría e incluso resolución de los síntomas que condicionaron su ingreso.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿La severidad del riesgo suicida y los síntomas depresivos en los pacientes que se hospitalizan con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad será menor que en los pacientes con depresión sin el trastorno límite de personalidad?
  
2. ¿La remisión del riesgo suicida y los síntomas depresivos en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad será más temprana comparada con la remisión en los pacientes deprimidos sin el trastorno límite de personalidad?

## **OBJETIVOS:**

### Objetivos generales:

Determinar la presencia y gravedad del riesgo suicida y síntomas depresivos en pacientes con el diagnóstico de TLP (Grupo I) que ingresan a servicios especiales por riesgo suicida, en los que se dará seguimiento a la evolución y grado de remisión de dicho riesgo, comparados con grupo control de Depresión Grave y conductas suicidas (Grupo II).

### Objetivos particulares:

1. Determinar la severidad de los síntomas depresivos en los Grupos I y II al ingreso al hospital (tiempo cero).
2. Determinar la gravedad del riesgo suicida de los Grupos I y II al ingreso al hospital (tiempo cero).
3. Evaluar la persistencia y gravedad del riesgo suicida en cada uno de los grupos a los días 5 (tiempo uno) y 10 (tiempo dos) de la hospitalización.
4. Comparar la evolución de la sintomatología depresiva y pensamientos suicidas en las tres mediciones en ambos grupos I y II.

## **HIPOTESIS**

HI1 La gravedad del riesgo suicida en los pacientes límites será menor que en los pacientes con depresión sin TLP.

HI2: Los pacientes con TLP presentarán una remisión más temprana del riesgo suicida que los pacientes con episodio depresivo sin TLP.

H01: La gravedad del riesgo suicida en los pacientes límites será igual que en los pacientes con depresión sin TLP.

H02: Los pacientes con TLP presentarán una remisión del riesgo suicida igual o similar a la de los pacientes con episodio depresivo sin TLP.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Prospectivo, Longitudinal y Comparativo

## **MUESTRA Y MUESTREO.**

Muestreo no probabilístico por cuota en un tiempo de 5 meses, generándose dos grupos de estudio.

## **PARTICIPANTES**

### **Criterios de inclusión**

#### **Grupo I (TLP + INTENTO/RIESGO SUICIDA)**

1. Pacientes hospitalizados en servicio especial por riesgo suicida (observación/UCEP) que cumplan criterios para Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
2. Que deseen participar en el estudio
3. Que firmen la carta de consentimiento informado
4. Con estudios mínimos de primaria

#### **Grupo II (DEPRESIÓN + INTENTO/RIESGO SUICIDA)**

1. Pacientes hospitalizados en servicio especial por riesgo suicida (observación/UCEP) que cumplan criterios para episodio depresivo grave aislado sin otra comorbilidad del Eje I o Eje II.
2. Que deseen participar en el estudio
3. Que firmen la hoja de consentimiento informado
4. Con estudios mínimos de primaria

Exclusión: Ambos grupos

1. Pacientes con sintomatología psicótica, diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo.
2. Síntomas de deterioro cognitivo importantes.
3. Que estén bajo la influencia de alguna sustancia tóxica.
4. Que padezcan una enfermedad metabólica importante.

Eliminación:

1. Aquellos que sean egresados prematuramente de hospitalización
2. Que no deseen continuar con el estudio
3. Que no terminen la aplicación de las escalas y entrevistas
4. Que no deseen que sus datos sean utilizados para la evaluación estadística.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

### Variables Objetivo

Variable	Tipo de Medición	Influencia	Técnicas e instrumentos de obtención de datos
Trastorno Límite de la Personalidad	Categórica	Independiente	Entrevista clínica, criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y aplicación de entrevista estructurada SCID II.
Episodio depresivo	Categórica	Independiente	Entrevista clínica, criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y aplicación de escalas clinimétricas de depresión, aplicación de entrevista estructurada SCID I
Ideación Suicida	Dimensional	Dependientes	Escala de Ideación Suicida de Beck
Tentativa de Suicidio	Dimensional	Dependiente	Escala de Tentativa de Suicidio de Beck

### Variables Sociodemográficas y Clínicas

Variable	Tipo de Medición	Categorías
Ocupación	Categórica Nominal	Sin Empleo Empleo Remunerado Empleo no Remunerado (Hogar, Estudiante)
Estatus Marital	Categórica Nominal	Con Pareja Sin Pareja
Escolaridad (Último nivel alcanzado)	Categórica Ordinal	Sin Estudios Primaria Media Media Superior Superior
Religión	Categórica Nominal	Sin Con

Variable	Tipo de Medición	Categorías
Nivel Socioeconómico	Categórica Ordinal	Medio alto Medio Medio bajo Bajo Pobre
Atención en HPFBA	Categórica Nominal	Primera Vez Subsecuente
Atención Psiquiátrica	Categórica Nominal	Primera Vez Subsecuente
Tratamiento Farmacológico Previo	Categórica Nominal	No Si
Antecedentes Familiares de Intentos de Suicidio	Categórica Nominal	No Si
Antecedentes Familiares de Suicidio	Categórica Nominal	No Si
Diagnóstico Psiquiátrico en Familiares	Categórica Nominal	No Si
Uso de Sustancias en Familiares	Categórica Nominal	No Si
Abuso Sexual	Categórica Nominal	No Si
Abuso Físico	Categórica Nominal	No Si
Abuso Psicológico	Categórica Nominal	No Si
Historia de Autoagresiones	Categórica Nominal	No Si
Uso de Sustancias	Categórica Nominal	No Si
Soporte Familiar	Categórica Ordinal	Bueno Regular Malo Pésimo

## **INSTRUMENTOS.**

En este estudio se utilizaron 6 instrumentos en total, los primeros sólo aplicándose en la entrevista inicial, siendo estos la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I). Los segundos instrumentos fueron aplicados en los tres tiempos de evaluación de este estudio, siendo utilizada para la detección síntomas depresivos el Inventario de Depresión de Beck, para letalidad del intento suicida (en caso de que se haya presentado) la Escala de Tentativa de Suicidio A. Beck (SIS) y para riesgo suicida Escala de Ideación Suicida A. Beck (SSI).

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV. (SCID-II), cuyos autores son First, Gibbon, Spitzer et al. La publicación reformulada para DSM-IV se publicó en 1997. Es una entrevista semiestructurada que evalúa categórica o dimensionalmente los trastornos de personalidad según los criterios DSM-IV en adultos con un posible trastorno de personalidad. El cuestionario tiene 119 ítems. Contiene preguntas de respuesta abierta, cerrada y sí/no, y evalúa los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV, además del trastorno del personalidad depresiva y pasivo-agresiva.

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I), fue creada por First y Spitzer, es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV. La SCID puede ser utilizada para asegurar un diagnóstico más fiable y preciso en centros de asistencia primaria en salud mental y puede ser muy útil dada la existencia de casos complejos que existen en dichos

centros. La aplicación de la SCID-VC se realiza en una o dos sesiones que, en total, suelen durar 45 minutos. En algunos casos, la aplicación puede requerir varias sesiones.

La escala que se utilizó en este estudio para evaluar la severidad y evolución de los síntomas depresivos fue El Inventario de Depresión de Beck, creado por Aaron T. Beck, es un cuestionario auto aplicable que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, pensamientos como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Fue seleccionado ya que es un instrumento específico para valorar depresión, esta validado para su aplicación en población Mexicana, gracias al trabajo de Jurado, et al. desde 1998, siendo incluso esta validación específica para población del Distrito Federal, conservando su sensibilidad y especificidad.

Escala de Tentativa de Suicidio A. Beck (SIS). La SIS 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 de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). Es un instrumento heteroaplicable. Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. Esta escala únicamente se aplicará en los pacientes que hayan presentado un intento suicida reciente.

Escala de Ideación Suicida A. Beck (SSI). La SSI es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas. La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de «frenos» (disuasores). Se trata de una escala semi-estructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). Es un instrumento heteroaplicado. Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. En México se reporta una confiabilidad de 0.93.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS**

Este estudio fue llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, específicamente en los servicios especiales (UCEP/Observación), de dicha institución, en el período de tiempo de Octubre 2014 a Marzo 2015. Se describen a continuación los procedimientos realizados, los cuales se iniciaron posterior a la aceptación del protocolo por el comité de ética.

Se identificaron pacientes con riesgo suicida que ingresaron a servicios especiales de dicha institución. Posterior a su internamiento, se realizó una valoración (entrevista) inicial, cuando se sospecharon los diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad y/o episodio depresivo y no se presentó ninguno de los criterios de exclusión, se procedió (posterior a la firma de consentimiento informado) a la aplicación de los instrumentos clinimétricos, SCID-II (para determinar si existe la presencia de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad) y SCID-I (para determinar la existencia de episodio depresivo), con un tiempo de aplicación aproximado de 30-40 minutos, clasificando en el grupo 1 (31 pacientes) aquellos con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional y en el grupo 2 (24 pacientes) aquellos con trastorno depresivo mayor sin otras comorbilidad de eje I o eje II. Posteriormente se realizó la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, además de aplicarse escalas para riesgo e intento suicida SSI y SIS, con un tiempo aproximado de aplicación de 30-40 minutos, por lo que en la primera evaluación se dedicaron de 60 a 90 minutos a cada paciente.

Los últimos tres instrumentos se aplicaron nuevamente tras 5 y 10 días de estancia

hospitalaria, con un tiempo de aplicación aproximado de 20-30 minutos, con lo que se completó la obtención de datos.

El costo del material requerido (copias fotostáticas de los instrumentos) fue absorbido por el investigador principal de este estudio y la disposición de 300 copias mensuales que se otorga a los médicos residentes en la Biblioteca del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se realizó análisis de varianza (ANOVA) simple para ambos grupos para la variable de Tentativa de Suicidio y sus subescalas.

Las variables categóricas se analizaron por medio de contraste Chi Cuadrada.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Este investigación tuvo como objetivo detectar la presencia y gravedad del riesgo suicida así como de síntomas depresivos en tres grupos de pacientes así como determinar la evolución de dicho riesgo y síntomas durante el curso de un internamiento, esto para resaltar la importancia de llevar a cabo una valoración y seguimiento integral de los pacientes que presentan un riesgo para dichos eventos, buscando obtener información sobre las diferencias y características de la evolución del riesgo en los dos grupos de pacientes.

Se buscó únicamente para los objetivos de este estudio la detección de los padecimientos riesgo suicida y síntomas depresivos, sin que el tratamiento de estos se viera involucrado en nuestras metas, por lo que cuando se llego a detectar alguna de las patologías, el tratamiento no se vio afectado o influenciado por el estudio, sino que fue personalizado según las necesidades del paciente y las guías clínicas actuales.

Se brindó a los pacientes participantes de este estudio un trato digno, buscando siempre la beneficencia y no maleficencia en cada individuo, teniendo en cuenta que el uso y

resguardo de la información obtenida será eficiente y absoluta.

Las herramientas utilizadas para la detección fueron escalas clinimétricas para depresión, riesgo suicida y entrevista clínica, por lo que no suponen ningún riesgo para la salud del paciente, guardando siempre en secreto su identidad y privacidad. Todos los pacientes recibieron información completa acerca del protocolo, firmando el consentimiento informado del mismo para autorizar las evaluaciones. Así mismo obteniéndose previa autorización de los médicos psiquiatras jefes de las áreas de observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos con firma de consentimientos de realización de la investigación.

## RESULTADOS

Al término del estudio se capturaron un total de 55 pacientes, divididos en dos grupos: Grupo 1, aquellos que tras la aplicación del SCID-II calificaron para el diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (TLP) y el grupo 2 que tras la aplicación del SCID-II no calificaron para Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y que se obtuvo el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) tras la aplicación del SCID-I.

Las características sociodemográficas de los grupos fueron las siguientes:

El grupo 1 (TLP) estuvo conformado por 31 pacientes de los cuales 28 (90.3%) fueron del sexo femenino y 3 del sexo masculino (9.7%), la media de edad en este grupo fue de 23.9 años. El grupo 2 (TDM) se conformó por 24 pacientes, 18 mujeres (75%) y 6 hombres (25%), siendo la media de edad de 37.8 años, en esta diferencia entre los grupos estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

Tabla 1. Distribución de Edad de los participantes por grupo y sexo.

Sexo	Trastorno Limite de la Personalidad			Trastorno Depresivo Mayor		
	n	Media	DStd	n	Media	DStd
Femenino	28	24.2	5.9	18	37.4	10.5
Masculino	3	21.3	4.9	6	38.7	16.1
Total	31	23.9	5.8	24	37.8	11.7

Significancia entre grupos  $p < 0.001$

Un 71% ( $n=22$ ) de los pacientes del grupo 1 no contaron con empleo remunerado en comparación con el grupo 2 en donde el 70.8% ( $n=17$ ) contaban con un empleo remunerado, la diferencia entre ambos grupos resultó con significancia estadística ( $p < 0.001$ ).

La comparación del estatus de pareja entre ambos grupos no demostró resultados significativos, encontrándose en el total de la muestra 63.6% (n=35) con pareja y 36.4% (n=20) sin pareja.

En lo referente a la escolaridad tomada en cuenta con el último grado alcanzado encontramos resultados estadísticamente significativos a la comparación de ambos grupos ( $p=.031$ ), teniendo dentro del grupo 1 la mayoría de los pacientes una escolaridad de secundaria con 38.7% (n=12) y preparatoria 41.9% (n=13), en cambio dentro del grupo 2 la mayoría de los pacientes con una escolaridad de preparatoria 33.3% (n=8) y educación superior 37.5% (n=9).

Con respecto al nivel socioeconómico, el mayor porcentaje de pacientes del grupo 1 se observó distribuido en nivel bajo 25.8% (n=8), medio bajo 38.7% (n=12) y medio 32.3% (n=10), en el grupo 2 la mayor parte de los pacientes solo se observaron distribuidos en los niveles medio bajo 37.5% (n=9) y medio 54.2% (n=13), siendo la diferencia entre grupos estadísticamente significativa ( $p=.025$ ).

Dentro del grupo 1 el 54.8% (n=17) tenían una atención subsecuente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, al contrario 75.0% (n=18) de pacientes del grupo 2 acudían por primera vez a recibir atención en esa institución ( $p=.026$ ). Con respecto a la atención psiquiátrica en general el 90.3% (n=28) de los pacientes de grupo 1 ya contaba con atención psiquiátrica previa, en el caso del grupo 2 solo 50% (n=12) de los pacientes había recibido este tipo de atención previo al internamiento actual, la diferencia entre los

grupos teniendo significancia estadística ( $p < .001$ ).

No existieron resultados significativos en la comparación de ambos grupos cuando se buscaron antecedentes familiares de intentos suicidas ( $p = .112$ ), suicidios ( $p = .375$ ), diagnósticos psiquiátricos ( $p = .396$ ) y uso de sustancias ( $p = .496$ ).

Se encontraron resultados estadísticamente significativos cuando se realizó la comparación entre ambos grupos sobre diversos antecedentes. El abuso sexual se encontró referido por el 67.7% ( $n = 21$ ) de los pacientes del grupo 1 y solo en el 8.3% ( $n = 2$ ) de los pacientes del grupo 2 ( $p < 0.001$ ). El abuso físico fue reportado por el 61.3% ( $n = 19$ ) de los pacientes del grupo 1 y 0% de los pacientes del grupo 2 ( $p < 0.001$ ). se refirió antecedente de abuso psicológico en el 61.3% ( $n = 19$ ) de los pacientes del grupo 1 y en 0% de los pacientes del grupo 2 ( $p < 0.001$ ). Con respecto a la historia de autoagresiones se observó que el 100% ( $n = 31$ ) de los pacientes del grupo 1 contaban con dicho antecedentes, en comparación con el grupo 2 en el que 0% de los pacientes habían presentado autoagresiones a lo largo de su vida ( $p < 0.001$ ).

En lo referente al uso de sustancias se encontró mayor consumo de estas en los pacientes del grupo 1, con un porcentaje del 71.0% ( $n = 22$ ) reportando uso de diversas sustancias, en cambio en el grupo 2 el uso de estas solo se presentó en el 33.3% ( $n = 8$ ) ( $p = .005$ ). Todo lo descrito anteriormente puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de las variables sociodemográficas y clínicas por Grupo

Variable	Categoría	Trastorno Límite de la Personalidad		Trastorno de Depresión Mayor		Total		Sig
		n	%	n	%	n	%	
Ocupación	Sin Empleo	22	71.0%	3	12.5%	25	45.5%	<0.001
	Empleo Remunerado	2	6.5%	17	70.8%	19	34.5%	
	Empleo no Remunerado (Hogar, Estudiante)	7	22.6%	4	16.7%	11	20.0%	
Estatus Marital	Con Pareja	22	71.0%	13	54.2%	35	63.6%	.199
	Sin Pareja	9	29.0%	11	45.8%	20	36.4%	
Escolaridad (Último nivel alcanzado)	Sin Estudios	0	0.0%	1	4.2%	1	1.8%	.031
	Primaria	4	12.9%	1	4.2%	5	9.1%	
	Media	12	38.7%	5	20.8%	17	30.9%	
	Media Superior	13	41.9%	8	33.3%	21	38.2%	
	Superior	2	6.5%	9	37.5%	11	20.0%	
Religión	Sin	11	35.5%	6	25.0%	17	30.9%	.404
	Con	20	64.5%	18	75.0%	38	69.1%	
Nivel Socioeconómico	Medio alto	0	0.0%	2	8.3%	2	3.6%	.025
	Medio	10	32.3%	13	54.2%	23	41.8%	
	Medio bajo	12	38.7%	9	37.5%	21	38.2%	
	Bajo	8	25.8%	0	0.0%	8	14.5%	
	Pobre	1	3.2%	0	0.0%	1	1.8%	
Atención FBA	Primera Vez	14	45.2%	18	75.0%	32	58.2%	.026
	Subsecuente	17	54.8%	6	25.0%	23	41.8%	
Atención Psiquiátrica	Primera Vez	3	9.7%	12	50.0%	15	27.3%	.001
	Subsecuente	28	90.3%	12	50.0%	40	72.7%	
Tratamiento Farmacológico	No	10	32.3%	13	54.2%	23	41.8%	.102
	Si	21	67.7%	11	45.8%	32	58.2%	
Antecedentes Familiares de Intentos de Suicidio	No	29	93.5%	19	79.2%	48	87.3%	.112
	Si	2	6.5%	5	20.8%	7	12.7%	
Antecedentes Familiares de Suicidio	No	30	96.8%	24	100.0%	54	98.2%	.375
	Si	1	3.2%	0	0.0%	1	1.8%	
Diagnóstico Psiquiátrico en Familiares	No	25	80.6%	17	70.8%	42	76.4%	.396
	Si	6	19.4%	7	29.2%	13	23.6%	
Uso de Sustancias en Familiares	No	25	80.6%	21	87.5%	46	83.6%	.496
	Si	6	19.4%	3	12.5%	9	16.4%	
Abuso Sexual	No	10	32.3%	22	91.7%	32	58.2%	<0.001
	Si	21	67.7%	2	8.3%	23	41.8%	
Abuso Físico	No	12	38.7%	24	100.0%	36	65.5%	<0.001
	Si	19	61.3%	0	0.0%	19	34.5%	
Abuso Psicológico	No	12	38.7%	24	100.0%	36	65.5%	<0.001
	Si	19	61.3%	0	0.0%	19	34.5%	
Historia de Autoagresiones	No	0	0.0%	24	100.0%	24	43.6%	<0.001
	Si	31	100.0%	0	0.0%	31	56.4%	
Uso de Sustancias	No	9	29.0%	16	66.7%	25	45.5%	.005
	Si	22	71.0%	8	33.3%	30	54.5%	
Soporte Familiar	Bueno	4	12.9%	16	66.7%	20	36.4%	<0.001
	Regular	16	51.6%	8	33.3%	24	43.6%	
	Malo	9	29.0%	0	0.0%	9	16.4%	
	Pésimo	2	6.5%	0	0.0%	2	3.6%	

En relación con el inicio de los síntomas (riesgo suicida, síntomas depresivos) el 80% (n=27) de los pacientes del grupo 1 refirió inicio de los mismo a menos de 72 horas del internamiento, en cambio en el caso de los pacientes del grupo 2 el inicio de los síntomas se dio por lo menos 15 días previos al internamiento en el 100% (n=24) de los pacientes. En el caso del grupo 1 los principales factores precipitantes fueron conflictos interpersonales, principalmente conflictos con la pareja y con la familia (madre o padre), en

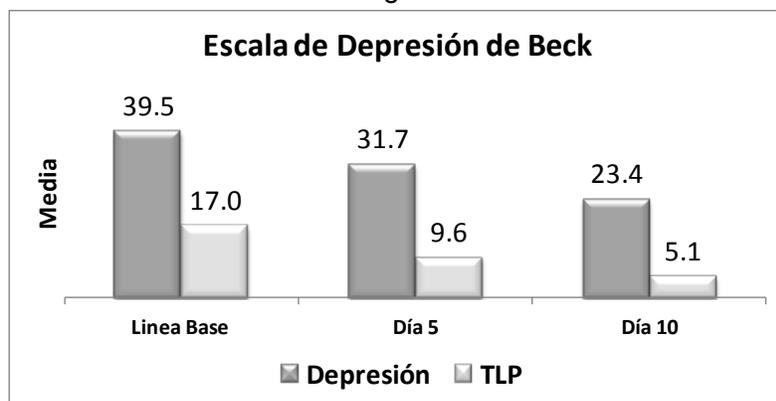
el grupo 2 en 7 pacientes no se logró identificar factor precipitante, en el resto los factores principales fueron la muerte de algún familiar o la presencia de problemas de salud en el propio paciente.

En el Inventario de Depresión de Beck se observó desde la valoración base (al ingreso de los pacientes a hospitalización) una mayor puntuación en el grupo 2, siendo la media de estos 39.5 puntos y la media en los pacientes del grupo 1 de 17.0 puntos. Para la segunda valoración (día 5) se observó en el grupo 2 una disminución de la puntuación promedio del 20%, siendo la media de 31.7 puntos, en cambio en el grupo 1 la disminución promedio de la puntuación fue de 45% con una medio de 9.6 puntos. En la última valoración de esta escala (día 10) se observó en el grupo 2 una disminución de la puntuación promedio en un 26% con una media de 23.4 puntos, en comparación con el grupo 1 cuya disminución de la puntuación promedio fue de 47% con una media de 5.1 puntos. Los resultados se muestran en la tabla 3 y figura 2.

Tabla 3. Inventario de Depresión de Beck

Variable	Aplicación	Depresión (n=24)		TLP (n=31)	
		Media	DStd	Media	DStd
Inventario de Depresión de Beck	Línea Base	39.5	4.9	17.0	4.9
	Día 5	31.7	4.7	9.6	3.5
	Día 10	23.4	4.2	5.1	2.9

Figura 2.

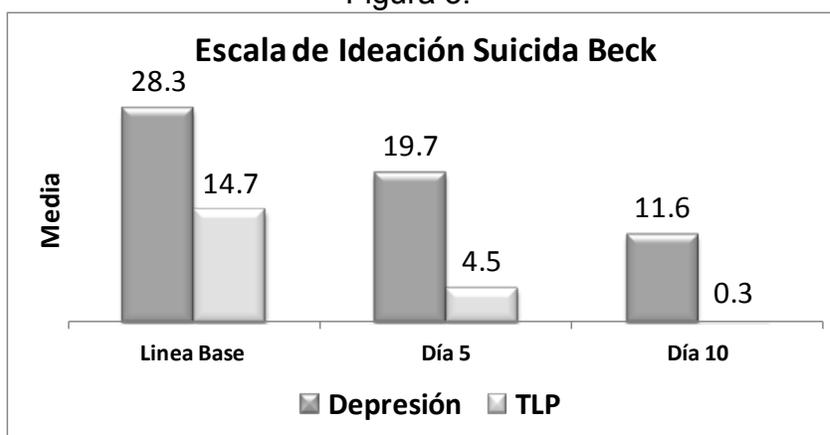


Dentro de la escala de ideación suicida de Beck la media en la puntuación total del grupo 2 fue mayor a la del grupo 1 en las tres aplicaciones, en la línea base la media del grupo 2 fue de 28.3 puntos, en el grupo 1 siendo de 14.7. En el día 5 se observó dentro del grupo 2 una disminución de la puntuación promedio del 30% con una media de 19.7 puntos, en cambio en el grupo 1 la disminución en el puntaje promedio fue del 70% con una media de 4.5 puntos. Para la tercera medición se observó una disminución en el promedio de puntaje del grupo 2 del 41% con una media de 11.6 puntos, en comparación con el grupo 1 que presentó una disminución del puntaje promedio del 93% con una media de 0.3 puntos. Se observan los resultados en la tabla 4 y figura 3.

Tabla 4. Escala de ideación suicida de Beck (SIS)

Variable	Aplicación	Depresión (n=24)		TLP (n=31)	
		Media	DStd	Media	DStd
Escala de Ideación Suicida de Beck	Línea Base	28.3	2.7	14.7	4.9
	Día 5	19.7	3.2	4.5	4.0
	Día 10	11.6	3.5	0.3	0.9

Figura 3.



Las escala de ideación suicida de Beck cuenta con varias 4 subescalas, en las cuales la puntuación de cada una fue más alta en el grupo 2 en las tres mediciones. Las tablas y gráficas con los resultados de cada una se muestran a continuación.

Tabla 5. Subescala SIS Actitud hacia la vida o muerte

Variable	Aplicación	Depresión (n=24)		TLP (n=31)	
		Media	DStd	Media	DStd
Actitud hacia la Vida o Muerte	Línea Base	9.5	0.6	6.0	1.6
	Día 5	7.2	0.9	2.1	1.7
	Día 10	4.5	1.0	0.1	0.4

Figura 4.

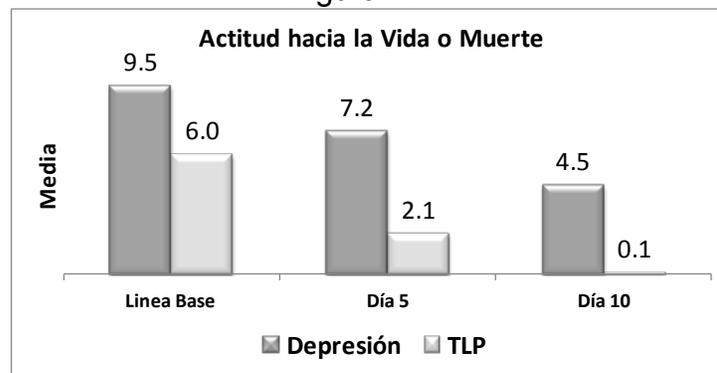


Tabla 6. Subescala SIS Pensamientos o deseos suicidas

Variable	Aplicación	Depresión (n=24)		TLP (n=31)	
		Media	DStd	Media	DStd
Pensamientos o Deseos Suicidas	Línea Base	10.0	1.0	5.5	1.5
	Día 5	7.6	0.9	1.9	1.8
	Día 10	5.3	1.7	0.1	0.4

Figura 5.

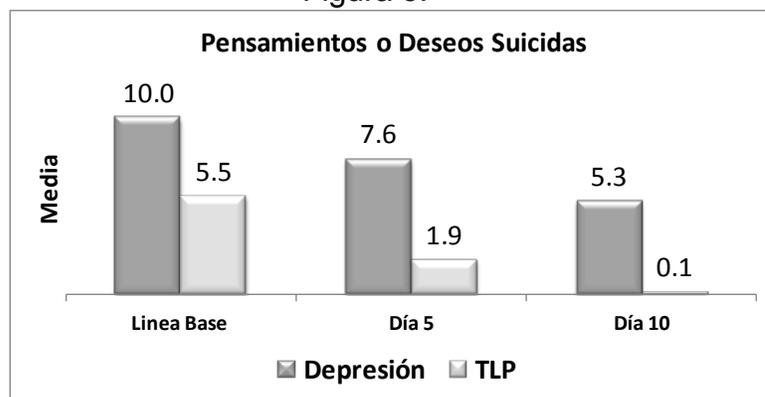


Tabla 7. Subescala SIS Proyecto del intento.

Variable	Aplicación	Depresión (n=24)		TLP (n=31)	
		Media	DStd	Media	DStd
Proyecto del Intento	Línea Base	5.5	1.0	2.5	1.9
	Día 5	3.4	1.3	0.4	0.8
	Día 10	1.3	1.1	0.0	0.0

Figura 6.

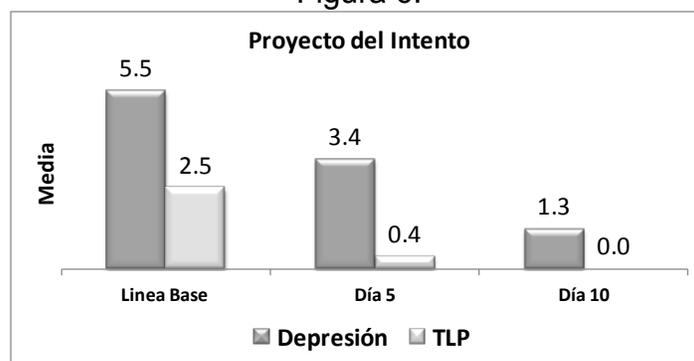
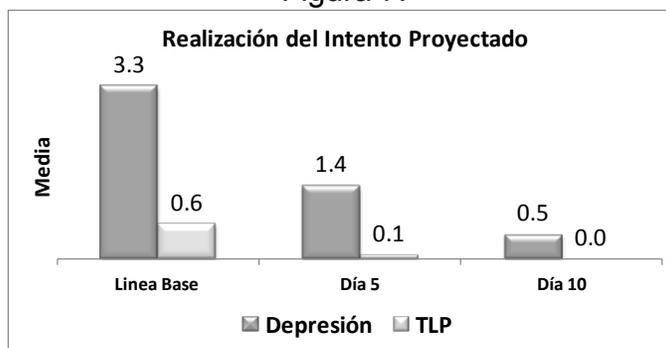


Tabla 8 . Subescala SIS Realización del intento proyectado

Variable	Aplicación	Depresión (n=24)		TLP (n=31)	
		Media	DStd	Media	DStd
Realización del Intento Proyectado	Línea Base	3.3	0.8	0.6	1.0
	Día 5	1.4	1.1	0.1	0.2
	Día 10	0.5	0.9	0.0	0.0

Figura 7.



En la escala de Tentativa de suicidio se encontró que el 80% (n=25) de los pacientes del grupo 1 presentaron intento suicida previo al internamiento, dentro del grupo 2, 91% (n=22) de los pacientes presentaron intento suicida. La media del grupo 1 en esta escala fue de 9.72 puntos y en el grupo 2 de 23.77 puntos ( $p < 0.001$ ), lo que sugiere una mayor gravedad de los intentos suicidas en el grupo 2. En la tabla siguiente se muestran los resultados de las subescalas. Con respecto a los intentos suicidas previos la media en el grupo 1 fue de 3 intentos suicidas y 1 intento suicida para el grupo 2 ( $p < 0.001$ ).

Tabla 9. Escala de tentativa de suicidio de Beck.

VARIABLE	Trastorno Límite de la Personalidad			Trastorno Depresivo Mayor			F	Sig.
	N	Media	DStd	N	Media	DStd		
Escala de Tentativa de Suicidio de Beck	25	9.72	3.60	22	23.77	1.45	293.01	<0.001
Subescalas:								
Circunstancias objetivas del Intento	25	4.24	2.55	22	11.91	0.75	183.94	<0.001
Autoinforme del Intento	25	5.48	1.58	22	11.86	0.99	265.48	<0.001
Intentos Previos	31	3.13	1.63	24	1.04	1.08	29.35	<0.001

## DISCUSIÓN

Posterior al análisis de los resultados podemos observar el predominio del sexo femenino en ambos grupos, coincidiendo con lo descrito por autores como Borges (5) y Espinosa (10) con respecto a los pacientes con riesgo e intentos suicidas. Encontrándose el grupo de TLP mayormente en la tercera década de la vida y el grupo de TDM en la cuarta década de la vida.

En relación con los aspectos sociodemográficos, el elevado porcentaje (71%) de pacientes límites que no cuenta con un empleo remunerado (u otra actividad como estudio) es alto, lo que coincide con lo referido en la literatura acerca de las fallas en el funcionamiento social de estos pacientes (11) (15), esto a diferencia de los pacientes deprimidos cuya funcionalidad suele estar conservada por completo previo al inicio de los síntomas. Se observa también una diferencia en el grado escolar alcanzado en ambos grupos, destacando ser más bajo en los pacientes límite (11). El nivel socioeconómico de las pacientes límite también fue menor que en los pacientes deprimidos, pudiendo estar asociado a la falta de empleo remunerado y a la menor escolaridad de las pacientes límites.

Se sabe que la demanda de servicios de salud mental es mayor en los pacientes límite, Comtois (15) los describe como usuarios de alta frecuencia de los servicios de salud, los corroborándose los resultados de este estudio con dicha información, debido a que un mayor porcentaje de estos (90.3% vs 50%) contaban con antecedente de atención psiquiátrica previa a este internamiento.

No se encontró diferencia entre grupos cuando se buscaron antecedentes familiares de patología psiquiátrica, pero con respecto a otros precedentes lo encontrado en este estudio coincide con la literatura general sobre el tema, hallándose una mayor asociación entre antecedentes de abuso sexual, físico y psicológico con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad como lo describen Espinosa(10) y Links (17), siendo la frecuencia de estos antecedentes muy baja en los pacientes deprimidos.

En la mayoría de los estudios previos se ha encontrado que aproximadamente un 70% de los pacientes límite refieren antecedentes de autoagresiones como los reportados por Biskin (2) y Gunderson (13), en cambio en nuestro estudio el 100% de los pacientes límite valorados contaba con dicho antecedente, pudiendo estar relacionado con la limitante de una muestra pequeña y a que la patología grave de tipo psiquiátrico manejada en nuestra institución de tercer nivel es más compleja.

Es importante el análisis del tiempo de evolución de los síntomas y los factores precipitantes, observándose que en los pacientes límite estos factores fueron primordialmente conflictos interpersonales con personas cercanas a los pacientes (pareja, padre o madre) o que condicionó inicio de síntomas agudos de una forma reactiva, a diferencia de los pacientes deprimidos cuyos síntomas se establecen en un tiempo mayor. Esto se relaciona con lo mencionado por Zaheer (26) quien describe que un evento precipitante, un estado afectivo intenso (que no sea depresión) como ansiedad severa o agitación extrema y cambios reconocibles en los patrones del comportamiento, favorecen el riesgo suicida, estando asociados con conflictos familiares y de pareja.

Con respecto a los síntomas depresivos observamos que la severidad de los mismos en los pacientes límite al ingreso fue mucho menor que en los pacientes deprimidos, calificándose como leves en su mayoría, teniendo en cuenta que a la aplicación de la entrevista semiestructurada ninguno de los pacientes límites cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Esto coincide con lo reportado en algunos estudios sobre la presencia de síntomas depresivos leves-moderados en estos pacientes cuando estos son descritos solo como síntomas, sin embargo discrepa con aquellos que relacionan la presencia de un trastorno depresivo mayor, lo cual no fue encontrado en estos pacientes (10) (13) (15). Fue claramente observable que dichos síntomas disminuyeron su intensidad y muchos de ellos remitieron en forma más temprana que en el grupo de pacientes deprimidos, cuyos síntomas persistieron calificándose como moderados a graves durante las 3 valoraciones, esto coincidió parcialmente con los resultados publicados por Yoshimatsu (25) cuya valoración inicial de los síntomas depresivos fue más grave en los pacientes límite que en los deprimidos (diferiendo esta parte con el estudio actual), sin embargo, ambos estudios coincidieron en que la mejoría y remisión de estos síntomas en los pacientes con TLP es mucho más rápida que en los otros pacientes, lo que podemos asociar con que los síntomas presentados en este grupo de pacientes son agudos y reactivos, con una mayor hipersensibilidad a los conflictos interpersonales y a las relaciones inestables y que estos pueden mejorar de forma rápida en un ambiente seguro y protegido.

El riesgo suicida al ingreso fue más grave en los pacientes deprimidos, pero ambos grupos presentaron puntuaciones suficientes para considerar un riesgo significativo. En las

valoraciones subsecuentes se observa una mayor y más rápida remisión del riesgo suicida en los pacientes límites, observándose un riesgo bajo a nulo en la segunda valoración, riesgo que remitió por completo en la tercera valoración en este grupo.

En ambos grupos la mayoría de los pacientes presentaron intento suicida previo al internamiento, la gravedad del intento fue mucho mayor en los pacientes deprimidos. El promedio de intentos suicidas previo fue mayor en los pacientes límites, con un promedio de tres intentos previos, lo que coincide con la descripción de Links (17) y Siefer (22) quienes también reportan un promedio de tres intentos previos, estos autores reportan antecedentes de intentos suicidas en 60-70% de los pacientes límites, siendo este porcentaje mayor en el estudio actual encontrándose este antecedente en el 100% de los pacientes, la diferencia pudiendo explicarse nuevamente por el tamaño pequeño de la muestra y la gravedad del trastorno por tratarse de pacientes hospitalizados.

Las limitaciones principales de este estudio se dan por el número de la muestra y la falta de seguimiento posterior a las tres valoraciones para determinar la estancia total de los internamientos.

## CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas del estudio no difieren de lo observado en la literatura, con un predominio del sexo femenino en el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional y la asociación de este a un menor funcionamiento social, y por ende laboral y escolar, asimismo se observa la relación de este trastorno con antecedentes de abuso sexual, psicológico y físico, así como consumo de sustancias, historia de autoagresiones y múltiples intentos suicidas de letalidad variable.

Se rechazan las hipótesis nulas, debido a que se logra observar que aunque los pacientes límite presentan riesgo suicida al ingreso, este es de menor gravedad que en los pacientes deprimidos, observándose una evolución rápida a la mejoría, con una remisión más temprana tanto de los síntomas depresivos como del riesgo suicida, siendo este último bajo en algunos pacientes y en otros observándose remisión alrededor del día 5, mostrándose una resolución total en dicho grupo de pacientes al día 10.

Se observa que la evolución de los síntomas de las pacientes límite es corta, iniciando aproximadamente 72 horas antes del internamiento asociado a factores interpersonales y tras el internamiento estos rápidamente evolucionan a la mejoría y a la remisión, lo que justificaría como se ha mencionado previamente, la conveniencia de realizar internamientos cortos, de intervención en crisis de estos pacientes para evitar perjuicios por la hospitalización prolongada, fenómeno de puerta giratoria e inversión importante de recursos en pacientes en los que no se justifica continuar con internamientos prolongados y recurrentes. Lo propuesto en modelos internacionales es buscar para estos pacientes

hospitales de día, así como áreas de intervención en crisis en donde se de contención y protección durante la crisis emocional (con un máximo de 3 días de internamiento) y posteriormente continuar con seguimiento ambulatorio, observándose que esto mejora el pronóstico de los pacientes disminuyendo así la suicidabilidad y las hospitalizaciones psiquiátricas, así como los costos institucionales (12).

## Bibliografía

1. Bagge, Courtney. Near-term predictors of the intensity of suicidal ideation: An examination of the 24 h prior to a recent suicide attempt. *Journal of Affective Disorders*. 2014. 165, 53-58.
2. Biskin, Robert. Diagnosing borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*. 2012. 184 (16), 1789-1794.
3. Blasco-Fontecilla, Hilario. Are major repeater patients addicted to suicidal behavioral? *Adicciones*. 2014. 26, (4).
4. Bodner, Ehud. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalización and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2015. 15 (2).
5. Borges, G. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*. 2009. Vol. 32 (5), 413-425.
6. Borges, G. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*. 2010. Vol. 52 (4), 292-304.
7. Brooke, Stu. The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2010. 83, 113–128.
8. Comtois, Katherine. Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance Between Research and Clinical Diagnosis. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2014. 1–9.
9. Daray, Federico. Time Left for Intervention in the Suicidal Process in Borderline Personality Disorder. *Archives of Suicide Research*. 2015. Posted online.
10. Espinosa, Javier. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*. 2009. Vol.32, 317-325.
11. Gescher, D. Psychosocial integration of inpatients with borderline personality disorder: reflection of a health care system focused on symptom remission. *Nervenarzt*. 2013. 84(3), 326-33.
12. Goodman, Marianne. Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012. 14, 79–85.
13. Gunderson, John. *Borderline Personality Disorder, clinical guide*. Second Edition. Estados Unidos de América. American Psychiatric Publishing. 2009.
14. Helleman, Marjolein. Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder: A Review of the

- Literature. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2014. 50, 65–75.
15. Leichsenring, F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011. 377, 74–84.
  16. Leontieva, L. Characteristics of patients with borderline personality disorder in a state psychiatric hospital. *Journal of personality disorders*. 2013. 27(2), 222-32.
  17. Links, Paul. Prospective Risk Factors for Suicide Attempts in a Treated Sample of Patients With Borderline Personality Disorder. *CanJPsychiatry*. 2013. 58(2), 99-106.
  18. Maddock, Gillian. Carter, G. Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010. 44, 574–582.
  19. Muehlenkamp, Jennifer. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011. 52 (2), 148–155.
  20. Oumaya, M. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale*. 2008. 34 (5), 452-458.
  21. Pérez, Sandra. Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder patients with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors. *Psychiatry Research*. 2014. 220, 935–940.
  22. Siefert, Caleb. A Goal-Oriented Limited-Duration Approach for Borderline Personality Disorder During Brief Inpatient Hospitalizations. *American Psychological Association*. 2012. 49 (4), 502–518.
  23. Soloff, Paul. Fabio, Anthony. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 2008. 22(2), 123–134.
  24. Soloff, Paul. Chiappetta, L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in BPD at 6 Year Follow-up. *The American Journal of Psychiatry*. 2012. 169(5), 484–490.
  25. Yoshimatsu, K. Improvements in depression severity in hospitalized patients with and without borderline personality features. *Journal of psychiatric practice*. 2015. 21(3), 208-13.
  26. Zaheer, Juveria. Links, Paul. Assessment and Emergency Management of Suicidality in Personality Disorders. *Psychiatric Clinics Of North America*. 2008. 31 (3), 527–543.

# ANEXOS

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Participación en el estudio llamado:

#### **RIESGO SUICIDA Y SÍNTOMA DEPRESIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD. ESTUDIO COMPARATIVO CON PACIENTES DEPRIMIDOS.**

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Yo: \_\_\_\_\_ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de estudiar la presencia de riesgo suicida.
- II. Se me ha informado que se me aplicaran: 1 entrevista clínica semiestructurada y escalas clinimétricas que valorarán la presencia de trastorno de personalidad y/o episodio depresivo y la presencia y gravedad de riesgo suicida.
- III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional.
- IV. Los resultados de este estudio ayudarán a determinar la presencia, gravedad y evolución del riesgo suicida.
- V. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del servicio médico.
- VII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Investigador responsable

Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo

**CUESTIONARIO PARA RECABAR DATOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS Y FACTORES DE RIESGO**

Fecha primera valoración:

Fecha segunda valoración:

Fecha tercera valoración:

<b>Nombre:</b>	
Edad	Sexo:
Lugar de nacimiento:	Lugar de residencia:
Domicilio:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:	
Ocupación:	
Escolaridad:	
Estado civil:	
Religión:	

Primera vez ( ) Subsecuente ( ) (En esta institución)

Paciente de primera vez: ¿Ha recibido intención psiquiátrica previa? Sí ( ) No ( )

En caso de ser positivo:

Consulta privada ( ) Consulta en otra institución pública ( ) Internamiento en institución psiquiátrica ( )

Paciente subsecuente:

Número de internamiento:

Internamientos en los últimos 12 meses:

Intento suicida en este internamiento: SI ( ) NO ( )		
Intento suicida previo: SI ( ) NO ( ) Número de intentos previos:		
Método en el último intento:		
Métodos de intentos previos:		
Antecedentes familiares:		
Intento suicida: Ninguno ( ) Padres, hermanos ( ) Abuelos, tíos ( ) Amigos ( )		
Suicidio consumado: Ninguno ( ) Padres, hermanos ( ) Abuelos, tíos ( ) Amigos ( )		
Trastorno psiquiátrico: Ninguno ( ) Padres, hermanos ( ) Abuelos, tíos ( ) Amigos ( )		
Drogas: Ninguno ( ) Padres, hermanos ( ) Abuelos, tíos ( ) Amigos ( )		
Abuso sexual previo: SI ( ) NO ( ) Edad:	Familiar:	Otro:
Abuso físico previo: SI ( ) NO ( ) Edad:	Familiar:	Otro:
Abuso psicológico previo: SI ( ) NO ( ) Edad:	Familiar:	
Otro:		
Historia de autoagresiones: SI ( ) NO ( )	Edad de inicio:	
Historia de uso de sustancias: SI ( ) NO ( ) En caso de responder afirmativamente ¿cuáles?		
Marihuana ( ) Alcohol ( ) Tabaco ( ) Cocaína ( ) Disolventes ( ) Alucinógenos ( )		
Medicamentos controlados ( ) especificar:		
Otros:		
Soporte familiar: Muy bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) Pésimo ( )		
Nivel socioeconómico: Alto ( ) Medio alto ( ) Medio ( ) Medio bajo ( ) Bajo ( ) Más Bajo ( )		