

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"



**“CARACTERÍSTICAS DE LA IMPULSIVIDAD Y DESREGULACIÓN
EMOCIONAL Y SU CORRELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA IDEACIÓN
SUICIDA EN PACIENTES DE INTERNAMIENTO DE LA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA”**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

POR

DRA. MARÍA ELENA DEVEZE VILLARREAL

DICIEMBRE 2021

**“CARACTERÍSTICAS DE LA IMPULSIVIDAD Y DESREGULACIÓN
EMOCIONAL Y SU CORRELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE IDEACIÓN
SUICIDA EN PACIENTES DE INTERNAMIENTO DE LA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA”**

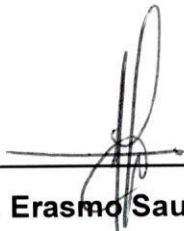
Aprobación de la tesis:



Dr. med. Carlos Augusto López Acevo
Director de tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Ulises y María Elena, quienes me han apoyado en cada paso que he decidido dar en mi vida y que me han brindado su amor incondicional siempre. A mis hermanos, con quienes siempre he podido confiar en situaciones difíciles.

Al Dr. Carlos Augusto López, mi director de tesis, quien siempre fue guía y motivación para poder realizar este proyecto de investigación.

A mis profesores del Departamento de Psiquiatría, de quienes he aprendido y me he desarrollado profesionalmente, gracias por su dedicación y paciencia.

A mis compañeros y amigos que forman parte del protocolo maestro, en especial a Xavier Quiroz y Griselda Soto, con quienes tuve la oportunidad de trabajar más estrechamente, gracias por hacer el trabajo más agradable.

A mis amigos de generación que hicieron de la residencia una experiencia muy grata y de mucho crecimiento personal.

A mi novio, Javier, quien me ha apoyado, escuchado, aconsejado y acompañado en todo este proceso, gracias por ser esa persona para mí.

TABLA DE CONTENIDO

1.	Resumen.....	Página 6
2.	Introducción.....	Página 7
3.	Antecedentes.....	Página 8
4.	Marco teórico.....	Página 12
5.	Hipótesis.....	Página 14
6.	Objetivos.....	Página 14
7.	Justificación.....	Página 15
8.	Material y métodos.....	Página 15
9.	Resultados.....	Página 19
10.	Discusión.....	Página 25
11.	Limitaciones.....	Página 28
12.	Conclusiones.....	Página 29
13.	Referencias bibliográficas.....	Página 30
14.	Anexos.....	Página 36
15.	Resumen autobiográfico.....	Página 46

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1. Características generales sociodemográficasPágina 20
2. Tabla 2. Comparación entre impulsividad y desregulación emocional
contra ideación suicidaPágina 21
3. Tabla 3. Comparación entre ideación suicida y trastorno límite de la
personalidad.....Página 22
4. Tabla 4. Comparación entre antecedente de violencia e ideación
suicida..... Página 23
5. Tabla 5. Comparación entre impulsividad y desregulación emocional
contra conducta suicida.....Página 24
6. Tabla 6. Comparación entre impulsividad y desregulación emocional
contra método de intento suicida.....Página 25

RESUMEN

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se identificaron del protocolo "Características de la impulsividad, desregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de la ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica" los resultados obtenidos de las escalas que se aplicaron a los pacientes hospitalizados en la comunidad terapéutica del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" con el objetivo principal de examinar las distintas particularidades y el impacto de la conducta impulsiva y la desregulación emocional en los pacientes internados con riesgo de suicidio.

Las escalas relevantes de donde se obtuvo la información para este estudio de tesis son:

- Instrumento de tamizaje McLean para trastorno límite de la personalidad
- SCID-II Entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II
- BIS-11 Escala de impulsividad de Barratt
- DERS-E Escala en dificultades para la regulación emocional
- Escala de ideación suicida de Beck

INTRODUCCIÓN

Una persona impulsiva es aquella que reacciona a los estímulos, tanto internos como externos, de forma repentina e imprecisa, incluso si la reacción tiene el potencial de tener consecuencias negativas para sí misma o para otros. (1,2)

La desregulación emocional fue descrita por Linehan (1993) como “una alta vulnerabilidad, así como un déficit en la habilidad para regular la emoción”, la cual se encuentra como de las más aceptada entre las terapias cognitivo-conductuales. (3,4)

Hay una distinción clara entre la inestabilidad emocional y el comportamiento impulsivo o destructivo, ya que éste último es más diverso, sin embargo, de la misma manera, ambos son representativos de la falta de estabilidad emocional.

Como forma maladaptativa en la regulación de emociones, las autolesiones no letales son las más comunes durante la adolescencia y la adultez temprana y que eleva el riesgo de conducta suicida. El constante quemado, rasguño o mordedura de una persona forma parte del proceso de autoflagelación, y no solo las heridas hechas con objetos afilados.

Un factor de riesgo importante para el suicidio es la impulsividad, que ha sido vinculada a problemas de salud mental como el trastorno bipolar, trastorno por consumo de sustancias y de personalidad.

Entender el comportamiento suicida y autodestructivo requiere una comprensión de los rasgos de impulsividad y la dificultad en regulación emocional

de una persona. El suicidio es un problema de salud pública que debe abordarse. Los pensamientos suicidas se ven influenciados por una amplia gama de factores. La prevalencia de este problema ha ido en aumento en los últimos años, a pesar de los esfuerzos por mejorar la situación.

ANTECEDENTES

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad son más propensos a la agresión y a las autolesiones debido a los rasgos de impulsividad y a la dificultad en la regulación emocional, según algunas investigaciones. (5)

Liu, et al, en Estados Unidos, en un metaanálisis (6), que incluyó 34 estudios, descubrió que la impulsividad conductual estaba nula o muy pobremente asociada a las autolesiones no letales, sin embargo, encontró una mayor relación entre la impulsividad conductual y los intentos de suicidio.

Por otro lado, los hallazgos que observaron Kim Gratz & Matthew T. Tull (7), en el 2009, indican que los pacientes con trastorno por abuso de sustancias con propensión a las autolesiones tienen una mayor tendencia a la desregulación emocional que los pacientes sin alguna adicción, incluso cuando se controlan otros factores de riesgo como el trastorno por estrés postraumático, abuso infantil o trastorno límite de la personalidad. Además, se destacan las características de la desregulación emocional en pacientes con trastorno por consumo de sustancias que conducen a las autolesiones: falta de acceso a estrategias eficaces de

regulación emocional, dificultades para alcanzar objetivos cuando están preocupados y el rechazo emocional.

En un estudio elaborado por Hadzic, A. et al, en Alemania (8), a 74 pacientes hospitalizados se les evaluó ideación suicida pasiva y activa y su asociación con el rasgo de impulsividad en el contexto de la Teoría Interpersonal del Suicidio, la cual incluye los elementos de pertenencia frustrada, carga percibida y capacidad adquirida para el suicidio. Se reportó que el comportamiento suicida y las fluctuaciones en la ideación suicida están vinculadas a la impulsividad, según la teoría del suicidio interpersonal, pero la ideación suicida en sí no. En consecuencia, parece que la impulsividad sirve como factor de riesgo distal para el suicidio y contribuye a la dinámica de la ideación suicida.

Por parte de Rigucci et al (9), en la investigación que llevaron a cabo tenía el objetivo de examinar la manera en la que las dificultades en la regulación emocional impactan en la ideación y conducta suicida. Entre los pacientes con diagnóstico de algún trastorno de personalidad obtuvieron puntuaciones más altas en el total de la puntuación para la desregulación emocional negativa ($p = 0.03$). En comparación con los que no tenían antecedentes de conductas suicidas, los pacientes suicidas crónicos tenían 6.5 veces más de probabilidad de tener un trastorno de personalidad. La puntuación en la intensidad de la ideación suicida crónica se asoció significativa y positivamente con la desregulación emocional negativa ($p < 0.001$), inestabilidad emocional ($p < 0.001$) y con emocionalidad negativa ($p < 0.001$). En el estudio los autores concluyeron en que existe un vínculo entre en desequilibrio emocional y los pensamientos suicidas. La ideación suicida está

asociada o relacionada con una desregulación negativa de las emociones. En los pacientes suicidas, todos los aspectos de la regulación emocional se ven afectados, excepto la emoción positiva.

Se evaluó la impulsividad como característica de la personalidad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, con o sin antecedentes de comportamiento suicida. Los sujetos con historia de conducta suicida previa obtuvieron puntuaciones totales mayores en la Escala de Impulsividad de Barratt, sin embargo, estos resultados no tuvieron relevancia estadística. (10)

En una muestra de pacientes internados (n = 76) en un centro de rehabilitación de adicciones (11), donde el 31% de los pacientes cumplían criterios para trastorno límite de la personalidad, utilizando la escala *UPPS Impulsive Behavior Scale*, se encontró que tres de las cuatro subcategorías de la escala de impulsividad (urgencia negativa, falta de premeditación y falta de perseverancia) estaban consistentemente relacionadas con la conducta suicida y las autolesiones no letales. Además, reportan que los individuos con altas puntuaciones en la subcategoría de urgencia negativa y en la falta de premeditación estaban en un riesgo particular de ideación y conducta suicida

Al-Dajani et al. (12), investigaron a 101 personas con altos niveles de ideación suicida y desregulación emocional, estudiaron dos creencias principales detrás de la idea del suicidio en las personas, la creencia de que una forma de escapar del dolor y la creencia de que es una forma de resolver un problema. En conclusión, se encontró que el suicidio como medio para escapar del dolor tiene una relación más fuerte con la ideación suicida que el suicidio como medio para tratar

los problemas. Sin embargo, el nivel de ideación suicida de una persona estaba relacionado con su creencia en el suicidio como solución a un problema.

Desde una perspectiva longitudinal, en un seguimiento de 6 meses en el estudio de Raudales, A., et al. (13), se observó que existe una correlación entre una alta dificultad en la regulación emocional global (pero no en todas las subescalas de la desregulación afectiva) y un aumento de los pensamientos suicidas.

Las conclusiones preliminares de un estudio de pacientes ambulatorios (14) muestran que la desregulación emocional, que incluye la confusión emocional y además, el hecho de estar soltero, tiene un mayor impacto en los pensamientos suicidas que otras emociones negativas como el miedo, ansiedad, culpa o vergüenza.

Por otro lado, a pesar de que en el estudio se reportara una asociación significativa entre la dificultad en la regulación emocional y los afectos negativos con la ideación suicida, esta correlación fue menos precisa que la asociación de la teoría de la desesperanza (desesperanza y depresión) y la teoría interpersonal del suicidio (pertenencia frustrada y sobrecarga percibida), las cuales se asociaron más fuertemente a la ideación suicida, de manera independiente. Sin embargo, no alteraba la ideación suicida al combinar estas variables. (15)

MARCO TEÓRICO

Para los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), la regulación de las emociones, la identidad, el comportamiento y la imagen de sí mismos es inestable (16,17). Los síntomas centrales de dicho trastorno pueden estar causados por alteraciones en la actividad neuronal espontánea, como se ha demostrado en los estudios de mapeo cerebral que hay un cambio en la función intrínseca del cerebro (18). El término "límitrofe" es cuando la condición patológica se encuentra entre neurosis o psicosis. Sin embargo, los modelos psicobiológicos son más adecuados para explicarlo (19, 20). El trastorno límite de la personalidad se asocia con la impulsividad, los problemas en las relaciones interpersonales, los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno bipolar), la ansiedad y los trastornos de alimentación en las personas (21-23).

Los bruscos cambios de humor y la falta de certeza sobre la identidad son comunes en quienes sufren este trastorno. Los intereses y valores de las personas se mueven rápidamente, lo que da lugar a un alto número de intentos de suicidio. Por decirlo sencillamente, tiene un mayor riesgo de suicidio, consumo de drogas y violencia en comparación con otros trastornos cognitivos-conductuales (24, 25).

El abuso de sustancias está asociado con la violencia recurrente grave; sin embargo, el comportamiento suicida y la inestabilidad afectiva no estaban relacionados con la violencia ni con el abuso de sustancias estupefacientes. (26-28).

Hoy en día, se hace hincapié en la intervención temprana en el tratamiento de las cuestiones de salud mental, especialmente en poblaciones vulnerables con factores de riesgo importantes (como abuso sexual). El enfoque de tratamiento suele ser con psicoterapias conductuales, (29) pero también se pueden utilizar medicamentos, tales como inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO y benzodiacepinas. Es recomendable que se elija el fármaco para los pacientes con TLP dependiendo en qué grupo se encuentre clasificado. Los pacientes que sufren depresión, ansiedad y/o impulsividad pueden beneficiarse de algún antidepresivo, como un ISRS. Los neurolépticos atípicos y los estabilizadores del estado de ánimo, ya sea como monoterapia o en combinación, pueden utilizarse para tratar la agresividad, automutilación o disforia crónica en estos pacientes (30).

Debido a que puede llegar a ser difícil o no se realiza de manera correcta, el diagnóstico de TLP suele ser tardío y con un pronóstico menos favorable.

Una entrevista exhaustiva y un examen médico integral realizado por un profesional de la salud con experiencia puede ser de gran ayuda para el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno. (31, 32).

HIPÓTESIS

H1: El grado de severidad del riesgo de suicidio dependerá de la categoría predominante de impulsividad y/o desregulación emocional.

Ho: El grado de severidad del riesgo de suicidio no dependerá de la categoría predominante de impulsividad y/o desregulación emocional.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Examinar las distintas características y el impacto de la conducta impulsiva y la desregulación emocional en los pacientes con riesgo de suicidio en la sala de internamiento de la comunidad terapéutica.

Objetivos secundarios

- Comparar la relación y el impacto de la impulsividad en pacientes con intentos de suicidio.
- Comparar la relación y el impacto de la desregulación afectiva en pacientes con intentos de suicidio.
- Determinar la relación entre el método del intento de suicidio y el grado de impulsividad y/o desregulación afectiva.

JUSTIFICACIÓN

Es frecuente que los pacientes sean hospitalizados debido a heridas autoinfligidas o a intentos de suicidio, los cuales suelen ser recurrentes y provocan conflictos en varios aspectos de sus vidas (familiares, laborales, financieros, etc.).

La impulsividad es una variable que se considera independiente de otros factores de riesgo (como la depresión) para el comportamiento suicida. En los adolescentes, es especialmente significativa como factor de riesgo para el comportamiento suicida.

El riesgo de suicidio, el abuso de sustancias, el malestar psicológico y la disminución de la calidad de vida de los pacientes y sus familias están relacionados con la desregulación emocional. Por lo tanto, es necesario comprender y gestionar la desregulación emocional como un problema de salud pública para mejorar el bienestar de la población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se identificaron del protocolo "Características de la impulsividad, desregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad

terapéutica” los resultados obtenidos de las escalas que se aplicaron a los pacientes hospitalizados en la comunidad terapéutica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Las escalas de relevancia para este estudio se describen a continuación:

Instrumento de tamizaje McLean para trastorno límite de la personalidad. Es una escala de cribado administrada de forma autoaplicable, la cual está conformada por 10 ítems con respuestas dicotómicas basadas en los criterios para trastorno límite de la personalidad del DSM-IV y DSM-5. Cuenta con una alta sensibilidad y especificidad (0,81 y 0,85, respectivamente) en su versión original en inglés (33). Se utilizó la versión en español, la cual se encuentra validada para su uso en la clínica e investigación. (34). Anexo 1.

Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV (SCID-II). Apoya en el diagnóstico de trastornos de personalidad tanto de manera categorial como dimensional. Para propósito de este estudio, únicamente se aplicó la entrevista del trastorno límite de la personalidad. Anexo 2.

Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11). Compuesta por 30 reactivos, escala tipo Likert con 4 opciones que van desde raramente o nunca hasta siempre o casi siempre. (35). Se divide en 3 subdominios: impulsividad *cognitiva* consta de la toma de decisiones apresuradamente, la *motora* a actuar sin pensar y la *no planeada* involucra la falta de previsión/premeditación de la situación. (2). Puede ser contestada por el paciente o aplicada por un tercero. Anexo 3.

Escala en dificultades en regulación emocional (DERS-E). La versión en español consta de 28 ítems con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta desde casi nunca a casi siempre, es autoaplicable (36). La escala está compuesta por 5 subcategorías de la desregulación emocional. *Descontrol emocional* se refiere a la incapacidad de controlar las acciones cuando se perciben emociones angustiantes; *desatención emocional* que involucra a las dificultades para prestar atención a los propios sentimientos; *interferencia cotidiana*, dificultad para concentrarse y ser productivo cuando se experimentan emociones desagradables; *rechazo emocional* que alude a reacciones de desaprobación de la emoción y la *confusión emocional* consiste en el conflicto de comprender y tener claridad sobre las emociones que se están sintiendo. (37). Anexo 4.

Escala de ideación suicida de Beck. Consiste en una serie de 20 preguntas con 3 opciones alternativas de respuesta cada una que varían en intensidad, el total de la suma de todos los reactivos nos señala la severidad de la ideación suicida, principalmente, cuando el puntaje es igual o mayor a 10, existe un riesgo mayor de un intento de suicidio. (38, 39). Anexo 5.

En el protocolo prospectivo, posterior a la evaluación de riesgo de suicidio y a la obtención de los datos sociodemográficos, se aplicó la batería de escalas a todo paciente que cumplió con los criterios de inclusión y que otorgó su consentimiento informado, se tomaron los datos y resultados de las escalas de los pacientes reclutados.

Criterios de inclusión:

- Escalas McLean, SCID-II, Escala de Impulsividad de Barratt, Escala en dificultades en regulación emocional y Escala de ideación suicida de Beck concluidas y contestadas de acuerdo con las instrucciones de éstas, obtenidas del protocolo “Características de la impulsividad, desregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica”.

Criterios de exclusión:

- Escalas incompletas o no contestadas según las instrucciones.

Cálculo de la muestra

Según la población de estudio al año en el internamiento de la comunidad terapéutica: 64 pacientes, con un intervalo de confianza del 95% y un error máximo aceptado del 5%, más un 10% de compensación nos daría un total de muestra de 39 pacientes.

Los resultados obtenidos fueron recabados en una base de datos en Excel, posteriormente fueron analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics 20. Se obtuvieron de las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y deposición) en las variables cuantitativas, así como frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Los valores de estudio fueron contrastados según las variables de interés mediante pruebas de hipótesis para medias y proporciones, según fue el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas, respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la búsqueda de asociación y correlación se realizó mediante Chi2 y Correlación de Pearson o Spearman (según distribución) respectivamente.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 43 pacientes internados en el área de comunidad terapéutica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, reclutados en el periodo de tiempo entre agosto 2019 a febrero 2020, entre sus características sociodemográficas más relevantes se observó una predominancia del sexo femenino (81.4%), mayor prevalencia de solteros (79.1%), seguido de los casados (18.6%), una edad promedio de 24.53 ± 8.25 , en cuanto a la escolaridad, tanto bachillerato como licenciatura fueron reportadas por la misma cantidad de pacientes (34.9%), entre las más sobresalientes, en su mayoría se encontraban desempleados (39.5%) al momento del internamiento y en segundo lugar con 37.2% se encontraban estudiando y en lo que respecta a la religión el 46.5% se reportaron como católicos y el 37.2% no profesaban religión alguna. Tabla 1.

Tabla 1. Características generales sociodemográficas

Variable		Frecuencia n=43	Porcentaje
Edad	media±DE	24.53±8.25	
Sexo	Masculino	8	18.6
	Femenino	35	81.4
Estado civil	Soltero	34	79.1
	Casado	8	18.6
	Divorciado	1	2.3
Escolaridad	Secundaria	2	4.7
	Bachillerato	15	34.9
	Licenciatura	15	34.9
	Posgrado	1	2.3
	No especificado	10	23.3
Ocupación	Desempleado	17	39.5
	Estudiante	16	37.2
	Empleado	8	18.6
	Negocio propio	2	4.7
Religión	Ninguna	16	37.2
	Católica	20	46.5
	Otra	7	16.3

DE, desviación estándar

En la Tabla 2, se compararon los resultados obtenidos de las distintas escalas que se usaron para medir la conducta impulsiva y la dificultad en regulación emocional contra la ideación suicida. Se puede apreciar una asociación estadísticamente significativa ($p=0.01$) entre la puntuación total de la Escala de Impulsividad de Barratt y la Escala de Ideación Suicida de Beck, siendo estadísticamente significativas la subcategoría cognitiva con un valor $p=0.005$. Las subescalas motora y no planeada no presentaron significancia estadística.

En cuanto el total de la puntuación de la Escala en Dificultades en Regulación Emocional hubo una relación estadísticamente significativa ($p=0.03$) con relación a

el riesgo de ideación suicida, conjuntamente, en las subcategorías de Claridad/Confusión y Funcionamiento/Interferencia se obtuvieron resultados con significancia estadística ($p=0.01$ y $p=0.005$, respectivamente). En el resto de las subcategorías, no fueron de relevancia estadística.

Tabla 2. Comparación entre impulsividad y desregulación emocional contra ideación suicida

Escala		Ideación Suicida (Beck)			p
		Negativo n=19 n(%)	Positivo n=24 n(%)	Total n=43 n(%)	
Total (BIS-11)	20 a 57	15(78.95)	9(37.5)	24(55.81)	0.01
	58 o más	4(21.05)	15(62.50)	19(44.19)	
Cognitiva	7 a 18	15(78.95)	8(33.33)	23(53.49)	0.005
	19 o más	4(21.05)	16(66.67)	20(46.51)	
Motora	5 a 19	13(68.42)	12(50)	25(58.14)	0.35
	20 o más	6(31.58)	12(50)	18(41.86)	
No planeada	7 a 21	14(73.68)	12(50)	26(60.47)	0.13
	22 o más	5(26.32)	12(50)	17(39.53)	
Total (DERS)	28 a 82	13(68.42)	8(33.33)	21(48.84)	0.03
	83 o más	6(31.58)	16(66.67)	22(51.16)	
Atención/Desatención	4 a 11	14(73.68)	10(41.67)	24(55.81)	0.06
	12 o más	5(26.32)	14(58.33)	19(44.19)	
Claridad/Confusión	4 a 12	15(78.95)	9(37.50)	24(55.81)	0.01
	13 o más	4(21.05)	15(62.50)	19(44.19)	
Aceptación/Rechazo	7 a 22	12(63.16)	8(33.33)	20(46.51)	0.06
	23 o más	7(36.84)	16(66.67)	23(53.49)	
Funcionamiento/Interferencia	4 a 15	16(84.21)	10(41.67)	26(60.47)	0.005
	16 o más	3(15.79)	14(58.33)	17(39.53)	
Regulación/Descontrol	9 a 27	13(68.42)	11(45.83)	24(55.81)	0.2
	28 o más	6(31.58)	13(54.17)	19(44.19)	

P, obtenido por prueba exacta de Fisher

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

BIS-11, Escala de impulsividad de Barratt

DERS, Escala de dificultades en regulación emocional

En cuanto los resultados de la comparación entre ideación suicida y trastorno límite de la personalidad, en la Escala de tamizaje de McLean se obtuvo un resultado estadísticamente significativo ($p=0.006$), por el contrario, no fue así con la Entrevista Estructurada para eje II (SCID II) con una $p=0.53$. Tabla 3.

Tabla 3. Comparación entre ideación suicida y trastorno límite de la personalidad

Escala		Ideación Suicida (Beck)			p
		Positivo n=24 n(%)	Negativo n=19 n(%)	Total n=43 n(%)	
McLean	Positivo	17(70.8)	5(26.3)	22(51.2)	0.006
	Negativo	7(29.2)	14(73.3)	21(48.8)	
SCID II	Positivo	16(66.7)	10(52.6)	26(60.5)	0.53
	Negativo	8(33.3)	9(47.4)	17(39.5)	

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

McLean, Instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad

SCID II, Entrevista estructurada para eje II de DSM-IV

En la Tabla 4, se comparó el antecedente referido por los pacientes de los distintos tipos de violencia (física, psicológica y sexual) con la presencia de ideación suicida al momento del ingreso del internamiento. Se encontró una mayor prevalencia de violencia de tipo psicológica con un reporte del 63% de los pacientes totales. Por otro lado, el reporte de violencia física y sexual fue de manera similar con 37% y 42%, respectivamente. No se hallaron asociaciones estadísticamente significativas al correlacionar los datos obtenidos del antecedente de violencia con los resultados de la Escala de ideación suicida de Beck.

Tabla 4. Comparación entre antecedente de violencia e ideación suicida

Antecedente de violencia		Ideación Suicida (Beck)			p
		Positivo n=24 n(%)	Negativo n=19 n(%)	Total n=43 n(%)	
Física	No especificado	1(4.2)	0(0)	1(2.3)	0.35
	Positivo	7(29.2)	9(47.4)	16(37.2)	
	Negativo	16(66.7)	10(52.6)	26(60.5)	
Psicológica	No especificado	1(4.2)	0(0)	1(2.3)	0.66
	Positivo	15(62.5)	12(63.2)	27(62.8)	
	Negativo	8(33.3)	7(36.8)	15(34.9)	
Sexual	No especificado	1(4.2)	0(0)	1(2.3)	0.51
	Positivo	11(45.8)	7(36.8)	18(41.9)	
	Negativo	12(50)	12(63.2)	24(55.8)	

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

Se realizó la comparación entre la impulsividad y desregulación emocional con la conducta suicida (cantidad de intentos de suicidio previos), en lo que se refiere a la característica de la impulsividad, no mostró relevancia estadística en la puntuación total de la Escala de impulsividad de Barratt ni en ninguna de las subcategorías (todas con $p > 0.05$). Por otro lado, en relación con la desregulación emocional, únicamente la subescala de aceptación/rechazo reportó ser estadísticamente significativa ($p=0.04$), el resto de las subescalas, así como la puntuación total de la misma, no alcanzaron la significancia estadística. Tabla 5.

Tabla 5. Comparación entre impulsividad y desregulación emocional contra conducta suicida

Escala		Número de intentos de suicidio			Total n=33 n(%)	p
		Uno n=11 n(%)	Dos n=9 n(%)	Tres o más n=13 n(%)		
Total (BIS-11)	20 a 57	7(63.64)	4(44.44)	6(46.15)	17(51.52)	0.61
	58 o más	4(36.36)	5(55.56)	7(53.85)	16(48.48)	
Cognitiva	7 a 18	8(72.73)	2(22.22)	5(38.46)	15(45.45)	0.06
	19 o más	3(27.27)	7(77.78)	8(61.54)	18(54.55)	
Motora	5 a 19	9(81.82)	5(55.56)	5(38.46)	19(57.58)	0.1
	20 o más	2(18.18)	4(44.44)	8(61.54)	14(42.42)	
No planeada	7 a 21	5(45.45)	4(44.44)	9(69.23)	18(54.55)	0.39
	22 o más	6(54.55)	5(55.56)	4(30.77)	15(45.45)	
Total (DERS)	28 a 82	8(72.73)	3(33.33)	4(30.77)	15(45.45)	0.08
	83 o más	3(27.27)	6(66.67)	9(69.23)	18(54.55)	
Atención/Desatención	4 a 11	6(54.55)	2(22.22)	9(69.23)	17(51.52)	0.09
	12 o más	5(45.45)	7(77.78)	4(30.77)	16(48.48)	
Claridad/Confusión	4 a 12	8(72.73)	2(22.22)	6(46.15)	16(48.48)	0.07
	13 o más	3(27.27)	7(77.78)	7(53.85)	17(51.52)	
Aceptación/Rechazo	7 a 22	8(72.73)	2(22.22)	4(30.77)	14(42.42)	0.04
	23 o más	3(27.27)	7(77.78)	9(69.23)	19(57.58)	
Funcionamiento/Interferencia	4 a 15	7(63.64)	3(33.33)	7(53.85)	17(51.52)	0.39
	16 o más	4(36.36)	6(66.67)	6(46.15)	16(48.48)	
Regulación/Descontrol	9 a 27	8(72.73)	4(44.44)	5(38.46)	17(51.52)	0.21
	28 o más	3(27.27)	5(55.56)	8(61.54)	16(48.48)	

P, obtenido por χ^2 de Pearson.

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

BIS-11, Escala de impulsividad de Barratt

DERS, Escala de dificultades en regulación emocional

En lo que respecta a la relación entre impulsividad y desregulación emocional con el método de intento de suicidio no se reportó relevancia estadística en ninguna de estas variables. Tabla 6

Tabla 6. Comparación entre impulsividad y desregulación emocional contra método de intento suicida

Escala		Método de intentos de suicidio			p
		Medicamentos n=19 n(%)	Otros n=14 n(%)	Total n=33 n(%)	
Total (BIS-11)	20 a 57	10(52.63)	7(50)	17(51.52)	>0.05
	58 o más	9(47.37)	7(50)	16(48.48)	
Cognitiva	7 a 18	11(57.89)	4(28.57)	15(45.45)	0.15
	19 o más	8(42.11)	10(71.43)	18(54.55)	
Motora	5 a 19	11(57.89)	8(57.14)	19(57.58)	>0.05
	20 o más	8(42.11)	6(42.86)	14(42.42)	
No planeada	7 a 21	11(57.89)	7(50)	18(54.55)	0.73
	22 o más	8(42.11)	7(50)	15(45.45)	
Total (DERS)	28 a 82	9(47.37)	6(42.86)	15(45.45)	>0.05
	83 o más	10(52.63)	8(57.14)	18(54.55)	
Atención/Desatención	4 a 11	10(52.63)	7(50)	17(51.52)	>0.05
	12 o más	9(47.37)	7(50)	16(48.48)	
Claridad/Confusión	4 a 12	8(42.11)	8(57.14)	16(48.48)	0.49
	13 o más	11(57.89)	6(42.86)	17(51.52)	
Aceptación/Rechazo	7 a 22	9(47.37)	5(35.71)	14(42.42)	0.72
	23 o más	10(52.63)	9(64.29)	19(57.58)	
Funcionamiento/Interferencia	4 a 15	8(42.11)	9(64.29)	17(51.52)	0.94
	16 o más	11(57.89)	5(35.71)	16(48.48)	
Regulación/Descontrol	9 a 27	10(52.63)	7(50)	17(51.52)	>0.05
	28 o más	9(47.37)	7(50)	16(48.48)	

P, obtenido por prueba exacta de Fisher

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

BIS-11, Escala de impulsividad de Barratt

DERS, Escala de dificultades en regulación emocional

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era el examinar las características y el impacto de la conducta impulsiva y la desregulación afectiva en los pacientes con riesgo de suicidio en la sala de internamiento de comunidad terapéutica y como

objetivo secundario el examinar la relación entre el método del intento de suicidio y el grado de impulsividad y/o desregulación emocional. La impulsividad ha sido asociada mayormente con la conducta suicida (10), no así en gran medida con la ideación suicida. La impulsividad fue evaluada por medio de la escala que la clasifica en tres subcategorías-cognitiva, motora y no planeada.

Nuestra hipótesis consistía en que el grado de severidad del riesgo de suicidio dependerá de la categoría predominante de impulsividad y/o desregulación emocional

Cabe destacar que la Escala de Impulsividad de Barratt y la Escala en Dificultades en Regulación Emocional no cuentan con punto de corte establecido ni con niveles de severidad, no se encontró en la literatura ningún estudio que utilizara alguna división para poder usarlo como referencia, por lo que se decidió, para una mayor facilidad en el análisis estadístico, establecer cortes de modo arbitrario basado en la mediana de las puntuaciones totales, ya que no fue posible hacer cortes en base a desviaciones estándar, ya que nuestra población en su mayoría presentan características impulsivas o con dificultades en la regulación emocional.

En este estudio se observó que los pacientes que se percibían con mayor impulsividad, principalmente en la puntuación total y en el subdominio de impulsividad cognitiva, presentaban la tendencia a una ideación suicida severa con un riesgo mayor de realizar un intento de suicidio, según lo reportado en la Escala de Ideación Suicida de Beck. Son congruentes estos resultados con lo reportado por los pacientes en la entrevista para la recolección de datos sociodemográficos e historia clínica, en los antecedentes de intentos de suicidio, la mayoría de estos

fueron realizados de manera impulsiva, tomando la decisión en el momento del intento. La información obtenida varía a la encontrada en la literatura por algunos autores que no mostraron una asociación significativa directa de la ideación suicida con el rasgo de impulsividad ni con ninguno de sus subdominios. (8). En contraparte, Lynam A., et al. (11) reportó que los individuos con altas puntuaciones de impulsividad están en riesgo particular de ideación y conducta suicida. A diferencia de Hadzic, nuestro estudio no reportó relación significativa entre la impulsividad y la historia de intentos de suicidio previos ni fue así con la dificultad en la regulación emocional. La diferencia en los resultados a lo reportado por algunos autores puede ser debido a que la mayoría de nuestra muestra presenta diagnóstico de trastorno límite de la personalidad quienes presentan criterios de rasgos impulsivos y dificultades en la regulación emocional.

En cuanto a la dificultad en la regulación emocional, los pacientes con puntuaciones totales mayores y en las subescalas de confusión emocional (claridad/confusión) y de interferencia cotidiana (funcionamiento/interferencia) tenían la propensión a reportar ideación suicida severa en ese momento. Nuestra población se encontraba hospitalizada al momento de la realización del estudio por lo que mostraban rasgos más graves, mayor dificultad en identificar emociones y mayor disfuncionalidad en algún área importante de su vida, propios del trastorno límite de la personalidad. Existen reportes en la literatura (14) donde se asoció significativamente la dificultad en la regulación emocional y, esencialmente, la falta de claridad emocional con la intensidad de ideación suicida crónica y con los intentos de suicidio previos.

En lo que respecta al reporte de antecedente de haber experimentado cierto tipo de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, no se especificó la etapa de vida en la que se haya presentado ni la cronicidad de ésta. La ideación suicida ha sido asociada con el abuso sexual durante la infancia (40), así como la presencia de violencia intrafamiliar y la relación con conducta suicida en los infantes. (41).

Se decidió agrupar los métodos de intento de suicidio en medicamentosos y otros debido a que la elección de intentar con medicamentos fue la más reportada entre los pacientes por gran diferencia, se concluyó no clasificarlos por el potencial de letalidad, ya que no se contaba con la información suficiente para esto. No resultó una asociación significativa entre el método del intento de suicidio y el factor de impulsividad o la dificultad en la regulación emocional probablemente debido a la N discreta del estudio.

LIMITACIONES

Es importante resaltar las limitaciones que presenta nuestro estudio. Primero, el número de la muestra es discreta, ya que debido al inicio de la pandemia por SARS-COV-2 se detuvo el reclutamiento de los pacientes hospitalizados para el cumplimiento de las indicaciones de las medidas sanitarias. Segundo, los resultados obtenidos de la asociación de las variables de impulsividad, dificultad en la regulación emocional y la ideación suicida están basados en información obtenida de forma transversal y descriptiva, un enfoque longitudinal sería de mayor utilidad

para la observación y relación de los rasgos de impulsividad y desregulación emocional y la transformación de ideación a conducta suicida. Tercero, la mayoría de las escalas aplicadas, a excepción del SCID-II y la entrevista sociodemográfica, fueron autoaplicadas, las cuales tienen mayor riesgo de malinterpretar las preguntas y presentar sesgo de memorias o ya sea maximizando o minimizando la gravedad de los síntomas.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones del estudio, fue posible evaluar el rol de la impulsividad y la desregulación emocional en los pacientes con riesgo de suicidio en la sala de internamiento de la comunidad terapéutica.

Evaluamos la ideación suicida en comparación con otros estudios que evalúan la conducta suicida y su asociación con los rasgos de impulsividad y la dificultad en la regulación emocional. No toda ideación suicida es igual entre una persona y otra, existe una gran diversidad de factores que influyen sobre la forma, intensidad, funcionalidad, cronicidad, entre otras particularidades de ésta.

Al identificar y tener mayor claridad sobre las características o especificaciones de los rasgos impulsivos o la desregulación emocional de nuestros pacientes y la importancia de la relación con el riesgo de ideación suicida, se podrá abordar y dirigir las intervenciones terapéuticas con mayor precisión para la disminución del riesgo a conversión a conducta suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
2. Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, 47(5), 385-395.
3. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
4. Somma, A., Sharp, C., Borroni, S., & Fossati, A. (2017). Borderline personality disorder features, emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: Preliminary findings in a sample of community-dwelling Italian adolescents. *Personality and mental health*, 11(1), 23-32.
5. Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. *Psychiatry research*, 249, 321-326.
6. Liu, R. T., Trout, Z. M., Hernandez, E. M., Cheek, S. M., & Gerlus, N. (2017). A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: meta-analysis and recommendations for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 440-450.
7. Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive therapy and research*, 34(6), 544-553.
8. Hadzic, A., Spangenberg, L., Hallensleben, N., Forkmann, T., Rath, D., Strauß, M., Kersting, A., & Glaesmer, H. (2020). The Association of trait impulsivity and suicidal ideation and its fluctuation in the context of the

- Interpersonal theory of suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 98, 152158. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152158>.
9. Rigucci, S., Sarubbi, S., Erbuto, D., Rogante, E., Hantouche, E. G., Innamorati, M. & Pompili, M. (2021). Negative emotion dysregulation is linked to the intensity of suicidal ideation in a mixed inpatient sample. *Journal of Affective Disorders*, 281, 605–608. doi:10.1016/j.jad.2020.11.108.
 10. Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2005). Increased Impulsivity Associated With Severity of Suicide Attempt History in Patients With Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680–1687. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1680.
 11. Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 151–160. doi:10.1037/a0019978.
 12. Al-Dajani, N., Uliaszek, A. A., & Hamdullahpur, K. (2019). It's the thought that counts: belief in suicide as an escape moderates the relationship between emotion dysregulation and suicidal ideation cross-sectionally and longitudinally. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1). doi.org/10.1186/s40479-019-0112-5.
 13. Raudales, A. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2019). Emotion Dysregulation as a Prospective Predictor of Suicidal Ideation in an At-Risk Mixed Clinical Sample. *Archives of Suicide Research*, 1–24. doi:10.1080/13811118.2019.1598526.
 14. Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2017). Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 52–74.
 15. Schafer, K. M., Kennedy, G., & Joiner, T. (2020). Hopelessness, Interpersonal, and Emotion Dysregulation Perspectives on Suicidal

- Ideation: Tests in a Clinical Sample. *Archives of Suicide Research*, 1–14. doi:10.1080/13811118.2020.1859031.
16. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
 17. Zimmerman, M. (2015). Borderline personality disorder: a disorder in search of advocacy. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(1), 8-12.
 18. Visintin, E., De Panfilis, C., Amore, M., Balestrieri, M., Wolf, R. C., & Sambataro, F. (2016). Mapping the brain correlates of borderline personality disorder: A functional neuroimaging meta-analysis of resting state studies. *Journal of affective disorders*, 204, 262-269.
 19. Chávez-León, E., Ng, B., & Ontiveros-Urbe, M. P. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud mental*, 29(5), 16-24.
 20. D'agostino, A., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2018). Models of borderline personality disorder: recent advances and new perspectives. *Current opinion in psychiatry*, 31(1), 57-62.
 21. Torres, G., & Tamara, E. (2007). Trastorno límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(3), 311-320.
 22. Frías, Á., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2016). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal of Affective Disorders*, 202, 210-219.
 23. Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., & Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 195, 105-118.
 24. Lee, H. J., Bagge, C. L., Schumacher, J. A., & Coffey, S. F. (2010). Does comorbid substance use disorder exacerbate borderline personality features? A comparison of borderline personality disorder individuals with

- vs. without current substance dependence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(4), 239.
25. Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.
 26. González, R. A., Igoumenou, A., Kallis, C., & Coid, J. W. (2016). Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment. *BMC psychiatry*, 16(1), 180.
 27. Wetterborg, D., Långström, N., Andersson, G., & Enebrink, P. (2015). Borderline personality disorder: prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive psychiatry*, 62, 63-70.
 28. Carpenter, R. W., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2016). Comorbidity of borderline personality disorder and lifetime substance use disorders in a nationally representative sample. *Journal of personality disorders*, 30(3), 336-350.
 29. Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
 30. García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
 31. Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 48-57.
 32. Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s24-s29.

33. Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of personality disorders*, 17(6), 568-573.
34. Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., & Pascual, J. C. (2016). Validation of the Spanish version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 9(4), 195-202.
35. Salvo, L., & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254.
36. Tejeda, M. M., Robles García, R., González-Forteza, C., & Palos, P. A. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35(6), 521-526.
37. Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa M, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19–29. doi:10.4067/s0718-48082014000100002.
38. González Macip, S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González Forteza, C., & De Jesús González Núñez, J. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*.
39. Córdova-Osnaya, M., & Rosales-Pérez, J. C. (2012). Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Alternativas en Psicología*.

40. Vincent V, Fischer W, Pahud AL, Pascual T & Ladame F. (1997). Multiple suicide attempts in adolescence, sexual abuse during childhood and borderline personality disorder. *Eur Psychiatry*; 12: 189.
41. Páramo CD & Chávez-Hernández AM. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*; 30: 59-67.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad

Marcar la respuesta en sí o no

1. ¿Has tenido problemas por muchas discusiones o rompimientos en tus relaciones más cercanas en repetidas ocasiones?

Sí No

2. ¿Alguna vez te has lastimado físicamente a propósito? (Por ejemplo: Golpearte tú misma(o) contra algo, cortarte a ti misma(o), quemarte a ti misma(o)) ¿O has intentado matarte?

Sí No

3. ¿Has tenido por lo menos dos problemas por actuar de manera impulsiva? (Por ejemplo: Gastos en exceso, tomar demasiado alcohol, atracones de comida, explotar verbalmente contra alguien)

Sí No

4. ¿Te has sentido con cambios de humor excesivos? Sí No

5. ¿Frecuentemente te has sentido muy enojada(o) por mucho tiempo? ¿O frecuentemente reaccionas con enojo o sarcasmo?

Sí No

6. ¿Eres frecuentemente desconfiada(o) con la gente? Sí No

7. ¿Frecuentemente te has sentido como si no fueras real o como si las cosas alrededor tuyo no fueran reales?

Sí No

8. ¿Te has sentido vacía(o) crónicamente? Sí No

9. ¿Frecuentemente sientes que no tienes idea de quién eres o como si no tuvieras una identidad propia?

Sí No

10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte o para evitar ser abandonada(o)? (Por ejemplo: Llamar o contactar repetidamente a alguien para asegurarte que aún le importas, rogar o suplicar que no te deje, o sujetar físicamente a esa persona para que no se vaya).

Sí No

Anexo 2. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV (SCID-II).

SCID - II

Trastorno Límite de la Personalidad

? = Inadecuado 1 = Ausente o falso 2 = Subumbral 3 = Umbral o verdadero

Trastorno Límite de la Personalidad	Criterios para el Trastorno Límite de la Personalidad	
	Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:	
90 ¿Se ha puesto frenético cuando alguien que le importaba lo iba a dejar?	(1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).	? 1 2 3 112

- ¿Que fue lo que hizo? 3 = Varios ejemplos.
(¿Lo amenazó o le suplicó?)
- 91 ¿Las relaciones con la gente que le importa tienen muchos altibajos? (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternativa entre los extremos de idealización y devaluación. ? 1 2 3 113
- Platíqueme de ello 3 = Ya sea una relación prolongada o varias relaciones breves en donde el patrón ocurre al menos dos veces.
- (¿Hubo momentos en los que pensó que ellos eran todo lo que usted deseaba y otros momentos en los que pensó que eran terribles?
¿Cuántas de sus relaciones han sido así?)
- 92 ¿De forma repentina ha perdido el sentido de quien es y hacia donde se dirige? (3) Alteración de la identidad; autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. ? 1 2 3 114
- Deme algunos ejemplos de esto (Nota: No se incluyen la incertidumbre normal del adolescente).
- 93 ¿El sentido de quien es cambia de forma dramática? 3 = Acepta la característica.
- Platíqueme de ello
- 94 ¿Se comporta diferente con distintas personas o diferentes situaciones por lo que en ocasiones ya no sabe quien es en realidad? Deme algunos ejemplos de esto (¿Se siente de esta forma muy seguido?)
- 95 ¿Han habido cambios repentinos en sus metas, planes de carrera, creencias religiosas, etc.?
Platíqueme de ello
- 96 ¿Con frecuencia hace cosas impulsivamente? (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, ? 1 2 3 115

conducción temeraria, atracones de comida). (Nota: No incluir los comportamientos suicidas o automutilación que se recogen en el criterio 5).

¿Qué clase de cosas?

(¿Qué acerca de...

...comprar cosas que no puede pagar?

...tener relaciones sexuales con personas que no conoce muy bien o "sexo no seguro"?

...beber demasiado o consumir drogas?

...manejar sin precaución?

...comer sin control alguno?)

SI A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES:

Platíqueme de ello. ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Qué clase de problemas le ha causado?

97 ¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse o ha amenazado con hacerlo? (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación. ? 1 2 3 116

98 ¿alguna vez se ha cortado, quemado o lastimado a propósito? 3 = Dos o más eventos (cuando no ocurren en el curso de un episodio depresivo mayor)

Platíqueme de ello.

99 ¿Tiene muchos cambios repentinos de humor? (6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). ? 1 2 3 117

Platíqueme de ello

(¿Cuánto dura su "mal" humor? ¿Con que frecuencia se dan estos cambios? ¿Que tan repentinamente cambian?) 3 = Acepta la característica.

100	¿Con frecuencia se siente vacío por dentro? Platíqueme de ello.	(7) Sentimientos crónicos de vacío. 3 = Acepta la característica.	? 1 2 3	118
101	¿Con frecuencia tiene estallidos o se enoja a tal grado de perder el control? Platíqueme de ello	(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 3 = Acepta la característica y al menos da un ejemplo.	? 1 2 3	119
102	¿Con frecuencia golpea a la gente o arroja cosas cuando está enojado? Platíqueme de ello (¿Ocurre con frecuencia?)			
103	¿Aún las cosas pequeñas le enojan demasiado? ¿Cuándo ocurre esto? (¿Ocurre con frecuencia?)			
104	¿Cuando está bajo mucho estrés, sospecha de otras personas o se siente sin espacio alguno? Platíqueme de ello.	(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves 3 = Varios ejemplos que no ocurren exclusivamente durante un trastorno psicótico o afectivo con rasgos psicóticos	? 1 2 3	120
		AL MENOS CINCO REACTIVOS CODIFICADOS "3"	1 3	121

↓

**Trastorno Límite
de la Personalidad**

Anexo 3. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

Raramente o nunca (0)

Ocasionalmente (1)

A menudo (3)

Siempre o casi siempre (4)

1. Planifico mis tareas con cuidado _ _ _ _ _
2. Hago las cosas sin pensarlas _ _ _ _ _
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho
(no me perturbo con facilidad) _ _ _ _ _
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad
(tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente) _ _ _ _ _
5. Planifico mis viajes con antelación _ _ _ _ _
6. Soy una persona con autocontrol _ _ _ _ _
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme) _ _ _ _ _
8. Ahorro con regularidad _ _ _ _ _
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo _ _ _ _ _
10. Pienso las cosas cuidadosamente _ _ _ _ _
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar
que tendré dinero para pagar por mis gastos) _ _ _ _ _
12. Digo las cosas sin pensarlas _ _ _ _ _
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados
(me gusta pensar sobre problemas complejos) _ _ _ _ _
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo
trabajo por largos períodos de tiempo) _ _ _ _ _
15. Actúo impulsivamente _ _ _ _ _
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente
(me aburre pensar en algo por demasiado tiempo) _ _ _ _ _
17. Visito al médico y al dentista con regularidad _ _ _ _ _
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren _ _ _ _ _
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente
en una sola cosa por mucho tiempo) _ _ _ _ _
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia
o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo) _ _ _ _ _
21. Compró cosas impulsivamente _ _ _ _ _
22. Yo termino lo que empiezo _ _ _ _ _
23. Camino y me muevo con rapidez _ _ _ _ _
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas
tratando una posible solución y viendo si funciona) _ _ _ _ _

25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano
(gasto más de lo que gano) _ _ _ _ _
26. Hablo rápido _ _ _ _ _
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando
(a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso) _ _ _ _ _
28. Me interesa más el presente que el futuro _ _ _ _ _
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo
que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo) _ _ _ _ _
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente) _ _ _ _ _

Anexo 4. Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)

ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una "X" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

	1	2	3	4	5
	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Percibo con claridad mis sentimientos.				1	2 3 4 5
2. Presto atención a cómo me siento.				1	2 3 4 5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.				1	2 3 4 5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.				1	2 3 4 5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.				1	2 3 4 5
6. Estoy atento a mis sentimientos.				1	2 3 4 5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.				1	2 3 4 5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.				1	2 3 4 5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.				1	2 3 4 5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.		1	2	3	4 5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.		1	2	3	4 5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.		1	2	3	4 5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.		1	2	3	4 5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.		1	2	3	4 5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.		1	2	3	4 5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.		1	2	3	4 5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.		1	2	3	4 5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.		1	2	3	4 5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.		1	2	3	4 5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.		1	2	3	4 5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.		1	2	3	4 5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.		1	2	3	4 5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.		1	2	3	4 5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.		1	2	3	4 5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.		1	2	3	4 5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.		1	2	3	4 5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.		1	2	3	4 5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.		1	2	3	4 5

Anexo 5. Escala de ideación suicida de Beck

APÉNDICE 3 Escala de Ideación suicida de Beck: EBIS

EBIS

Fecha..... Carrera..... Edad.....

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:
 0. Moderado a fuerte
 1. Mediano o poco (débil).
 2. No tengo deseo (Inexistente).
2. Su deseo de morir es:
 0. No tengo deseos de morir.
 1. Pocos deseos de morir
 2. Moderado a fuerte.
3. Sus razones para Vivir/Morir son:
 0. Vivir supera a morir.
 1. Equilibrado (es igual).
 2. Morir supera vivir.
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
 0. Ninguno (inexistente).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" -Deje de contestar el cuestionario -

II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:
 0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
 1. Temporadas o períodos largos.
 2. Duran un tiempo largo o continuo.
7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:
 0. Rara vez; ocasionalmente (baja)
 1. Frecuentemente pienso/deseo
 2. Casi todo el tiempo pienso/deseo
8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:
 0. Rechazo los pensamientos/deseos
 1. Ambivalente; indiferente.
 2. Aceptación de pensamientos/deseos
9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:
 0. Tiene capacidad de control
 1. Inseguridad de capacidad de control
 2. No tiene capacidad de control
10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):
 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
 2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.
11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:
 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
 1. Combinación de 0 — 2.
 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa.....

III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan
 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 2. Método y oportunidad disponible.
 - 2ª Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento:
0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
 2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
- 0 No
 1. Sin seguridad, sin claridad.
 2. Si.

IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación
 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 2. Completa (preparativos terminados)
17. La Nota Suicida:
0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
 2. Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos):
0. No
 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
 2. Planes realizados y arreglos finales
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
0. Revela las ideas abiertamente.
 1. Evita o revela las ideas con reserva.
 2. Encubre, oculta o engaña y miente.
20. Intento de suicidio anteriores
0. No ha intentado
 1. Uno
 2. Más de uno

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Originaria de Monclova, Coahuila. Con educación básica en el Colegio Labastida en San Pedro Garza García, NL. Educación media superior realizada en la preparatoria de la Universidad de Monterrey campus San Pedro. Egresada de educación superior de la licenciatura de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Servicio social de la carrera realizado en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Continuó estudios de posgrado en el mismo Hospital Universitario de la Especialidad en Psiquiatría.