



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTORA

Paucar Ancori, Liz Paola

(ORCID: 0009-0007-7439-9738)

ASESORA

Acevedo Marino, Krystel Giselle

(ORCID:0000-0003-3491-978X)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autora

Paucar Ancori, Liz Paola

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 42449332

Datos de asesora

Acevedo Marino, Krystel Giselle

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 46113414

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moises

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo PAUCAR ANCORI, LIZ PAOLA; con código de estudiante N° 202113081, con DNI N° 42449332, con domicilio en CALLE JORGE MUELLE 433 DPTO 404, distrito SAN BORJA, provincia y departamento de LIMA, en mi condición de Médica Cirujana de la Escuela de Residencia Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: "Ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento de la docente Acevedo Marino, Krystel Giselle; y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 19% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 16 de setiembre de 2024



Firma

Paucar Ancori, Liz Paola

DNI: 42449332

Ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	oldri.ues.edu.sv Fuente de Internet	5%
2	eprints.ucm.es Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	2%
4	journal.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	wwwfs.mineduc.cl Fuente de Internet	1%
6	www.encuentrosenpsiquiatria.com Fuente de Internet	1%
7	www.medwave.cl Fuente de Internet	1%
8	dialnet.unirioja.es Fuente de Internet	1%

9	academiaeurofarma.com Fuente de Internet	1 %
10	ichgcp.net Fuente de Internet	1 %
11	cssrs.columbia.edu Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
14	roderic.uv.es Fuente de Internet	<1 %
15	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

RESUMEN

Introducción: El trastorno límite de personalidad es una patología mental grave, ya que los afectados, por lo general, presentan alto riesgo de autolesionarse y poner en riesgo su vida. Por ello, se cree que pueda haber un vínculo estrecho con la ideación y comportamiento suicida, motivo por el cual, se plantea este estudio de investigación.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, cuantitativo y de estadística descriptiva. La población estará conformada por 70 pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, enero a junio 2024, y por su accesibilidad dicha cantidad será considerado como el tamaño muestral. Las variables a analizar serán, la ideación suicida y el comportamiento suicida, ambas serán evaluadas con el cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), con diferentes apartados e indicadores. Este instrumento se encuentra respaldado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). EL análisis estadístico será realizado con el programa SPSS v.25, y serán calculadas las medidas de tendencia central y de dispersión y el promedio y la desviación estándar para variables cuantitativas y las frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

Palabras clave: Ideación suicida; Trastorno de personalidad limítrofe; Adulto (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Borderline personality disorder is a serious mental pathology, since those affected generally have a high risk of self-harm and putting their lives at risk. Therefore, it is believed that there may be a close link with suicidal ideation and behavior, which is why this research study is proposed.

Objective: To evaluate the frequency of suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder treated at the Daniel Alcides Carrión National Hospital, 2024.

Methods: This is a retrospective, observational, descriptive, quantitative and descriptive statistics study. The population will consist of 70 patients with borderline personality disorder treated at the Daniel Alcides Carrión National Hospital, January to June 2024, and due to its accessibility, this number will be considered as the sample size. The variables to be analyzed will be suicidal ideation and suicidal behavior, both will be evaluated with the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) questionnaire, with different sections and indicators. This instrument is supported by the United States Food and Drug Administration (FDA). Statistical analysis will be performed using SPSS v.25, and measures of central tendency and dispersion will be calculated, as well as the average and standard deviation for quantitative variables and absolute and relative frequencies for qualitative variables.

Keywords: Suicidal ideation; Borderline personality disorder; Adult (MeSH)

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática:.....	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación.....	3
1.5 Delimitación.....	4
1.6 Viabilidad.....	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Antecedentes de la investigación	5
2.2 Bases teóricas.....	9
2.3 Definiciones conceptuales.....	15
2.4 Hipótesis	15
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	16
3.1 Tipo de estudio.....	16
3.2 Diseño de investigación	16
3.3 Población y muestra.....	16
3.3.1 Población	16
3.3.2 Tamaño de la muestra	17
3.3.3 Selección de la muestra	17
3.4 Operacionalización de variables	18
3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	20
3.6 Técnicas para el procesamiento de la información	21

3.7 Aspectos éticos	21
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	23
4.1 Recursos	23
4.2 Cronograma	23
4.3 Presupuesto	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	30
1. Matriz de consistencia.....	30
2. Instrumentos de recolección de datos.....	31
3. Solicitud de permiso institucional	37
4. Consentimiento informado	38
5. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, ideal <10%)	40

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática:

El trastorno límite de personalidad (TLP) actualmente se considera una patología mental sumamente grave, ya que supone un nivel alto de sufrimiento, disfuncionalidad e incapacidad que repercute sin duda alguna en los diferentes aspectos de la vida diaria, así como en el entorno más cercano del paciente que lo padece.¹

Los datos epidemiológicos actuales revelan que la prevalencia mundial de TLP fluctúa entre el 0.5% y 5.9% en la población adulta.² En México, se ha informado que hasta el 2018, por lo menos el 1.5% de sus ciudadanos presentaba este diagnóstico.³ Mientras que, en nuestro país, no se han llevado a cabo estudios actuales que expongan la situación del TLP, hasta el 2015, se creía que el 5% de los peruanos podría padecer de este trastorno.⁴

Si bien es cierto, está bien establecido que el TLP se asocia con una amplia diversidad de afecciones mentales;⁵ los especialistas han expresado su profunda preocupación en torno a este tema, debido a que los pacientes con TLP han demostrado presentar un alto riesgo de autolesionarse y poner constantemente su vida en peligro.⁶ Es decir, se cree que las personas con trastorno límite de la personalidad, tendrían un vínculo estrecho entre la ideación y comportamiento suicida.⁷

La ideación suicida corresponde a la presencia de pensamientos relacionados con el deseo de morir, se tenga planificación o no para llevar a cabo este evento.⁸ Mientras que el comportamiento suicida según la Organización Panamericana de la Salud,⁹ abarca ciertas conductas tales como; antecedentes de intentos de suicidio, exposición a riesgos innecesarios, descuido de la apariencia personal, abandono de los estudios, trabajo y actividades sociales, hablar constantemente de la muerte, escribir cartas de despedida, despojarse de elementos importantes para el paciente y tener una alimentación y sueño inadecuado. Esto originado probablemente porque las personas con trastorno límite de la personalidad tienen un desequilibrio emocional que les impide modular sus propias emociones y los vuelve más vulnerables. Se dice también que las

personas con TLP tienen un peor estado de inteligencia emocional, autoconciencia, control emocional, motivación y empatía.¹⁰

Investigaciones internacionales concuerdan con lo mencionado anteriormente, la primera, en Francia demostró que el 50% de pacientes que tuvieron TLP también tuvieron comportamientos suicidas, mientras que las características de los pacientes con TLP respecto de la conducta suicida fueron las siguientes; el promedio de intentos suicidas a lo largo de su vida fue 7.20 veces, 28% de los pacientes había intentado suicidarse entre 1 a 5 veces y 18% más de 5 veces.¹¹ Por su parte Soderholm et al., en Finlandia pusieron en evidencia que los pacientes con TLP, en el 60% de los casos a lo largo de su vida, tuvo algún intento de suicidio, el 80% tuvo comportamiento suicida, el 64% tuvo autolesiones no suicidas y el 100% tuvo ideaciones suicidas.¹²

En el contexto nacional, una investigación en Trujillo, demostró que del total de pacientes con diagnóstico de TLP el 67% presentó conducta suicida, mientras que el 33% no presentó conducta suicida. Dentro de las características más resaltantes de los pacientes con TLP que presentaron conducta suicida, el 92% sufrió abuso sexual y el 96% negligencia emocional.¹³ En el ámbito local no se hallaron pesquisas que hayan abordado una problemática similar.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión atiende a un promedio de 40 pacientes con diagnóstico establecido de trastorno límite de la personalidad y cada mes se diagnostican 10 casos nuevos. Dicho escenario resalta la importancia de desarrollar esta investigación, pues evaluar la ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad permitirá que los especialistas puedan conocer la situación en la que se encuentran los pacientes y en base a ello tomar previsiones de las posibles conductas nocivas, con la finalidad de reducir la alta incidencia de suicidios en personas con TLP.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?

1.3 Objetivos

General

Evaluar la frecuencia de ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Específicos

1. Determinar la frecuencia de ideación suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.
2. Determinar la frecuencia de comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.
3. Identificar la presencia y número de intentos suicidas en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.
4. Describir la presencia de autolesiones con finalidad suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.
5. Establecer la modalidad de tentativas de autolisis en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

1.4 Justificación

Debido a las características y complejidad del trastorno límite de personalidad, es que resulta relevante evaluar la ideación y el comportamiento suicida en este tipo de pacientes, en base a la recopilación de información relevante e investigaciones actuales que permitan la contrastación de resultados y absolución de las controversias propias del tema de investigación. Además, la estructuración pertinente de la metodología, así como el uso de un instrumento con validez y confiabilidad aceptables, permitirán que los investigadores puedan utilizar esta investigación como un referente para la creación de más estudios sobre todo en el contexto nacional y local.

Desde una perspectiva práctica evaluar la ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, contribuirá con información estadística sustancial que expondrá la problemática propia de la institución de salud en cuestión y estará disponible para los especialistas, así como para los profesionales de la salud interesados en el tema. Esto permitirá que se tomen medidas preventivas y se ejecuten planes de acción con la finalidad de reducir las altas tasas de suicidio en los pacientes con TLP, así como las repercusiones que se generan tanto en el paciente como en sus familiares.

1.5 Delimitación

Delimitación temática

Este estudio evaluará la ideación y el comportamiento suicida.

Delimitación espacial

El ámbito a evaluar corresponderá al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, ubicado en Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista-Callao.

Delimitación poblacional

Serán evaluados pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en emergencia.

Delimitación temporal

La información corresponderá entre los meses de enero a junio del 2024.

1.6 Viabilidad

La realización del estudio es viable, ya que se anticipa obtener la aprobación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión para iniciar la recopilación de datos. Además, la investigadora dispone de los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para llevar a cabo la investigación.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Soderholm et al. en el 2020, realizaron una pesquisa con el objetivo de investigar los factores de riesgo y comparar la prevalencia de la ideación y el comportamiento suicida del trastorno límite de la personalidad (TLP) como indicador de riesgo. Fue un estudio observacional en el que incluyeron 124 participantes. Como principales resultados se encontró que hubo diferencias muy significativas entre las prevalencias de intentos de suicidio a lo largo de la vida con el 60% de la subcohorte de TLP. Asimismo, la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida en pacientes con trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad comórbidos superó el 90%, donde la gravedad de las características del TLP se asoció de forma independiente con el riesgo de intentos de suicidio, también se asoció de manera dependiente de la dosis con la gravedad reciente de la ideación en pacientes con TLP y sin TLP ($p < 0,001$ y $p = 0,012$, respectivamente). En el análisis, la desesperanza fue el factor de riesgo independiente más consistente para la ideación suicida grave en ambos períodos de tiempo ($p < 0,001$), mientras que la edad ($p = 0,040$) y las características más graves del TLP ($p = 0,004$) se asociaron de manera más consistente con los intentos de suicidio.¹²

Rizk et al. en el 2019, mostraron en su estudio que tuvo como objetivo analizar la variabilidad en la ideación suicida (IS) asociada con la inestabilidad afectiva en los intentos de suicidio con trastorno límite de la personalidad (TLP). Fue un estudio analítico en el que incluyeron 38 participantes. Como principales resultados se encontró que los participantes demostraron puntuaciones altas de la escala ALS y un amplio rango de variabilidad SI ($b = 0,054$, $t = 2,836$, $p = 0,007$) y gravedad del SI ($b = 0,065$, $t = 2,103$, $p = 0,043$). Las puntuaciones de ALS predijeron la variabilidad del SI, incluso después de controlar la gravedad de la depresión, aunque la escala de ELA permaneció asociada de forma independiente con la variabilidad del SI ($b = 0,046$, $t = 2,088$, $p = 0,044$) pero no con la gravedad del SI ($b = 0,014$, $t = 0,445$, $p = 0,659$).¹⁴

Soloff y Chiappetta en el 2019, propusieron en su estudio el objetivo de evaluar los posibles predictores de intentos de suicidio en sujetos con trastorno límite de la personalidad (TLP) después de 10 o más años de seguimiento. Fue un estudio en el que incluyeron 118 participantes. Como principales resultados se encontró que el 46,6% de los sujetos intentaron suicidarse, los síntomas centrales del TLP, el abuso de sustancias y los trastornos por consumo de alcohol disminuyeron significativamente; sin embargo, el trastorno depresivo mayor (TDM) se mantuvo constante en un 50%. El 44% de los sujetos tuvieron malos resultados psicosociales, vocacionales y económicos; además, el mayor riesgo estuvo asociado con el intervalo de hospitalización antes de cualquier intento en la gravedad de la enfermedad, así como con un funcionamiento social, vocacional y psicosocial deficiente al inicio del estudio.¹⁵

Rodante et al. en el 2019, en su estudio evaluaron la incidencia de resultados suicidas y factores de riesgo para la recurrencia a corto y largo plazo de la conducta suicida (SB) entre pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) de alto riesgo. Fue un estudio de cohorte prospectivo en el que incluyeron 136 participantes. Como principales resultados se encontró que la incidencia de un nuevo intento de suicidio fue de 25,63 eventos/100 personas-año y un paciente falleció por suicidio, donde se muestra que el abuso sexual infantil (ASI) fue el único predictor significativo durante todo el período de seguimiento. Además, la ausencia de tratamiento psiquiátrico previo predice la recurrencia de SB en los primeros 6 meses de seguimiento, donde la edad del paciente, el funcionamiento psicosocial deficiente antes de la hospitalización, la edad del primer intento de suicidio y los múltiples intentos de suicidio aumentaron el riesgo de recurrencia del SB a largo plazo (24 meses).¹⁶

Alberdi-Páramo et al. en el 2021, realizaron una pesquisa con el objetivo de analizar la relación entre la conducta suicida (CS) y las autolesiones sin finalidad suicida (ASFS) en el trastorno límite de personalidad (TLP). Fue un estudio retrospectivo en el que incluyeron 134 participantes. Como principales resultados se encontró que el 77,6% refieren antecedentes de al menos una ideación suicida (IS), mientras que el

22,4% no lo reportaron. La media del número de IS es de 2,69, y para las ASFS, el 64,2% las presentaban, mientras que el 35,8% no. Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables y las ASFS también se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de IS según el análisis multivariante ($p < 0,05$).¹⁷

Yang et al. en el 2020, mostraron en su estudio que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia y las correlaciones del intento de suicidio (SA) en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). Fue un estudio retrospectivo en el que incluyeron 84 participantes. Como principales resultados se encontró que el 61,9% de los pacientes informaron haber presentado AS durante su vida. Entre las variables asociadas con SA en pacientes con TLP se incluyeron al sexo femenino, desempleo, tiempos de hospitalizaciones, trastorno depresivo mayor (TDM), impulsividad motora, hostilidad, autoagresión, puntuación total de agresión, síntomas depresivos, negligencia emocional y puntuación total de abuso. Al análisis multivariante identificó tres correlatos de SA los cuales fueron el TDM (OR= 26,773), hostilidad (OR= 1,073) y autoagresión (OR= 1,056).¹⁸

Ducasse et al. en el 2019, propusieron en su estudio el objetivo de comparar los rasgos clínicos de vulnerabilidad suicida entre pacientes hospitalizados con trastorno de conducta suicida (SBD) con y sin trastorno límite de la personalidad (TLP). Fue un estudio retrospectivo en el que incluyeron 92 participantes. Como principales resultados se encontró que el 50% de los pacientes con SBD también tenían TLP, y los pacientes con TLP tenían nueve veces más probabilidades de repetir el suicidio en comparación con los que no lo padecían (ORa = 9,69; $p = 0,01$), también tenían más probabilidades de mostrar rasgos de vulnerabilidad clínica y psicológica al comportamiento suicida, incluso después de considerar posibles factores de confusión. La desregulación emocional (ORa = 8,00), la tendencia a la vergüenza (ORa = 6,87), la impulsividad (ORa = 6,87), el patrón de apego preocupado (ORa = 6,07) y el trauma infantil (ORa = 4,97) fueron altos en ambos grupos, pero aumentaron significativamente en aquellos con un estado de TLP.¹¹

Khosravi y Hassani en el 2022, en su estudio examinaron la relación de la inteligencia emocional (IE) con las conductas suicidas y sus mediadores entre pacientes con TLP. Fue un estudio transversal en el que incluyeron 220 participantes. Como principales resultados se encontró niveles más altos de IE, depresión y autoestima en el grupo con TLP en comparación con los controles sanos ($p < 0,001$). Además, las conductas suicidas tenían una correlación positiva y significativa con la depresión ($r = 0,76$, $p < 0,001$), el potencial de adicción ($r = 0,78$, $p < 0,001$), los síntomas graves de TLP ($r = 0,64$, $p < 0,001$), y la IE ($p = 0,009$), autoestima ($p = 0,010$), depresión ($p = 0,002$), potencial de adicción ($p = 0,009$), y la gravedad de los síntomas del TLP ($p = 0,007$) podría explicar el 78% de la varianza de las conductas suicidas entre los pacientes con TLP ($p < 0,001$).¹⁰

Yen et al. en el 2021, realizaron una pesquisa con el objetivo de examinar los factores asociados con los criterios del trastorno límite de la personalidad con intentos de suicidio durante 10 años de seguimiento. Fue un estudio prospectivo en el que incluyeron 701 participantes. Como principales resultados se encontró que el TLP surgió como el factor más sólido asociado con los intentos de suicidio (OR, 4,18), a pesar de controlar los factores demográficos significativos y clínicos. Además, los criterios de TLP como la alteración de la identidad (OR, 2,21), los sentimientos crónicos de vacío (OR, 1,63) y los esfuerzos frenéticos para evitar el abandono (OR, 1,93) surgieron como factores independientes significativos asociados con intentos de suicidio durante el seguimiento.¹⁹

Antecedentes nacionales

Vigo en el 2019, realizó una investigación con el objetivo de establecer la asociación entre el abuso infantil y el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite (TLP). Fue un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, correlacional en el que incluyeron 39 participantes. Como principales resultados se encontró que la frecuencia de conductas suicidas fue de 67% del total de pacientes con TLP; en el análisis de las variables de estudio se mostró que el antecedente de abuso sexual infantil (OR: 10,29; $p=0,005$) y negligencia emocional (OR: 15,63;

p=0,005) tuvieron una mayor asociación significativa ($p < 0,05$). Mientras que los antecedentes de abuso físico durante la infancia (OR: 7,5; $p = 0,062$), abuso emocional ($p = 0,105$) y la negligencia física ($p = 0,105$) no mostró asociación con el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con TLP.¹³

2.2 Bases teóricas

Trastorno límite de personalidad (TLP)

El trastorno límite de la personalidad es una afección mental que tiene un impacto significativo en la capacidad de una persona para regular sus emociones, esta falta de control emocional puede incrementar la impulsividad, influir en la autoimagen de la persona y tener efectos adversos en sus relaciones interpersonales.²⁰ Este trastorno presenta una prevalencia variable de acuerdo con los diferentes escenarios de observación, estimándose en un 2% de la población general y en hasta un 15%-28% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas.²¹

A pesar que numerosas investigaciones han evidenciado tasas significativas de mejora sintomática en el curso de vida del TLP, la mayoría de los pacientes no logra una recuperación completa en cuanto al desenvolvimiento, por lo cual se resalta la importancia crítica de intervenciones tempranas para el trastorno, no solo en beneficio del individuo, sino también para la sociedad en general. Además, se ha establecido una conexión estrecha entre la sintomatología del TLP y la aparición de diversos trastornos mentales comórbidos como trastornos del estado de ánimo, como depresión y ansiedad, trastornos alimenticios, entre otros.^{22,23}

Características clínicas:

- Inestabilidad Emocional: Las personas con TLP experimentan cambios de ánimo intensos y rápidos, que pueden pasar de una alegría extrema a los cuadros de tristeza o ira en un corto período de tiempo, manifestando reacciones intensas de irritabilidad que otras personas pueden no considerar tan provocativas.²⁴

- Relaciones interpersonales inestables: Al principio, se observa una tendencia a idealizar intensamente a las personas de su entorno, solo para devaluarlas abruptamente en respuesta a percepciones de rechazo. Asimismo, existe una predominancia de apego/desapego, donde el miedo al abandono es una preocupación constante en estos individuos que los lleva a hacer múltiples esfuerzos desesperados para evitarlo. Por ello, la alternancia entre el apego y desapego forma un mecanismo que también existen varios tipos de apego en estos pacientes, desde el contradictorio, dependiente o inseguro, hasta el evitativo.²⁴
- Impulsividad: Las personas con TLP pueden participar en conductas autolesivas que a menudo pueden proporcionar una liberación temporal de la angustia emocional; además manifiesta comportamientos autodestructivos caracterizada por la rabia narcisista como abuso de sustancias y conductas sexuales de riesgo, y muestras de sumisión extrema. La identidad de una persona con TLP puede presentar un espectro restringido de afectos que se mueven en un rango disfórico y muestran una modulación limitada dentro del mismo afecto, movilizándose abruptamente de uno a otro.²⁴
- Sentimientos disociativos: La desconexión de la realidad o la sensación de estar fuera del cuerpo puede ocurrir en momentos de estrés extremo, donde puede haber episodios de amnesia disociativa generando que la persona no recuerde eventos específicos.²⁵ Los episodios disociativos, pueden estar relacionados con una conciencia corporal alterada del sentido de agencia, el cual se basa en parte a percepciones de tener el control de nuestros cuerpos y nuestros movimientos físicos para poder actuar sobre nuestro entorno.²⁶

El TLP es único en cuanto a que los intentos, gestos, amenazas suicidas y autolesiones constituyen criterios diagnósticos que, en momentos de elevada desregulación emocional, el suicidio puede surgir como la única solución percibida, donde la persona, generalmente, no busca realmente la muerte, sino liberarse de los

problemas, tomando esta decisión en un estado de ambivalencia que oscila entre el deseo de vivir y el deseo de morir. El suicidio se destaca como una forma de muerte especialmente impactante debido a la severidad con la que la persona se trata a sí misma y las consecuencias que tiene en su entorno más cercano.²⁷

Ideación suicida

La ideación suicida se refiere a la presencia de pensamientos o consideraciones relacionadas con la autodestrucción que puede clasificarse en una amplia gama de pensamientos pasivos sobre la propia muerte hasta pensamientos más activos que involucran planes específicos y la intención de llevarlos a cabo. La gravedad de la ideación suicida puede variar y se evalúa en función de la presencia, la frecuencia y la intensidad de estos pensamientos. A pesar de que la detección de la ideación suicida pasiva puede abordarse por medio de un espacio de estrategias de prevención, no debe subestimarse para un seguimiento y evaluación más exhaustiva, debido a que aquellas ideas pasivas pueden convertirse rápidamente en activas.²⁸

La conducta suicida es de gran importancia clínica y valor pronóstico ya que es una de las manifestaciones que más afecta a la funcionalidad de estos pacientes, según se cita, se estima entre el 40-85% de los pacientes con TLP realizan intentos de suicidio, con una media de tres intentos de suicidio por paciente a lo largo de la vida, donde las tasas de suicidio consumado en estos pacientes son entre el 5 y el 10%.²⁹

Comportamiento suicida

El comportamiento suicida, también llamado suicidalidad, engloba todas aquellas acciones que van desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el acto consumado con la finalidad de causar daño a uno mismo. Es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva pues todas estas conductas tienen un factor común que es atender un profundo dolor y malestar psicológico que impide continuar con la vida, del cual no se visualizan alternativas de solución. Si bien estas conductas pueden aparecer por una clara y consciente intención de acabar con la vida, no siempre es así

ya que en algunos casos también puede ocurrir cierta ambivalencia de cometer el acto.³⁰

La valoración del comportamiento suicida en los pacientes con TLP en muchos casos puede resultar difícil por distintos motivos, ya sea porque el riesgo puede ser agudo, crónico, o ambos y la actuación ante cada tipo de suicidalidad tiene que ser diferente; por la dificultad en distinguir entre la conducta suicida y la conducta autolesiva no suicida; porque existe mayor comorbilidad en pacientes TLP suicidas con otros diagnósticos; o por la influencia de la impulsividad.³¹

Existen factores de riesgo que podrían contribuir a la ideación y al comportamiento suicida en personas con TLP, los cuales podrían incluir:

Bajo nivel de inteligencia emocional: La incapacidad para manejar de manera efectiva estas emociones intensas puede contribuir a la ideación suicida.³²

Eventos traumáticos: Las personas que han experimentado eventos traumáticos en sus vidas, como abuso físico, sexual o emocional pueden desencadenar en la aparición de síntomas del TLP y aumentar el riesgo de ideación y comportamiento suicida.³²

Antecedente de intentos de suicidio: La historia de intentos de suicidio previos es un fuerte indicador de riesgo, por lo que las personas con TLP que han intentado suicidarse en el pasado pueden enfrentar un riesgo continuo de comportamiento suicida.³²

Trastornos comórbidos: La presencia de otros trastornos mentales comórbidos, como la depresión, la ansiedad o los trastornos de la alimentación, puede aumentar el riesgo de ideación y comportamiento suicida en personas con TLP.³²

Abuso de sustancias: El abuso de sustancias como el alcohol o las drogas, puede aumentar la impulsividad y la probabilidad de comportamiento suicida en individuos con TLP.³²

Desesperanza: Los individuos con TLP pueden experimentar períodos de intensa desesperanza, seguidos por una disminución de la angustia después de un acto autodestructivo, lo que aumenta la relación entre el TLP y el comportamiento suicida.¹²

Evaluación:

La evaluación y el diagnóstico clínico de este trastorno implica la aplicación de entrevistas clínicas que son fundamentales para recopilar una información detallada sobre la historia del paciente, sus experiencias, síntomas actuales y la presencia de ideación suicida; asimismo, debe considerar un enfoque integral, considerando tanto los síntomas específicos del TLP como los factores de riesgo asociados con la ideación y los comportamientos suicidas. Para la valoración en la práctica clínica específica se realiza siguiendo criterios establecidos en manuales de diagnóstico, como el DSM-5, la evaluación cuidadosa de estos criterios puede ayudar a determinar el diagnóstico de TLP.³³⁻³⁵

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-5), proporciona los siguientes criterios para el diagnóstico de TLP:

- Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario.
- Patrones de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizados por la alternancia entre la idealización y la devaluación.
- Alteración de la identidad: inestabilidad y autoimagen fragmentada.
- Impulsividad en al menos dos áreas que son perjudiciales para uno mismo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- Comportamiento suicida recurrente, gestos, amenazas o autolesiones.

- Inestabilidad afectiva marcada debido a una reactividad del estado de ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad, generalmente durando unas horas y solo raramente más de unos pocos días).
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.³⁶

Tratamiento:

La psicoterapia es la primera línea de tratamiento para individuos con TLP, esta forma de terapia es administrada por profesionales debidamente capacitados y acreditados, y se desarrollan ya sea en sesiones individuales o en entornos grupales con otros individuos. Las sesiones grupales pueden ser beneficiosas para enseñar a las personas con este trastorno a interactuar con los demás y comunicarse de manera efectiva.²⁰

Por otra parte, el manejo del TLP puede resultar desafiante en entornos de atención de urgencia, donde se requieren decisiones rápidas que deben ser beneficiosas y consensuadas con el paciente, fomentando su autonomía y participación en la resolución de la crisis. El uso de tratamientos farmacológicos es común durante crisis, aunque no hay evidencia que respalde el uso de un medicamento específico o combinación. Es fundamental evaluar los posibles riesgos asociados con la prescripción, optando por un solo medicamento y utilizando la dosis mínima efectiva. Los antipsicóticos, preferiblemente atípicos, ya sea en forma oral o inyectable, son también empleados. Sin embargo, en la actualidad, se prefiere la administración de anticonvulsivantes como gabapentina o pregabalina, que pueden reducir la ansiedad y tener un efecto específico sobre la disforia.³¹

Los pacientes con TLP que se indica el ingreso hospitalario se debe realizar idealmente de forma voluntaria, integrado en un programa de continuidad que se concibe en colaboración con el paciente, ya que tiene como objetivo proporcionar un

plan individualizado para ayudar a la persona a reducir los niveles de riesgo y la frecuencia de las crisis.³¹

2.3 Definiciones conceptuales

Ideación suicida:

Proceso de formar ideas o pensamientos relacionados con la posibilidad de llevar a cabo un acto suicida.³⁷

Comportamiento suicida:

Son aquellas acciones que hacen referencia a la intención de causarse daño o quitarse la vida, llegando a manifestarse de diversas maneras.³⁸

Trastorno límite de personalidad:

Trastorno mental caracterizado por experimentar cambios rápidos en el estado de ánimo, además de una marcada impulsividad.³⁹

2.4 Hipótesis

Dado que se trata de un estudio descriptivo no se formularán hipótesis de estudio.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Retrospectivo, observacional, descriptivo, cuantitativo y de estadística descriptiva.

3.2 Diseño de investigación

Retrospectivo, porque la información corresponderá a meses anteriores; observacional, ya que las variables se analizarán en su ámbito natural sin manipulación; descriptivo, ya que solo se categorizarán las variables evaluar; cuantitativo, debido a que se realizará un proceso establecido para la evaluación de las variables y obtención de los resultados los cuales serán numéricos; y estadística descriptiva, porque se hará uso de medidas de tendencia central y dispersión, así como de frecuencias.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, enero a junio 2024. Según las estadísticas del hospital se atienden un aproximado de 40 pacientes mensuales con este diagnóstico y mensualmente son diagnosticados 10 casos nuevos, es así que para el periodo de estudio se tendrán 70 casos.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos.

Pacientes con trastorno límite de personalidad de acuerdo con criterios DSM-5.

Tales como:

1. Esfuerzos desesperados o exagerados por evitar una vivencia de desamparo.
2. Patrón de relaciones interpersonales caracterizadas por la inestabilidad, que oscila entre la idealización y el rechazo de otras personas

3. Alteración de la vivencia de la identidad propia
4. Impulsividad
5. Conductas suicidas
6. Inestabilidad afectiva
7. Sensación crónica de vacío
8. Episodios de enfados o de ira inapropiados
9. Ideas paranoides transitorias.⁴⁰

Pacientes que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedad neurológica severa.

Paciente con antecedente de traumatismo craneoencefálico.

Pacientes con abuso de sustancias psicoactivas.

Pacientes con deterioro cognitivo.

Gestantes

Pacientes referidos a otras instituciones de salud.

Pacientes que no acepten participar del estudio.

3.3.2 Tamaño de la muestra

Dado que la muestra es de fácil acceso se tomarán en cuenta los 70 pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, enero a junio 2024.

3.3.3 Selección de la muestra

No se realizará calculo muestral ya que se considerará a la totalidad de la población ha esto se le conoce como censo poblacional.

3.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ÍTEMS	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA O UNIDAD	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Ideación suicida	Presencia de pensamientos, fantasías o consideraciones relacionadas con la autodestrucción o el deseo de morir	Evaluación de la presencia de ideación suicida en el paciente en estudio mediante el cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Deseos de morir	¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a? ¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar? ¿Desearías dejar de vivir?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	Cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)
			Pensamientos suicidas activos no específicos	¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir? ¿Has pensado en matarte?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	
			Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar	¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte)? ¿En qué pensaste?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	
			Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico	Cuando pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer? Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	
			Ideación suicida activa con un plan específico e intención	¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elaboraste los detalles de) cómo lo harías? ¿Cuál era tu plan? Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	
Comportamiento suicida	Cualquier acción, intento o gesto con la intención de causar daño a uno mismo con el objetivo de	Valoración de la presencia de comportamiento suicida en el paciente en estudio mediante el cuestionario	Intento real	¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste? ¿Te hiciste daño a propósito? ¿Por qué hiciste eso? ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida? ¿Querías morirte (aunque fuera un	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	Cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

	provocar la propia muerte.	Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)		poco) cuando tú____? ¿Estabas tratando dejar de vivir cuando tú____? ¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por____? ¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? ¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida? ¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?				
			Intento interrumpido	¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	
			Intento abortado	¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	
			Actos o comportamiento preparatorios	¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	
			Suicidio consumado	Suicidio consumado	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0= No 1 = Si	

3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

La técnica de recolección de datos será la encuesta y el instrumento el cuestionario que tendrá la siguiente estructura:

- I. Datos generales: se considerará edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, ausencia de tratamiento psiquiátrico previo, antecedente de abuso infantil (sexual, físico, emocional, negligencia física o emocional), rasgos antisociales.
- II. Ideación suicida: se utilizará la versión en español del cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), que es una herramienta diseñada para medir la gravedad de los pensamientos y acciones suicidas experimentados por pacientes de doce años o más en el último mes. Con este instrumento se podrá valorar la presencia o no de ideación suicida, intento suicida real, comportamiento autolesivo sin intención suicida, número de intentos suicidas, modalidad y motivo de las tentativas. Se empleará específicamente el apartado ideación suicida que cuenta con los siguientes indicadores: 1) Deseos de morir, 2) Pensamientos suicidas activos no específicos, 3) Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar, 4) Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico, 5) Ideación suicida activa con un plan específico e intención.
- III. Comportamiento suicida: Sera evaluado con el cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), específicamente el apartado comportamiento suicida donde se incluyen los indicadores: 1) Intento real, 2) Intento interrumpido, 3) Intento abortado, 4) Actos o comportamiento preparatorios, 5) Suicidio consumado.

Cabe precisar que el cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) ha sido respaldado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para su uso clínico debido a su simplicidad, aplicabilidad general y eficacia.⁴¹ Su validez se ha confirmado a través de un estudio que abarcó tres grupos: adolescentes que habían intentado suicidarse (N = 124), adolescentes deprimidos en tratamiento (N = 312) y adultos que

acudieron a un servicio de urgencias por razones psiquiátricas (N = 237). Este estudio, que demostró una calidad metodológica sólida, reveló una buena validez convergente en comparación con otras escalas y validez divergente en relación con la ideación y el comportamiento suicida en adultos y adolescentes. En el primer grupo, la escala predijo de manera significativa intentos de suicidio durante el tratamiento (riesgo de reintentos) (Odds ratio: 1.45; IC95%: 1.07 – 1.98; $p = 0.02$).⁴² Ofrece versiones autorizadas en 45 idiomas, incluido el español, y ha sido sometida a validación psicométrica en individuos de habla hispana. Demuestra una sensibilidad del 94%, una especificidad del 97.9%, un valor predictivo positivo del 75.3%, y un valor predictivo negativo del 94.7% al predecir intentos de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes que hablan español.⁴³

3.6 Técnicas para el procesamiento de la información

Para el análisis de los datos, la información obtenida será llevada a una base de datos en el programa IBM SPSS v.25, donde se realizará una consistencia de datos, es decir, solo se considerará aquella información que sigan los criterios de selección. Seguidamente, se realizarán análisis estadístico que respondan los objetivos de la investigación.

Análisis descriptivo

Las variables cuantitativas serán calculadas a través de medidas de tendencia central y de dispersión como el promedio y la desviación estándar, respectivamente. Las variables cualitativas serán descritas por frecuencias absolutas y relativas (%).

3.7 Aspectos éticos

El Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión llevará a cabo la revisión del protocolo de estudio. Se adherirá a los principios bioéticos de justicia, maleficencia, beneficencia y autonomía, ya que el

estudio no ocasionará ningún perjuicio a los pacientes, además previo al inicio de la investigación se les solicitará firmen un consentimiento informado previa discusión de los objetivos y procedimientos de investigación. Los cuestionarios a entregar serán anónimos garantizando que no se recopile el nombre o apellidos de las pacientes. Además, únicamente el personal directamente relacionado con el estudio manejará la información recolectada.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Humanos:

- Investigador
- Asesor de investigación
- Asesor estadístico

Materiales

- Bienes
- Servicios

4.2 Cronograma

ETAPAS	2024						
	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Elaboración del proyecto	■						
Presentación del proyecto	■						
Revisión bibliográfica	■	■					
Trabajo de campo y captación de información			■	■	■		
Procesamiento de datos						■	
Análisis e interpretación de datos						■	
Elaboración del informe							■
Presentación del informe							■

4.3 Presupuesto

Conceptos	Gastos	
Recursos humanos		S/. 3,900.00
Apoyo Especializado	S/. 1,950.00	
Apoyo metodología	S/. 1,950.00	
Recursos materiales		
Bienes		S/. 450.00
Material de oficina	S/. 250.00	
Material Bibliográfico	S/. 200.00	
Servicios		S/. 500.00
Impresión de formularios	S/. 200.00	
Impresión de fichas	S/. 200.00	
Fotocopias de ficha	S/. 50.00	
Movilidad	S/. 50.00	
Total		S/. 4,850.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domènech E. Trastorno límite de la personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*. 2019; 30(113): p. 197-212. Disponible de: <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>.
2. Qian X, Townsend M, Tan W, Grenyer B. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLoS One*. 2022; 17(12): p. e0279015. Disponible de: [10.1371/journal.pone.0279015](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015).
3. Gobierno de México. Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad. [Online].; 2018. [citado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad#:~:text=Alrededor%20de%201.5%20por%20ciento,de%20Consulta%20Externa%20del%20Hospital>.
4. Instituto Nacional de Salud Mental. Relaciones inestables entre madre e hijo desde el nacimiento se asocian en el desarrollo de la personalidad borderline. [Online].; 2018. [citado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/040.html#:~:text=Declar%C3%B3%20que%20a%20trav%C3%A9s%20de,diagnosticar%20desde%20los%2016%20a%C3%B1os>.
5. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(6): p. 1-6. Disponible de: [10.3390/medicina55060223](https://doi.org/10.3390/medicina55060223).
6. Choi-Kain L, Sahin Z, Traynor J. Borderline Personality Disorder: Updates in a Postpandemic World. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2022; 20(4): p. 37–352. Disponible de: [10.1176/appi.focus.20220057](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220057).
7. Traynor J, Roberts D, Ross S, Zeifman R, Choi-Kain L. MDMA-Assisted Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2022; 20(4): p. 358–367. Disponible de: [10.1176/appi.focus.20220056](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220056).
8. Cañón S, Carmona J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20(80): p. 1-9. Disponible de: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>.

9. Organización Panamericana de la Salud. Conducta suicida. [Online].; 2023. [citado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-conducta-suicida>.
10. Khosravi M, Hassani F. From emotional intelligence to suicidality: a mediation analysis in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(231): p. 1-11. Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03891-6>.
11. Ducasse D, Lopez-Castroman J, Dassa D, Brand-Arpon V, Dupuy-Maurin K, Lacourt L, et al. Exploring the boundaries between borderline personality disorder and suicidal behavior disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2019; 270(2020): p. 959–967. Disponible de: <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00980-8>.
12. Söderholm J, Socada J, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä E. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients—A Comparative Study. *Front. Psychiatry*. 2020; 11(2020): p. 1-9. Disponible de: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00290>.
13. Vigo C. Antecedente de abuso infantil, asociado a conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite. Tesis de Grado. Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.
14. Rizk M, Choo T, Galfalvy H, Biggs E, Brodsky B, Oquendo M, et al. Variability in Suicidal Ideation is Associated with Affective Instability in Suicide Attempters with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*. 2019; 82(2): p. 173-178.
15. Soloff P, Chiappetta L. 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2019; 33(1): p. 1-3.
16. Rodante D, Grendas L, Puppo S, Vidjen P, Portela A, Rojas S, et al. Predictors of short- and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019; 140(2): p. 158-168.
17. Alberdi-Páramo I, Díaz-Marsá M, Sáiz-González M, Carrasco J. Asociación entre las autolesiones sin finalidad suicida y la conducta suicida en trastorno límite de personalidad. *Actas españolas de psiquiatría*. 2021; 49(5): p. 199-204.
18. Yang F, Guangyun L, Zhang S, Tong J. Prevalence and Correlates of Suicide Attempt in Chinese Patients With Borderline Personality Disorder. *Research Square*. 2020; 1(1): p. 5.

19. Yen S, Peters J, Nishar S, Grilo C, Sanislow C, Shea M, et al. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*. 2021; 78(2): p. 187-194.
20. National Institutes of Health. Trastorno límite de la personalidad. [Online].; 2022. [citado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/publications/trastorno-l%C3%ADmite-de-personalidad.pdf>.
21. Oviedo G, Muñoz F. Trastorno límite de la personalidad: actualización clínico-fenomenológica y terapéutica. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*. 2020; 12(2): p. 1-31.
22. Shah R, Zanarini M. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018; 41(4): p. 583-593.
23. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. 2021; 37(1): p. 139-144.
24. Monzón S, Fernández-Guerrero M. Guía diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes. *Psicopatol. salud ment*. 2016; 28(1): p. 55-65.
25. Krause-Utz A. Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* volume. 2022; 14(1): p. 9.
26. Colle L, Hilviu D, Rossi R, Garbarini F, Fossataro C. Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry*. 2020; 11(1): p. 449.
27. Centre de terapia dialectic conductual. TLP y suicidio. [Online].; 2020. [citado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://tlptratamientos.com/blog/tlp-y-suicidio/>.
28. Baños-Chaparro J. Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*. 2022; 6(1): p. 42-45.
29. Giner J, Moreno J, Giner L. Clínica y consecuencias de la conducta suicida en el adulto joven. [Online].; 2020. [citado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.encuentrosenpsiquiatria.com/wp-content/uploads/2020/10/CLI%CC%81NICA-Y-CONSECUENCIAS-DE-LA-CONDUCTA-SUICIDA-EN-EL-ADULTO-JOVEN.pdf#page=81>.
30. Minsiterio de Salud de Chile. Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos. [Online].; 2019. [citado 30 noviembre 2023].

Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>.

31. Vera-Varela C, Giner L, Baca-García E, Barrigón M. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatr Biol*. 2019; 26(1): p. 1-6.
32. Soriano-Sánchez J, Jiménez-Vázquez D. Factores asociados a la ideación suicida en estudiantes. *Revista Revoluciones*. 2022; 4(10): p. 48-63.
33. Rodriguez-Seijas C, Morgan T, Zimmerman M. A Population-Based Examination of Criterion-Level Disparities in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder Among Sexual Minority Adults. *Assessment*. 2021; 28(4): p. 1097-1109.
34. Wright L, Lari L, Iazzetta S, Saettoni M, Gragnani A. Differential diagnosis of borderline personality disorder and bipolar disorder: Self-concept, identity and self-esteem. *Clin Psychol Psychother*. 2022; 29(1): p. 26-61.
35. Cohen D. Las bases neurobiológicas del trastorno límite de la personalidad. 1st ed. Buenos Aires; 2020.
36. Benedicto A. Criterios que se deben dar para diagnosticar Trastorno Límite de la Personalidad y en qué consisten. [Online].; 2023. [citado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.amaitlp.org/blog/criterios-que-se-deben-dar-para-diagnosticar-trastorno-limite-de-la-personalidad-y-en-que-consisten/>.
37. Núñez-Ariza A, Reyes-Ruiz L, Sánchez-Villegas M, Carmona F, Acosta-López J, Moya E. Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del Caribe colombiano. *AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020; 39(1): p. 8.
38. Ardila S, González M. Comportamiento suicida: Subjetividades en la dinámica interna familiar. *Latinoamericana de Estudios de Familia*. 2020; 12(1): p. 82–101.
39. Amador D. El Trastorno Límite de Personalidad desde una perspectiva estructural. *Revista Humanismo y Cambio Social: revista electrónica de humanidades y ciencias sociales*. 2021; 1(18): p. 204.
40. Asociación Americana de Psiquiatría. Criterios diagnósticos para Límite de Personalidad, según el DSM-5. *Trastorno Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5]*. ; 2014.
41. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER). *Guidance for Industry: Suicidal Ideation and Behavior: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials*. ; 2012.

42. Posner K, Brown G, Stanley B, Brent D, Yershova K, Oquendo M, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(12): p. 1266-77.
43. Serrani D. Psychometric validation of the Columbia-Suicide Severity rating scale in Spanish-speaking adolescents. *Colomb Med (Cali)*. 2017; 48(4): p. 174-182.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?	<p>General</p> <p>Evaluar la frecuencia de ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.</p> <p>Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la frecuencia de ideación suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024. Determinar la frecuencia de comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024. Identificar la presencia y número de intentos suicidas en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024. Describir la presencia de autolesiones sin finalidad suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024. Establecer la modalidad de tentativas de autolisis en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024. 	Dado que se trata de un estudio descriptivo no se formularán hipótesis de estudio.	<p>Ideación suicida</p> <p>Comportamiento suicida</p>	Retrospectivo, observacional, descriptivo, cuantitativo y de estadística descriptiva	<p>Población</p> <p>Pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.</p> <p>Muestra</p> <p>70 pacientes</p>	La técnica de recolección de datos será la encuesta y el instrumento el cuestionario	Las variables cuantitativas serán calculadas a través de medidas de tendencia central y de dispersión como el promedio y la desviación estándar, respectivamente. Las variables cualitativas serán descritas por frecuencias absolutas y relativas (%).

1	Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.		
	¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Desearías dejar de vivir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2	Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación.		
	¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Has pensado en matarte?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3	Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo"		
	¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte?) ¿En qué pensaste?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4	Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos, pero definitivamente no los voy a llevar a cabo".		
	Cuando pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5	Ideación suicida activa con un plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.		

	<p>fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cualquier intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención</p>
¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir?	() Si () No
¿Qué hiciste?	_____
¿Te hiciste daño a propósito?	() Si () No
¿Por qué hiciste eso?	_____
¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida?	() Si () No
¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú _____?	() Si () No
¿Estabas tratando dejar de vivir cuando tú _____?	() Si () No
¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____?	() Si () No
¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida)	() Si () No
Si la respuesta es “sí”, describe:	
¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?	() Si () No
¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?	() Si () No
Nº total de intentos	_____

2	<p style="text-align: center;">Intento interrumpido</p> <p>Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene.</p>
	<p>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo?</p> <p style="text-align: right;">() Si () No</p>
	<p>¿Qué hiciste?</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
	<p>Nº total de intentos interrumpidos</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
3	<p style="text-align: center;">Intento abortado</p> <p>Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.</p>
	<p>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo?</p> <p style="text-align: right;">() Si () No</p>
	<p>¿Qué hiciste?</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
	<p>Nº total de intentos abortados</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
4	<p style="text-align: center;">Actos o comportamiento preparatorios</p> <p>Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida)</p>
	<p>¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como</p> <p style="text-align: right;">() Si () No</p>

regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte?		
5	Suicidio consumado	() Si () No

Grado de letalidad y lesiones

Fecha del intento más letal: ____/____/____

Grado de letalidad y lesiones: _____

- 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).
- 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).
- 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante).
- 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización médica y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).
- 4. Daño físico grave: necesita hospitalización médica con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).
- 5. Muerte

Letalidad potencial: _____

Conteste solamente si la letalidad real = 0

Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).

- 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones
- 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte
- 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible

3. Solicitud de permiso institucional

4. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en una investigación

Estimado usuario interno,

Se le invita a partir de una investigación, cuya participación suya requiere previamente se encuentre informado acerca del propósito, procedimientos, riesgos y beneficios, así como la garantía de confidencialidad. A continuación, se le brindan todas estas informaciones.

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio que tiene por objetivo evaluar la ideación y comportamiento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le entregará un cuestionario que contiene Cuestionario Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) que le tomará aproximadamente 10 minutos en ser llenado y será realizado en las instalaciones de la institución de salud.

Riesgos y Beneficios: No existirá riesgo alguno respecto a su participación en esta investigación, pues solamente requiere llenen cuestionarios con una serie de preguntas o ítems. Asimismo, que Ud. participe no generará perjuicio alguno, así como tampoco remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de investigación. En caso este estudio fuese publicado, se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos, así como tampoco cualquier otra información de carácter personal que posibilite o deleve su identidad.

Se pone en conocimiento que Ud. puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento del mismo, o no participar –si así lo desea– sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional comunicarse con el encargado de esta investigación, Paucar Ancori, Liz Paola.

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con el investigador responsable.

_____	_____
Participante	Fecha
_____	_____
Investigador	Fecha

5. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, ideal <10%)