



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Factores asociados al intento suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el hospital de clínicas, 2021 – 2023

AUTOR:
JUAN IVÁN BARRIOS CORONEL

ASUNCIÓN – PARAGUAY
2026

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

**FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL
DE CLÍNICAS, 2021 – 2023**

AUTOR:
JUAN IVÁN BARRIOS CORONEL

TUTOR
DRA. FÁTIMA VALDEZ FLEYTAS

ASUNCIÓN – PARAGUAY
2026

Barrios Coronel, Juan Iván

Factores asociados al intento suicida en pacientes con
diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el
Hospital de Clínicas, 2021 – 2023

Línea de investigación: Salud y Bienestar

Total de páginas: 121 pp.

Tutor: Dra. Fátima Valdez Fleytas

Tesis académica de maestría en Metodología de la
Investigación Científica



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

AUTOR: JUAN IVÁN BARRIOS CORONEL

**TESIS PARA ACCEDER AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

.....

Examinador 1

Examinador 2

FECHA:

CALIFICACIÓN:

AGRADECIMIENTOS

A mi maestro, amigo y mentor, Prof. Dr. Julio Torales por acompañarme siempre en el camino de la ciencia con su inspirador ejemplo.

A mi familia, mi mamá Myrian, mi abuela Eustasia[†] y mi hermana Jazmín, las mujeres que son el motor de mi vida.

A Enzo, por inspirarme cada día a ser mejor persona con su cariño incondicional.

A mis queridos amigos, maestros y alumnos.

DEDICATORIA

A mi familia, amigos, maestros y alumnos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I – PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.2. Principales Antecedentes	4
1.3. Preguntas	6
1.3.1. Principal.....	6
1.3.2. Específicas	6
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General.....	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. Hipótesis	7
1.6. Justificación	8
1.7. Alcances y Limitaciones de la Investigación	9
CAPÍTULO II -MARCO TEÓRICO	10
2.1. Principales Teorías sobre los Trastornos de la Personalidad	10
2.1.1. Teoría Psicodinámica.....	10
2.1.2. Teoría Cognitivo-Conductual	11
2.1.3. Teoría Biológica o Neurobiológica.....	13

2.1.4. Teoría del Apego.....	14
2.1.5. Teoría Humanista.....	16
2.1.6. Teoría Evolutiva.....	17
2.1.7. Teoría Interpersonal	18
2.1.8. Teoría Sistémica o Familiar	20
2.2. Generalidades sobre el Trastorno Límite de la Personalidad.....	21
2.3. Epidemiología del Trastorno Límite de la Personalidad.....	23
2.4. Diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad.....	24
2.5. Definición del Suicidio y Epidemiología del Suicidio	26
2.6. Suicidio en las Personas con Trastorno Límite de la Personalidad	29
2.7. Características Sociodemográficas y Suicidio en Personas con TLP	30
2.8. Definición de las Características Clínicas y Relación con el Suicidio en Personas con TLP	37
2.9. Estrategias de Prevención del Suicidio en Pacientes con TLP	47
2.10. Marco Legal: Aspectos Legales de la Salud y la Salud Mental.....	50
2.10.1. Constitucional Nacional.....	50
2.10.2. Leyes.....	51
CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO	56
3.1. Tipo de Estudio	56
3.2. Población y Muestra	56
3.2.1. Sujetos de Estudio.....	56

3.2.2. Tipo de Muestra	57
3.2.2. Tamaño de Muestra.....	57
3.2.3. Procedimientos para la Selección	57
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección Datos	57
3.3.1. Matriz de Operacionalización de las Variables	59
3.4. Procedimientos para la Recolección de Datos	62
3.5. Procedimiento y Análisis de Datos	62
3.6. Aspectos Éticos	62
CAPÍTULO IV- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y APORTES	63
4.1. Análisis de la Variables Sociodemográficas.....	63
4.2. Análisis de la Variable Características Clínicas	68
4.3. Análisis Correlacional. Variable Sociodemográfica y Tentativa Suicida.....	71
4.4. Análisis Correlacional. Variable Clínica y Tentativa Suicida.	73
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	78
Para el Hospital de Clínicas	78
Para futuras líneas de investigación	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	110
Anexo I. Planilla de cotejo de datos.....	110

Anexo II. Solicitud de acceso a los datos	113
Anexo III. Base de datos	114
Anexo IV. Tablas complementarias.....	115
Anexo V. Figuras complementarias.....	116

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 <i>Características clínicas en la muestra (n=916).</i>	68
Tabla 2 <i>Características sociodemográficas y relación con el intento suicida (n=916).</i> ..	71
Tabla 3 <i>Características clínicas y su relación con el intento suicida (n=916).</i>	73
Tabla 4 <i>Departamentos de procedencia en los pacientes (n=916).</i>	115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 <i>Distribución de la edad (n=916).</i>	63
Figura 2 <i>Distribución de sexo (n=916).</i>	64
Figura 3 <i>Distribución del área de residencia (n=916).</i>	65
Figura 4 <i>Distribución por departamento (n=916).</i>	67
Figura 5 <i>Relación entre el sexo y el intento suicida (n=916).</i>	116
Figura 6 <i>Relación entre el área de residencia y el intento suicida (n=916).</i>	117
Figura 7 <i>Relación entre la depresión y el intento suicida (n=916).</i>	118
Figura 8 <i>Relación entre ansiedad y el intento suicida (n=916).</i>	119
Figura 9 <i>Relación entre abuso de sustancias y el intento suicida (n=916).</i>	120
Figura 10 <i>Relación entre abuso sexual y el intento suicida (n=916).</i>	121

RESUMEN

Esta tesis aborda el trastorno límite de la personalidad (TLP) y su asociación con el riesgo de suicidio. El objetivo general de esta investigación fue determinar los factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Hospital de Clínicas entre los años 2021-2023. Se realizó un estudio descriptivo y correlacional en el Hospital de Clínicas, un centro de alta complejidad que ofrece servicios de psiquiatría. Se utilizaron los registros hospitalarios para recolectar datos de los pacientes, lo que permitió un análisis de variables sociodemográficas y clínicas y su relación con la conducta suicida. Los principales resultados revelaron que la mayoría de los pacientes con TLP eran mujeres jóvenes, con una edad promedio de 28 años y que residían en zonas urbanas. Se observó una alta frecuencia de comorbilidades, siendo la depresión y la ansiedad las comorbilidades más comunes. Aunque la frecuencia de intentos de suicidio fue consistente con la literatura, se encontró un bajo porcentaje de abuso de sustancias y antecedentes de abuso sexual. Además, se encontró que vivir en zonas urbanas aumenta significativamente el riesgo de intentos de suicidio, mientras que la ansiedad pareció actuar como un factor protector. El aporte de esta investigación radica en la identificación de características sociodemográficas y clínicas que pueden ser relevantes para el desarrollo de intervenciones específicas y efectivas en la atención de pacientes con TLP, así como en la promoción de estrategias de prevención del suicidio en esta población vulnerable. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje integral de la evaluación y el tratamiento del TLP, considerando la complejidad de sus síntomas y comorbilidades.

Palabras clave: trastorno de la personalidad límite, suicidio, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

This thesis addresses borderline personality disorder (BPD) and its association with suicide risk. The general objective of this research was to determine the factors associated with suicide attempts in patients diagnosed with borderline personality disorder at the Hospital de Clínicas between the years 2021-2023. A descriptive and correlational study was conducted at Hospital de Clínicas, a highly complex center that offers psychiatric services. Hospital records were used to collect data on the patients, allowing an analysis of sociodemographic and clinical variables and their relationship with suicidal behavior. The main results revealed that most patients with BPD were young women, with an average age of 28 years and residing in urban areas. A high frequency of comorbidities was observed, with depression and anxiety being the most common comorbidities. Although the frequency of suicide attempts was consistent with the literature, a low percentage of substance abuse and history of sexual abuse were found. Furthermore, living in urban areas was found to significantly increase the risk of suicide attempts, whereas anxiety appeared to act as a protective factor. The contribution of this research lies in the identification of sociodemographic and clinical characteristics that may be relevant for the development of specific and effective interventions in the care of patients with BPD as well as in the promotion of suicide prevention strategies in this vulnerable population. These findings underline the need for a comprehensive approach to the assessment and treatment of BPD, considering the complexity of its symptoms and comorbidities.

Keywords: borderline personality disorder, suicide, depression, anxiety.

INTRODUCCIÓN

Los intentos de suicidio en personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) plantean un desafío clínico importante debido a la alta frecuencia y recurrencia de tales conductas (Wedig et al., 2012). Las personas con TLP a menudo exhiben confusión emocional y tendencias suicidas crónicas, lo que hace de este trastorno uno de los problemas más complejos en psiquiatría (Paris, 2005). Se han identificado factores como el trastorno por consumo de drogas, el trastorno depresivo mayor y los trastornos por consumo de sustancias como predictores de intentos de suicidio en pacientes con TLP (Yen et al., 2004). Además, las condiciones comórbidas como la depresión aumentan significativamente el riesgo de conducta suicida en personas con TLP (Söderholm et al., 2020).

Comprender los factores de riesgo asociados con los intentos de suicidio en personas con TLP es crucial para estrategias efectivas de manejo y prevención. Factores como el afecto negativo, las características psiquiátricas impulsivas y los mecanismos de defensa desadaptativos se han relacionado con un mayor riesgo de conducta suicida en personas con TLP (Lee et al., 2020; Mou et al., 2018). Además, las experiencias de acontecimientos vitales adversos y los patrones tempranos de interacción perturbados se han identificado como determinantes cruciales en el desarrollo del TLP, lo que enfatiza aún más la naturaleza multifacética de este trastorno (Moscoso et al., 2019).

Los estudios también han enfatizado la importancia de diferenciar subtipos de TLP según el comportamiento suicida para adaptar mejor las intervenciones y predecir los resultados (Soloff & Chiappetta, 2012). Se han observado diferencias de género en agresión, impulsividad y comorbilidades psiquiátricas, y los hombres con TLP tienen potencialmente un mayor riesgo de muerte por suicidio en comparación con las mujeres con TLP (Sher et al., 2018). Además, la presencia de condiciones comórbidas como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede exacerbar las conductas autolesivas y los intentos de suicidio en personas con TLP (Cackowski et al., 2016).

La compleja interacción de factores asociados con los intentos de suicidio en personas diagnosticadas con TLP subraya la necesidad de un enfoque integral y multidimensional para la evaluación, el manejo y el tratamiento. Al considerar los diversos factores clínicos, psicológicos y sociales que contribuyen al comportamiento suicida en personas con TLP, los

proveedores de atención médica pueden desarrollar intervenciones más específicas y efectivas para apoyar a estos pacientes vulnerables.

Esta tesis aborda el problema de investigación a través de capítulos, en el primer capítulo se realiza el planteamiento del problema de investigación a través de la introducción, las preguntas de investigación, la redacción de los objetivos, así como la hipótesis de investigación. Al final de dicho capítulo se presentan la justificación y antecedentes de la investigación.

En el segundo capítulo se realiza una revisión de la literatura para conformar el marco teórico de la investigación. El tercer capítulo presenta el marco metodológico seguido en esta tesis. El cuarto capítulo presenta el análisis e interpretación de los resultados. Finalmente, la tesis termina con las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I – PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por ciertos patrones de experiencia y comportamientos internos que son considerados anormales, afectan la cognición y sobre todo el funcionamiento interpersonal (American Psychiatric Association, 2013). Hasta un 45 % de los pacientes ambulatorios tiene algún rasgo de trastorno de la personalidad, donde destaca el trastorno límite de la personalidad (TLP) dada su significancia clínica (Zimmerman et al., 2005). Los pacientes con TLP tienen varios intentos de suicidio en el transcurso de sus vidas, de ahí la importancia de estudiar los factores que están relacionados (Prada et al., 2018), uno de estos factores puede ser el consumo de drogas, según se ha estudiado previamente (Kienast et al., 2014).

Lo que más caracteriza a las ideas suicidas en pacientes con diagnóstico de TLP es la ideación suicida crónica, en contraposición a las ideas suicidas en los trastornos del estado de ánimo, puesto que en pacientes con diagnóstico de TLP las ideas suicidas pueden considerarse a diario durante meses o años, con variación de intensidad y picos durante momentos estresantes de sus vidas (Paris, 2019). Por lo tanto, es de suma importancia identificar dichos estresores y los factores asociados con el fin de que incluso en el nivel primario de atención de la salud puedan ser identificados.

Se ha reportado un mayor número de trastornos comórbidos junto con el TLP en personas que han intentado suicidarse, entre los principales síntomas psicopatológicos que acompañan estos intentos suicidas pueden mencionarse la depresión, la hostilidad e impulsividad, intentos de suicidio pasados y el primer intento de suicidio a edad temprana (Berk et al., 2007; Brodsky et al., 2006). El TLP está frecuentemente relacionado a otros trastornos, pero también ocurre que puede confundirse con otras patologías, por lo que al término de ciertas evaluaciones psicológicas y psiquiátricas el diagnóstico al alta suele ser TLP (De Doménico et al., 2021).

1.2. Principales Antecedentes

Torales et al en su investigación "Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario" estudiaron en un hospital paraguayo los principales factores asociados al suicidio en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Encontraron que el trastorno límite de la personalidad presentaba una alta frecuencia en los pacientes con conducta suicida, lo que se relaciona con un riesgo particularmente alto de intento de suicidio o suicidio debido a rasgos agresivos e impulsivos en estas personas (Torales et al., 2020).

El tema del suicidio es de especial importancia puesto que en una publicación que aborda la epidemiología del suicidio ha encontrado que en los últimos 18 años se registraron 5 527 suicidios de adultos y la mayor parte está en la franja etaria de adulto joven. Este estudio también realizó una predicción, concluyendo que el número esperado de suicidios a nivel nacional en los años siguientes, de 2023 a 2027, oscilará entre 462 y 530 (Torales et al., 2023).

Espinosa et al. en su investigación "Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría" estudiaron la frecuencia de intentos de suicidio en pacientes con TLP y los factores asociados al riesgo y la letalidad suicida en este grupo. Encontraron que los pacientes con TLP en el estudio ejecutaron un total de 128 intentos de suicidio a lo largo de sus vidas, lo que coincide con investigaciones previas que sugieren que múltiples intentos son predictores de futuras conductas suicidas y aumentan el riesgo suicida. Además, se observó una comorbilidad significativa con trastornos depresivos en estos pacientes, lo que resalta la importancia de abordar tanto el TLP como las condiciones comórbidas para una atención integral y efectiva (Espinosa et al., 2009).

Khosravi y Hassani en su investigación "*From emotional intelligence to suicidality: a mediation analysis in patients with borderline personality disorder*" estudiaron la relación entre la inteligencia emocional y las conductas suicidas en individuos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad. Analizaron cómo factores como la depresión, la autoestima, el potencial de adicción y la gravedad de los síntomas del TLP median esta relación, brindando información sobre posibles roles protectores y terapéuticos de la inteligencia emocional en la prevención de conductas suicidas en esta población clínica (Khosravi & Hassani, 2022).

Hajfiroozabadi M et al. en su estudio "*Individual Factors Underlying Suicidal Behaviors in Patients with Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study*" identificaron factores específicos asociados con comportamientos suicidas en pacientes con TLP. El estudio reveló temas como el dolor psicológico y la soledad, defectos en la distinción e integración de emociones, comportamiento y emoción no convencionales, incompatibilidad generalizada y deterioro de la auto-integridad como factores clave subyacentes a los comportamientos suicidas en individuos con TLP (Hajfiroozabadi et al., 2022).

Ferraz et al. en su investigación "*Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder*" examinaron los principales factores asociados al suicidio en individuos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP). En su estudio, encontraron que la impulsividad, la hostilidad y el abuso sexual en la infancia son predictores significativos de comportamiento suicida en pacientes con TLP. El estudio destacó la importancia del abuso sexual en la infancia como un factor de riesgo significativo para la conducta suicida en pacientes con TLP (Ferraz et al., 2013).

Flynn et al. en su investigación "*Clinical characteristics and care pathways of patients with personality disorder who died by suicide*" estudió las características clínicas y los caminos de atención de los pacientes con trastorno de la personalidad que fallecieron por suicidio. Se encontró que la mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico de trastorno límite/emocionalmente inestable o trastorno de personalidad antisocial. Además, se identificó un alto porcentaje de pacientes con antecedentes de autolesiones y abuso de alcohol o drogas. La investigación reveló un patrón extenso de contacto con servicios de salud mental en el año previo al fallecimiento, sin una clara ruta de atención para los pacientes. Se observaron inconsistencias en la atención y lagunas en la provisión de servicios, lo que sugiere la necesidad de mejorar la atención a estas poblaciones vulnerables (Flynn et al., 2020).

1.3. Preguntas

1.3.1. Principal

¿Cuáles son los factores asociados al intento suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Hospital de Clínicas, 2021 – 2023?

1.3.2. Específicas

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los pacientes incluidos en la investigación?

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes estudiados?

¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y clínicas con el intento suicida en los pacientes estudiados?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar la relación entre diversos factores (sociodemográfico y clínicos) y la presencia de conductas suicidas en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad atendidos en el Hospital de Clínicas durante los años 2021–2023

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes incluidos en la investigación.
2. Identificar las características clínicas relevantes de los pacientes estudiados.
3. Examinar la relación entre características sociodemográficas y clínicas con el intento suicida en pacientes estudiados

1.5. Hipótesis

H₀: No existe relación entre los factores sociodemográfico y clínicos con el intento suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Hospital de Clínicas, 2021 – 2023

H₁: Existe relación entre los factores sociodemográfico y clínicos con el intento suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Hospital de Clínicas, 2021 – 2023

1.6. Justificación

La salud mental y la investigación en salud mental es una deuda pendiente que tiene Paraguay, según investigaciones realizadas, nuestro país tiene pocos psiquiatras por cantidad de habitantes, pocos centros de atención, casi nula descentralización en salud mental y muchas barreras para el acceso a la salud mental, nulas políticas en materia de salud mental pública, por lo cual este tipo de investigaciones es aún incipiente y deben priorizarse para no olvidar que la salud es un evento biopsicosocial y no solo ausencia de enfermedad física (Bhugra et al., 2014; Torales et al., 2014).

El suicidio es un trágico evento que puede ser prevenido si se detectan señales a tiempo y sobre todo si se identifica qué es lo que motiva a la persona a tener ideas suicidas. En Paraguay se ha visto un incremento de estas conductas en los últimos años y se proyecta que los mismos sigan en aumento y que las edades más frecuentes son entre los 18 y 29 años (Adorno & Pagliaro, 2012). Esta población es económicamente activa y son importantes actores en nuestra sociedad, por lo cual todas las investigaciones sobre conducta e ideación suicida están justificadas desde el punto de vista de la salud pública.

En una investigación llevada a cabo en Paraguay se ha visto que el 43,3 % de los pacientes con conducta suicida han sido diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (Torales et al., 2020), por lo cual es fundamental el estudio epidemiológico de este grupo de pacientes y así poder determinar e identificar cuáles son los factores que están presentes en mayor frecuencia en aquellos que toman la decisión de intentar suicidarse, esto podría ayudar en los departamentos de urgencia y emergencia a la hora de identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo y poder indicar tratamiento oportuno u hospitalización de ser necesario.

1.7. Alcances y Limitaciones de la Investigación

El alcance es a nivel regional, específicamente en el Hospital de Clínicas, el hospital de Clínicas es un hospital escuela, al mismo tiempo es un hospital de alta complejidad y uno de los dos centros que ofrece servicio de internación y urgencias psiquiátricas 24 horas, por lo cual es relevante el recabar información sobre el riesgo de suicidio en personas con TLP, se sabe que la mayor emergencia psiquiátrica es el pensamiento e intento suicida.

A pesar de los valiosos conocimientos proporcionados por las investigaciones existentes, existen limitaciones a considerar en esta área de estudio. En primer lugar, la complejidad del TLP como diagnóstico con síntomas y comorbilidades superpuestos hace que sea difícil aislar la contribución específica del TLP a las conductas suicidas (Zimmerman et al., 2014). Además, la heterogeneidad dentro de la población con TLP, incluidas las variaciones en la gravedad de los síntomas y el historial de tratamiento, puede afectar la generalización de los hallazgos (Anbazhagan et al., 2017). La dependencia de medidas de autoinforme y datos retrospectivos en algunos estudios puede introducir un sesgo de recuerdo y limitar la precisión de los intentos de suicidio informados. La falta de herramientas de evaluación estandarizadas y las definiciones inconsistentes de intentos de suicidio en los estudios pueden dificultar la comparabilidad y la síntesis de los resultados (Sajadi et al., 2015).

CAPÍTULO II -MARCO TEÓRICO

2.1. Principales Teorías sobre los Trastornos de la Personalidad

En el estudio de los trastornos de la personalidad, existen diversas teorías que abordan el origen y las manifestaciones de estos trastornos desde distintos enfoques psicológicos. A continuación, se mencionarán los principales.

2.1.1. Teoría Psicodinámica

La teoría psicodinámica de los trastornos de la personalidad (TP) se basa en los principios establecidos por Sigmund Freud y ha evolucionado para abarcar una variedad de concepciones contemporáneas de la patología de la personalidad. Esta teoría postula que los trastornos de la personalidad surgen de conflictos inconscientes, experiencias de la primera infancia y la dinámica de las relaciones interpersonales. El enfoque psicodinámico enfatiza la importancia de comprender los procesos psicológicos subyacentes que contribuyen a las conductas desadaptativas y las dificultades emocionales.

Uno de los principios básicos de la teoría psicodinámica es la importancia de las relaciones tempranas y los estilos de apego en la formación del desarrollo de la personalidad. Las investigaciones indican que las interrupciones en el apego temprano pueden conducir a dificultades en la regulación emocional y el funcionamiento interpersonal, que son características distintivas de varios trastornos de la personalidad, en particular el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Kalleklev & Karterud, 2018; Luyten, 2015). Por ejemplo, el tratamiento basado en la mentalización (MBT), una intervención psicodinámica, se centra en estas cuestiones ayudando a las personas con TLP a mejorar su capacidad para comprender sus propios estados mentales y los de los demás, abordando así los déficits relacionales que caracterizan el trastorno (Kalleklev & Karterud, 2018).

Además, el modelo psicodinámico proporciona un marco para comprender los trastornos de la personalidad a través de constructos como la fuerza del ego, los mecanismos de defensa y las representaciones internas de uno mismo y de los demás. Estos constructos son esenciales para diagnosticar y tratar los trastornos de la personalidad, ya que resaltan la compleja

interacción entre los procesos conscientes e inconscientes (Bornstein, 2006; Caligor, 2013; Yalch, 2020). El Manual de diagnóstico psicodinámico (PDM) ha sido fundamental para integrar estos conceptos en la práctica clínica, ofreciendo una perspectiva matizada que complementa los criterios de diagnóstico tradicionales (Bornstein, 2011; Fulmer, 2018).

La evidencia empírica respalda la eficacia de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Una revisión sistemática concluyó que la terapia psicodinámica es comparable a la terapia cognitivo-conductual (TCC) en cuanto a eficacia para diversas afecciones psiquiátricas, incluidos los trastornos de la personalidad (Gaskin, 2014; Leichsenring & Leibing, 2003). En concreto, los estudios han demostrado que los enfoques psicodinámicos pueden conducir a mejoras significativas en los síntomas y el funcionamiento interpersonal entre las personas con TLP y otros trastornos de la personalidad (Gregory et al., 2008; Haskayne et al., 2014). Además, se ha demostrado que la alianza terapéutica, un componente clave de la terapia psicodinámica, se correlaciona con resultados positivos del tratamiento, lo que enfatiza el aspecto relacional de este enfoque terapéutico (Gregory et al., 2008; Levy et al., 2007).

A pesar del creciente cuerpo de investigación que respalda la terapia psicodinámica, aún existen desafíos para establecer su eficacia en diferentes trastornos de la personalidad. Si bien algunos estudios indican que la terapia psicodinámica es eficaz para trastornos específicos, como el TLP, es necesario realizar ensayos más rigurosos y a gran escala para validar estos hallazgos en todo el espectro de trastornos de la personalidad (Johansson et al., 2012). Además, las críticas al Modelo alternativo para los trastornos de la personalidad del DSM-5 destacan la necesidad de incorporar perspectivas psicodinámicas para mejorar la utilidad clínica de los diagnósticos de trastornos de la personalidad (Yalch, 2020).

2.1.2. Teoría Cognitivo-Conductual

La teoría cognitivo-conductual (TCC) ha surgido como un marco importante para comprender y tratar los trastornos de la personalidad (TP). Este enfoque postula que los patrones y comportamientos cognitivos desadaptativos contribuyen al desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. Los trastornos de la personalidad se caracterizan por

patrones duraderos de comportamiento, cognición y experiencia interna que se desvían notablemente de las expectativas culturales, lo que conduce a la angustia o al deterioro del funcionamiento (Matusiewicz et al., 2010). La TCC tiene como objetivo identificar y modificar estos patrones de pensamiento disfuncionales, facilitando así respuestas y comportamientos emocionales más saludables.

Las investigaciones han demostrado que la TCC puede ser eficaz en el tratamiento de varios trastornos de la personalidad, incluido el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno de personalidad por evitación (TPE). Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorizado demostró que la terapia cognitiva mejoró significativamente los síntomas en pacientes con TLP, lo que destaca su eficacia para abordar las distorsiones cognitivas inherentes a este trastorno (Hadadi et al., 2018). De manera similar, los estudios han indicado que la TCC es beneficiosa para las personas con trastorno de ansiedad social, en particular cuando se combina con técnicas conductuales que se enfocan en la ansiedad social y las conductas de evitación (Amet et al., 2023). La eficacia de la TCC en estos contextos está respaldada por hallazgos que sugieren que las distorsiones cognitivas, como las autopercepciones negativas y los temores a las críticas, son fundamentales para la patología de estos trastornos (Weinbrecht et al., 2016).

Además, el enfoque cognitivo-conductual no se limita a la terapia individual; también se ha adaptado para entornos grupales, demostrando una efectividad comparable a las formas individuales de terapia (Suszek et al., 2015). Esta adaptabilidad es crucial dada la prevalencia de los trastornos de la personalidad y la necesidad de opciones de tratamiento escalables. Por ejemplo, un estudio comparativo encontró que la terapia grupal cognitivo-conductual fue efectiva para pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad comórbidos, lo que sugiere que la dinámica de grupo puede mejorar los resultados terapéuticos (Suszek et al., 2015).

La integración de la TCC con otras modalidades terapéuticas, como la terapia dialéctica conductual (TDC), también ha demostrado ser prometedora. La TDC, que incorpora técnicas cognitivo-conductuales con prácticas de atención plena, ha sido particularmente eficaz para tratar el TLP, abordando tanto la desregulación cognitiva como la emocional (Hernandez-Bustamante et al., 2024). Este enfoque holístico reconoce la complejidad de los trastornos de la personalidad, donde se entrelazan factores cognitivos, emocionales e interpersonales.

Además, los metanálisis han reforzado la noción de que tanto la TCC como la terapia psicodinámica pueden ser eficaces en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, aunque los mecanismos específicos de cambio pueden diferir (Leichsenring & Leibing, 2003, 2005). El enfoque de la TCC en la reestructuración cognitiva y la activación conductual contrasta con el énfasis de la terapia psicodinámica en la exploración de los procesos inconscientes y los patrones relacionales. Esta distinción subraya la importancia de adaptar los enfoques de tratamiento a las necesidades individuales de los pacientes, ya que los trastornos de la personalidad a menudo presentan desafíos cognitivos y emocionales únicos.

2.1.3. Teoría Biológica o Neurobiológica

Las teorías biológicas y neurobiológicas de los trastornos de la personalidad destacan la intrincada interacción entre factores genéticos, neuroquímicos y estructurales del cerebro que contribuyen al desarrollo y la manifestación de estos trastornos. Cada vez hay más pruebas que sugieren que los trastornos de la personalidad no son meros constructos psicológicos, sino que están profundamente arraigados en procesos biológicos. Por ejemplo, se han estudiado ampliamente los fundamentos neurobiológicos de los trastornos de la personalidad, en particular los de la categoría del Grupo B, y se ha revelado que las alteraciones de los sistemas de neurotransmisores, como la serotonina y la dopamina, desempeñan un papel importante en trastornos como el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno antisocial de la personalidad (TPA) (Bandelow et al., 2010; Perugula et al., 2017). Estos sistemas de neurotransmisores son cruciales para regular el estado de ánimo, el control de los impulsos y las respuestas emocionales, que a menudo están desregulados en las personas con trastornos de la personalidad.

Las investigaciones también han puesto de relieve la heredabilidad de los rasgos de personalidad asociados a estos trastornos. Por ejemplo, los estudios indican que los factores hereditarios explican una parte sustancial de la variabilidad en rasgos como la impulsividad y la inestabilidad afectiva, que prevalecen en el TLP y otros trastornos de la personalidad (Audiard, 2010). Los estudios genéticos sugieren que las variaciones genéticas comunes contribuyen al riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad, lo que refuerza la noción de que estas afecciones tienen una base biológica (Hertler, 2014). Además, el modelo dimensional

de los trastornos de la personalidad postula que estos trastornos representan extremos desadaptativos de los rasgos normales de la personalidad, lo que sugiere que los trastornos de la personalidad existen a lo largo de un continuo en lugar de como categorías discretas (Grandjean, 2024; Widiger & Costa, 2012).

Los estudios de neuroimagen han proporcionado información sobre las anomalías estructurales y funcionales en los cerebros de las personas con trastornos de la personalidad. Por ejemplo, se han observado alteraciones en la corteza prefrontal y el sistema límbico, que están asociadas con la regulación emocional y el control de los impulsos (Buchheim et al., 2013; McCloskey et al., 2005). Estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que los trastornos de la personalidad pueden surgir de disfunciones en las regiones cerebrales responsables del procesamiento de las emociones y la regulación del comportamiento (Gawda et al., 2016). Además, se ha explorado la relación entre los rasgos de personalidad y los trastornos de salud mental, revelando que rasgos como el neuroticismo son predictores sólidos de varios resultados de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión (Barlow et al., 2013; Kotov et al., 2010). Esto sugiere que los trastornos de la personalidad pueden compartir vías neurobiológicas comunes con otras afecciones psiquiátricas, lo que complica aún más su diagnóstico y tratamiento.

2.1.4. Teoría del Apego

La teoría del apego proporciona un marco fundamental para comprender el desarrollo y la manifestación de los trastornos de la personalidad (TP). Esta teoría postula que las interacciones tempranas con los cuidadores moldean el estilo de apego de un individuo, que a su vez influye en sus relaciones interpersonales y regulación emocional a lo largo de la vida. Las investigaciones indican que los estilos de apego inseguros (como el ansioso, el evitativo y el desorganizado) están significativamente correlacionados con varios trastornos de la personalidad, en particular el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) (Levy et al., 2015; Pad et al., 2021).

En el contexto del TLP, las personas a menudo muestran un estilo de apego preocupado o temeroso, lo que genera dificultades en la autorrepresentación y las relaciones interpersonales.

Esto se caracteriza por una visión negativa de sí mismas y una percepción inestable de los demás, lo que puede exacerbar la desregulación emocional y la impulsividad (Choi-Kain et al., 2009; Fonagy & Bateman, 2008; Scott et al., 2013). Los estudios han demostrado que los estilos de apego de las personas con TLP están marcados por una historia de relaciones de apego interrumpidas, que contribuyen a sus síntomas de miedo al abandono e inestabilidad emocional (Levy, 2005; Levy et al., 2015). Además, la desregulación emocional observada en el TLP se puede rastrear hasta estos patrones de apego inseguro, lo que sugiere que la teoría del apego ofrece información fundamental sobre la etiología de este trastorno (Agrawal et al., 2004; Fonagy & Bateman, 2008).

Más allá del TLP, la teoría del apego se ha aplicado para comprender otros trastornos de la personalidad, como el TNP y el trastorno de la personalidad por evitación (TPE). Por ejemplo, las personas con TNP a menudo muestran estilos de apego despectivos, que pueden manifestarse como grandiosidad y falta de empatía hacia los demás (Bennett, 2005; Dickinson & Pincus, 2003). De manera similar, las personas con trastorno de apego afectivo pueden presentar altos niveles de ansiedad y evitación en las relaciones, derivados de fallas tempranas en el apego que fomentan el miedo al rechazo y la crítica (Aaronson et al., 2006; Levy et al., 2015; Pad et al., 2021). La interacción entre los estilos de apego y los rasgos de personalidad subraya la importancia de considerar la historia de apego tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Lyddon & Sherry, 2001).

Además, la integración de la teoría del apego en la práctica clínica ha llevado al desarrollo de enfoques terapéuticos destinados a fomentar relaciones de apego seguro. Estos enfoques enfatizan la importancia de la alianza terapéutica como una experiencia reparadora para las personas con estilos de apego inseguro, lo que potencialmente conduce a una mejor regulación emocional y funcionamiento interpersonal (Bateman & Fonagy, 2003; Guina, 2016). Las investigaciones respaldan la eficacia de las intervenciones basadas en el apego en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, en particular para mejorar las habilidades relacionales y reducir los síntomas asociados con la desregulación emocional (Bateman & Fonagy, 2003; Fonagy & Bateman, 2008).

2.1.5. Teoría Humanista

La teoría humanista de los trastornos de la personalidad enfatiza el potencial inherente de crecimiento y autorrealización de los individuos, y postula que los trastornos de la personalidad surgen de una desconexión entre el yo verdadero y el yo que se proyecta debido a presiones sociales o traumas. Esta perspectiva tiene sus raíces en el marco más amplio de la psicología humanista, que prioriza la comprensión de las personas en sus contextos únicos y el fomento de su autonomía y desarrollo personal (Biruny & Salsabila, 2021; Neuman, 2023a).

La psicología humanista, tal como la articulan teóricos como Carl Rogers y Abraham Maslow, subraya la importancia de la empatía, la consideración positiva incondicional y la autenticidad en los entornos terapéuticos. propusieron que los entornos terapéuticos deberían facilitar el crecimiento personal al proporcionar condiciones que permitan a las personas explorar sus sentimientos y experiencias sin juzgar (Rogers, 2007). Este enfoque es particularmente relevante cuando se abordan los trastornos de la personalidad, ya que estas afecciones a menudo implican una angustia emocional significativa y una lucha por la identidad (Pos & Greenberg, 2012; Pos & Paolone, 2019). La terapia centrada en las emociones (EFT), un enfoque humanista, ha demostrado ser prometedora en el tratamiento de los trastornos de la personalidad al ayudar a los pacientes a procesar sus emociones y desarrollar autoconceptos más saludables (Pos & Greenberg, 2012; Pos & Paolone, 2019).

Además, la perspectiva humanista aboga por un alejamiento de las etiquetas diagnósticas tradicionales, que pueden patologizar a las personas y reforzar las autopercepciones negativas. En cambio, hace hincapié en la comprensión de las experiencias subjetivas de las personas con trastornos de la personalidad, centrándose en sus fortalezas y su potencial de crecimiento (Honos-Webb & Leitner, 2002; Pos & Paolone, 2019). Esto coincide con la noción de que los trastornos de la personalidad pueden verse como respuestas desadaptativas a las experiencias de la vida en lugar de rasgos fijos, lo que permite la posibilidad de cambio y curación (Afif, 2021; Biruny & Salsabila, 2021; Pos & Paolone, 2019).

El enfoque humanista también destaca la importancia de la autonomía personal y la capacidad de autodeterminación. Esta perspectiva sugiere que las personas con trastornos de la personalidad pueden beneficiarse de prácticas terapéuticas que les permitan recuperar su autonomía y tomar decisiones significativas en sus vidas (Neuman, 2023a, 2023b). Al fomentar

una relación terapéutica de apoyo, los profesionales pueden ayudar a los clientes a superar sus desafíos y cultivar un sentido de sí mismos que esté más alineado con sus deseos y valores auténticos (Biruny & Salsabila, 2021; Neuman, 2023b; Pos & Paolone, 2019).

2.1.6. Teoría Evolutiva

La teoría evolutiva de los trastornos de la personalidad proporciona un marco para comprender los orígenes y la persistencia de estos trastornos a través de la lente de la selección natural y la adaptación. Esta perspectiva sugiere que los rasgos de personalidad, incluidos los que se manifiestan como trastornos, pueden haber evolucionado como estrategias adaptativas que mejoran el éxito reproductivo y la supervivencia en entornos variables. La interacción entre las predisposiciones genéticas y los factores ambientales es crucial para dar forma a los rasgos de personalidad y sus expresiones desadaptativas, que pueden conducir a trastornos de la personalidad.

Las investigaciones indican que las diferencias de personalidad no solo prevalecen en las poblaciones humanas, sino que también se observan en otras especies, lo que sugiere una raíz evolutiva profunda, teniendo en cuenta que las diferencias de personalidad son omnipresentes en la naturaleza y relevantes para la aptitud darwiniana, se ha establecido una base para comprender los trastornos de la personalidad desde una perspectiva evolutiva (Gutiérrez & Valdesoiro, 2023). Esta visión es apoyada por Hunt & Jaeggi (2022), quienes sostienen que los fenotipos hereditarios activos durante los años reproductivos están sujetos a la selección natural, lo que requiere una explicación evolutiva de los trastornos mentales, incluidos los trastornos de la personalidad. La superposición entre las dimensiones de la personalidad y los trastornos específicos subraya aún más la importancia evolutiva de estos rasgos (Hunt & Jaeggi, 2022).

La evolución de los trastornos de la personalidad también se puede contextualizar dentro del desarrollo histórico de los sistemas de clasificación psiquiátrica. Se ha proporcionado una descripción histórica de la conceptualización de los trastornos de la personalidad, que ilustra cómo los criterios de diagnóstico han evolucionado con el tiempo en respuesta a los cambios en la comprensión de la salud mental (Popiel & Keegan, 2017). Esta evolución refleja cambios más amplios en la comprensión de la psicopatología, como se ve en la transición de modelos

categoricos a dimensionales en los sistemas de diagnóstico contemporáneos, como el DSM-5 (Sharp & Wall, 2021, 2021). El enfoque dimensional permite una comprensión más matizada de los trastornos de la personalidad, reconociendo el espectro del funcionamiento de la personalidad en lugar de categorías rígidas (Sharp y Wall, 2021).

Además, la persistencia de ciertos rasgos desadaptativos se puede explicar a través de modelos genéticos evolutivos. Se analiza cómo la selección natural puede no eliminar los alelos de susceptibilidad a los trastornos mentales, lo que sugiere que estos rasgos pueden conferir algunas ventajas adaptativas en condiciones ambientales específicas (Keller, 2008). Esta noción se alinea con el concepto de selección equilibradora, según el cual ciertos rasgos pueden mantenerse en la población a pesar de su asociación con resultados negativos, debido a sus posibles beneficios en contextos particulares (Keller, 2008).

Además de los factores genéticos, el papel de las influencias ambientales en el desarrollo de los trastornos de la personalidad es significativo. La interacción entre las predisposiciones genéticas y las experiencias de vida puede dar forma a la expresión de los rasgos de personalidad, lo que lleva a la aparición de trastornos en determinadas condiciones. Por ejemplo, las experiencias adversas en la infancia pueden interactuar con las vulnerabilidades genéticas para aumentar el riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad más adelante en la vida (Giudice, 2018).

2.1.7. Teoría Interpersonal

La teoría interpersonal de los trastornos de la personalidad postula que la disfunción interpersonal es una característica central de la patología de la personalidad, que la distingue de otros trastornos psicológicos. Esta perspectiva enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales y la dinámica para comprender y diagnosticar los trastornos de la personalidad. La investigación ha demostrado de manera consistente que las personas con trastornos de la personalidad presentan profundas dificultades en sus interacciones interpersonales, que pueden manifestarse como patrones de conducta desadaptativos, desregulación emocional y percepciones distorsionadas de sí mismos y de los demás.

Hopwood et al. (2013) articulan que la patología de la personalidad implica fundamentalmente distorsiones y desregulaciones tanto en situaciones interpersonales proximales como internas, lo que proporciona un marco clínicamente útil para distinguir los trastornos de la personalidad de otros problemas de salud mental, como los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad. Esta visión es compartida por Frandsen et al. (2019), quienes destacan que el trastorno de personalidad por evitación (TPE) se caracteriza por una disfunción interpersonal más grave en comparación con el trastorno de ansiedad social (TAS), lo que refuerza la idea de que los trastornos de la personalidad están marcados por desafíos interpersonales significativos. Además, se realizó un metanálisis que confirmó que la disfunción interpersonal es un sello distintivo de los trastornos de la personalidad, lo que enfatiza la necesidad de métodos de evaluación innovadores que capturen la complejidad de la dinámica interpersonal (Wilson et al., 2017).

El modelo circumplejo interpersonal, que organiza el funcionamiento interpersonal en torno a las dimensiones de agencia y comunión, sirve como una herramienta valiosa en este contexto. La forma en que ilustra este modelo puede diferenciar entre varios estilos de disfunción interpersonal, lo que ayuda a comprender trastornos de personalidad específicos (Wright et al., 2013). Este modelo está respaldado por los hallazgos que encontraron que los problemas interpersonales prevalecen en diferentes niveles de psicopatología, lo que subraya aún más la centralidad de los problemas interpersonales en los trastornos de la personalidad (Girard et al., 2017).

Además, se ha demostrado que el papel de la mentalización (comprender los estados mentales propios y de los demás) media la relación entre la gravedad del trastorno de la personalidad y el funcionamiento interpersonal. Se ha descubierto que los déficits en la mentalización contribuyen significativamente a la disfunción interpersonal en el trastorno límite de la personalidad (TLP), lo que sugiere que mejorar las habilidades de mentalización podría ser un objetivo terapéutico (Rishede et al., 2021). Esto se alinea con los hallazgos de Wright et al. (2022), quienes abogan por un cambio hacia la visión de los trastornos de la personalidad a través de una lente interpersonal, proponiendo que la disfunción interpersonal inherente a estos trastornos es un factor crítico en su tratamiento y comprensión.

Los problemas interpersonales no solo son marcadores de trastornos de la personalidad,

sino que también afectan significativamente la calidad de las relaciones y el funcionamiento general. Gutman et al. (2006) demostraron que el grado de patología de la personalidad se correlaciona con la disfunción de pareja, lo que indica que los deterioros interpersonales son generalizados en varios grupos de trastornos de la personalidad. Esto está respaldado además por la investigación que indica que la sensibilidad interpersonal, un rasgo que se observa a menudo en personas con trastornos de la personalidad, está vinculada a las inseguridades del apego y puede exacerbar las dificultades interpersonales (Otani et al., 2014).

2.1.8. Teoría Sistémica o Familiar

La teoría sistémica o familiar en el contexto de los trastornos de la personalidad enfatiza las intrincadas interacciones dentro de los sistemas familiares y su influencia significativa en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de los trastornos de la personalidad. Este marco teórico postula que la patología de la personalidad no existe de manera aislada, sino que está profundamente arraigada en la dinámica relacional, particularmente en contextos familiares.

La literatura científica ha demostrado consistentemente que la dinámica familiar juega un papel crucial en el funcionamiento de las personas con trastornos de la personalidad. Por ejemplo, las parejas de personas con trastorno bipolar, que a menudo presentan patología de la personalidad, pueden mitigar algunos impactos negativos en el funcionamiento familiar a través de conductas de apoyo durante períodos críticos (Sheets & Miller, 2010). Esto sugiere que la presencia de trastornos de la personalidad puede ser amortiguada por interacciones familiares saludables, lo que refuerza la idea de que los sistemas familiares son fundamentales para comprender y abordar la patología de la personalidad.

Además, la eficacia de las intervenciones basadas en la familia ha sido documentada en varios estudios. sostienen que la participación familiar es esencial para la trayectoria de recuperación de las personas con trastornos de la personalidad, en particular el trastorno límite de la personalidad (Hoffman & Fruzzetti, 2007). Santisteban et al. (2015) destacan que las familias suelen soportar la peor parte del impacto del trastorno y, por lo tanto, requieren apoyo y educación para afrontar estos desafíos de manera eficaz.

El enfoque sistémico también subraya la importancia de comprender la transmisión familiar de los trastornos de la personalidad. Un estudio de antecedentes familiares reveló una coagregación significativa del trastorno límite de la personalidad con trastornos del Eje I y otros trastornos del Eje II dentro de las familias, lo que sugiere un componente hereditario influenciado por la dinámica familiar (Zanarini et al., 2009). Esta perspectiva familiar está respaldada además por Berenbaum et al. (2011), que analiza cómo la inestabilidad afectiva, una característica común en el trastorno límite de la personalidad, puede transmitirse dentro de las familias, independientemente de otros rasgos de personalidad.

Además, el panorama terapéutico de los trastornos de la personalidad está evolucionando para incorporar la dinámica familiar de manera más explícita. South et al. (2008) sugieren que la terapia de pareja puede servir como un entorno eficaz para abordar la patología de la personalidad, ya que permite la exploración de dinámicas desadaptativas en un entorno de apoyo. Esto es particularmente relevante dadas las altas tasas de disfunción en las relaciones asociadas con los trastornos de la personalidad, como lo destacó Daley et al. (2000), quien encontró que los síntomas del trastorno límite de la personalidad predicen la disfunción en las relaciones románticas.

2.2. Generalidades sobre el Trastorno Límite de la Personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental complejo y multifacético que se caracteriza por patrones generalizados de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y las emociones, junto con una marcada impulsividad. El trastorno afecta aproximadamente al 1-2 % de la población general, con tasas de prevalencia más altas observadas en entornos psiquiátricos, donde representa el 10-20 % de los pacientes (Gado, 2016). La etiología del TLP es multifactorial e involucra factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, en particular experiencias adversas en la infancia (Li et al., 2021).

Las personas con TLP a menudo experimentan una intensa desregulación emocional, lo que genera dificultades para controlar la ira, la ansiedad y la tristeza (Valencia & Sinambela, 2021). Esta inestabilidad emocional puede manifestarse en conductas autodestructivas, incluidas las autolesiones no suicidas y los intentos de suicidio. Los estudios indican que las personas con

TLP tienen un riesgo tres veces mayor de intentar suicidarse a lo largo de su vida en comparación con las personas sin el trastorno (Islam et al., 2019). La relación entre el TLP y las enfermedades psiquiátricas comórbidas, como la depresión mayor y el trastorno bipolar, complica el cuadro clínico, ya que estas comorbilidades pueden exacerbar los síntomas y dificultar un tratamiento eficaz (Zimmerman et al., 2014).

Los trastornos cognitivos y perceptivos también son frecuentes en el TLP. Las investigaciones han demostrado que las personas con TLP a menudo presentan capacidades de decodificación del estado mental deterioradas, lo que puede llevar a interpretaciones erróneas de las señales sociales y una mayor sensibilidad al rechazo interpersonal (Richman & Unoka, 2015). Estas distorsiones cognitivas contribuyen a las dificultades interpersonales que caracterizan al trastorno, ya que los individuos pueden oscilar entre la idealización y la devaluación de los demás, lo que lleva a relaciones inestables (Daros et al., 2012).

El tratamiento para el TLP ha evolucionado significativamente, y la terapia dialéctica conductual (TDC) ha surgido como una intervención líder basada en evidencia. La TDC se centra en mejorar la regulación emocional, la eficacia interpersonal, la tolerancia a la angustia y la atención plena (Kliem et al., 2010). Los metaanálisis han demostrado la eficacia de la TDC para reducir las conductas de autolesión y mejorar el funcionamiento general en personas con TLP (Kliem et al., 2010). Otros enfoques terapéuticos, como el tratamiento basado en la mentalización y la psicoterapia centrada en la transferencia, también han demostrado ser prometedores para abordar los desafíos únicos que plantea el TLP (Hörz et al., 2010).

A pesar de los desafíos asociados con el TLP, existe evidencia que sugiere que la recuperación es posible. Un estudio longitudinal indicó que una proporción significativa de personas con TLP pueden lograr una remisión sostenida, y que el 86 % de los participantes mantienen la remisión sintomática durante un período de cuatro años (Zanarini, Frankenburg, Reich, et al., 2010). Esto resalta la importancia de la intervención temprana y de los enfoques terapéuticos personalizados para mejorar los resultados de las personas con TLP.

2.3. Epidemiología del Trastorno Límite de la Personalidad

Se estima que la prevalencia del TLP en la población general es de alrededor del 1-2 %, pero puede ser significativamente más alta en entornos clínicos, particularmente entre pacientes psiquiátricos hospitalizados, donde las tasas pueden alcanzar hasta el 20 % o más (Bender et al., 2006; Zanarini et al., 2004). Esta discrepancia resalta la importancia del contexto para comprender la epidemiología del TLP. Factores como el entorno cultural y los cambios sociales pueden influir en la expresión y el reconocimiento de los síntomas del TLP. Por ejemplo, se ha sugerido que los rápidos cambios sociales en las sociedades occidentales contribuyen a la creciente prevalencia del TLP, ya que las personas pueden luchar con las demandas de la vida moderna, lo que lleva a la desregulación emocional y la impulsividad (Pascual et al., 2008).

El trauma infantil, en particular el abuso emocional, es un factor de riesgo significativo para desarrollar TLP. Los estudios indican que las personas con TLP a menudo informan un historial de trauma infantil, que se correlaciona con la gravedad de sus síntomas (Şar et al., 2009). La relación entre el trauma y el TLP subraya la necesidad de una intervención temprana y una atención basada en el trauma en las poblaciones en riesgo. Además, la presencia de trastornos comórbidos, como el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad, es frecuente entre las personas con TLP, lo que complica el cuadro clínico y los enfoques de tratamiento (Gunderson et al., 2008; Silverman et al., 2012). Las altas tasas de comorbilidad sugieren que el TLP no solo puede exacerbar la gravedad de otras afecciones de salud mental, sino también prolongar su duración, lo que conduce a un aumento de la morbilidad.

El impacto del TLP se extiende más allá del sufrimiento individual; también supone una carga significativa para los sistemas de atención sanitaria. Los pacientes con TLP utilizan con frecuencia los servicios de salud mental, que a menudo requieren modalidades de tratamiento más intensivas y variadas en comparación con otros trastornos de la personalidad. Este aumento de la utilización puede atribuirse a la naturaleza crónica del TLP, que a menudo conduce a hospitalizaciones repetidas y cuidados ambulatorios extensos. A pesar de la alta demanda de servicios, existe una brecha notable en las opciones de tratamiento efectivas, en particular para quienes tienen afecciones comórbidas, lo que puede dificultar la recuperación y exacerbar los deterioros funcionales (Bender et al., 2006; Hörz et al., 2010).

2.4. Diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico complejo y multifacético que se caracteriza por patrones generalizados de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como una marcada impulsividad. El diagnóstico del TLP ha evolucionado significativamente a lo largo de los años, y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) proporciona un marco estructurado para su identificación. El DSM-5 describe nueve criterios para el TLP, de los cuales el paciente debe cumplir cinco para obtener un diagnóstico formal.

Estos criterios abarcan una variedad de síntomas, incluidos los esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario, un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, alteración de la identidad, impulsividad, comportamiento suicida recurrente, inestabilidad emocional, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada e ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (Peng et al., 2019; Trull et al., 2010).

El proceso de diagnóstico del TLP suele implicar entrevistas clínicas exhaustivas, que suelen utilizar herramientas estructuradas como la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV o las adaptaciones más recientes del DSM-5. Estos instrumentos están diseñados para mejorar la fiabilidad y la validez del diagnóstico mediante la evaluación sistemática de la presencia de síntomas específicos y su impacto en el funcionamiento (Bellino et al., 2011; Sharp et al., 2014). La DSM-5, por ejemplo, incluye una versión específica para los trastornos de la personalidad, que ayuda a los médicos a diferenciar el TLP de otras afecciones psiquiátricas que pueden presentarse con síntomas superpuestos, como el trastorno bipolar (Gharraee et al., 2022).

Uno de los desafíos importantes en el diagnóstico del TLP es la superposición de sus síntomas con otros trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno bipolar. Las investigaciones indican que las personas con TLP pueden ser frecuentemente diagnosticadas erróneamente como pacientes con trastorno bipolar debido a características compartidas como la inestabilidad del estado de ánimo y la impulsividad (Luty, 2019; Ruggero et al., 2010). Este diagnóstico erróneo puede conducir a estrategias de tratamiento inapropiadas, ya que los enfoques terapéuticos para el TLP y el trastorno bipolar difieren notablemente. Por ejemplo, si

bien los estabilizadores del estado de ánimo pueden ser efectivos para el trastorno bipolar, no suelen estar indicados para el TLP, donde la psicoterapia, en particular la terapia dialéctica conductual (TDC), es la piedra angular del tratamiento (Swann et al., 2013; Walsh et al., 2015).

La prevalencia del TLP en el ámbito clínico es notablemente alta: se estima que afecta aproximadamente al 1-2 % de la población general, pero puede encontrarse en el 10-20 % de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y hasta en el 30-60 % de los pacientes hospitalizados (Safarzadeh et al., 2023; Trull et al., 2010). Esta alta prevalencia subraya la importancia de un diagnóstico preciso, ya que el TLP suele ser comórbido con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias (Aouidad et al., 2020; Zanarini, Frankenburg, Weingeroff, et al., 2010). La presencia de afecciones comórbidas puede complicar el cuadro diagnóstico, por lo que es imperativo que los médicos realicen evaluaciones exhaustivas que consideren todo el espectro de la historia clínica de salud mental del paciente.

Además, los criterios diagnósticos del TLP han sido objeto de un continuo debate y perfeccionamiento. El DSM-5 introdujo un enfoque dimensional de los trastornos de la personalidad, lo que permitió una comprensión más matizada del TLP que considera la gravedad de los síntomas y su impacto en el funcionamiento (Galione & Zimmerman, 2010; Trull et al., 2010). Este cambio de un modelo puramente categórico a un modelo híbrido refleja un creciente reconocimiento de la complejidad de los trastornos de la personalidad y la necesidad de enfoques de tratamiento individualizados que aborden las necesidades específicas de los pacientes (McCabe & Widiger, 2020).

Además de las entrevistas estructuradas, las medidas de autoinforme y las evaluaciones observacionales también son valiosas en el proceso de diagnóstico. Se han desarrollado herramientas como el Instrumento de detección de McLean para el trastorno límite de la personalidad (MSI-BPD) para facilitar la identificación temprana de los síntomas del TLP, en particular en poblaciones donde los métodos de diagnóstico tradicionales pueden ser menos factibles (Safarzadeh et al., 2023). Estos instrumentos pueden ser particularmente útiles en entornos como la atención primaria o la salud mental comunitaria, donde el acceso a una evaluación psiquiátrica especializada puede ser limitado.

Las implicaciones de un diagnóstico preciso de TLP se extienden más allá del paciente

individual, influyendo en la planificación del tratamiento y la asignación de recursos dentro de los sistemas de salud mental. Un diagnóstico erróneo puede dar lugar a regímenes de tratamiento ineficaces, mayores costos de atención médica y una mayor carga tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica (Dias & Natividade, 2024). Por lo tanto, la educación y la capacitación continuas para los médicos en los matices del diagnóstico y el manejo del TLP son esenciales para mejorar los resultados para las personas afectadas.

2.5. Definición del Suicidio y Epidemiología del Suicidio

El suicidio se refiere al acto de quitarse intencionalmente la vida o de incurrir en una autolesión fatal autodirigida. Con frecuencia se estudia en relación con traumas previos y trastornos de salud mental. En poblaciones con antecedentes de abuso infantil o en la adultez, la suicidalidad se informa de manera consistente como una preocupación clínica importante y como una posible consecuencia de experiencias adversas. En términos clínicos, el riesgo suicida es mayor en grupos con depresión y exposición al trauma, lo que subraya la importancia de evaluar sistemáticamente la historia traumática en los trastornos afectivos al valorar la suicidalidad (Ortiz-Guzmán et al., 2023).

Según lo definido por el DSM-5 los trastornos de la personalidad (TP) se caracterizan por patrones anormales de experiencia interna y comportamiento. Estos afectan la cognición, la emoción, el funcionamiento interpersonal, el control de los impulsos, son inflexibles y generalizados, provocan malestar o deterioro clínicamente significativos, son estables y de larga duración, y tienen un inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana (American Psychiatric Association, 2013). Los trastornos de personalidad son comunes en la práctica y se pueden encontrar, más allá de otros diagnósticos, en hasta el 45 % de todos los pacientes ambulatorios. De estos, el TLP es, con mucho, la categoría más investigada debido a los desafíos clínicos que presenta (Zimmerman et al., 2005).

El TLP se asocia con una amplia gama de psicopatologías, que incluyen un estado de ánimo inestable, conductas impulsivas y relaciones interpersonales inestables. Los pacientes con TLP tienen una media de tres intentos de suicidio a lo largo de su vida, la mayoría por sobredosis. Los comportamientos de autolesión (es decir, autolesiones no suicidas) (NSSI) también son

comunes en el TLP (Klonsky et al., 2014).

Las NSSI generalmente se presentan como cortes superficiales en las muñecas y los brazos. Sin embargo, NSSI no tiene intenciones suicidas, los pacientes con TLP tienen problemas con la regulación emocional y se cortan a sí mismos de forma adictiva para reducir los estados internos dolorosos. Cortarse alivia la tensión emocional, pero no refleja el deseo de morir (Brickman et al., 2014).

Si bien las sobredosis de drogas a veces pueden poner en peligro la vida, estos comportamientos varían mucho en naturaleza e intención. Por lo general, ocurren después de eventos estresantes de la vida, y los pacientes describen su motivación como un deseo de escapar (Prada et al., 2018). La mayoría de los incidentes reflejan una motivación ambivalente, involucrando pequeñas cantidades de medicamentos y/o llamando a otras personas importantes para pedir ayuda. Incluso cuando se producen sobredosis potencialmente mortales, los pacientes a menudo se ponen en contacto con personas que están en condiciones de intervenir. Durante mucho tiempo se ha establecido que los que intentan suicidarse y los que lo completan son poblaciones separadas pero superpuestas (Beautrais, 2001).

América Latina es una de las regiones del mundo con las tasas más bajas de suicidio. Las tasas de suicidio entre los jóvenes de América Latina (6,8 muertes por 100 000) son más altas que las encontradas en África (1,3) y Europa (6,7), y significativamente más bajas que las existentes en Asia (9,6), América del Norte (10,1) y Oceanía (12,2). Estos datos contrastan con las altas tasas de homicidios en América Latina, que son dos veces más altas que las de África, tres veces más altas que las de América del Norte y significativamente más altas que las de Europa (Tellez & Taborda, 2006).

En el continente latinoamericano, en la actualidad, existen algunos factores psicológicos que hacen que varios países sean más propensos a la agresión y el suicidio. Entre tales factores, cabe destacar los altos niveles de pobreza, especialmente entre las personas indígenas en Guatemala, México, Perú, Bolivia y Paraguay; condiciones de desnutrición que son más altas entre los grupos indígenas de Guatemala; el elevado número de familias apoyadas por madres solteras en Costa Rica y El Salvador. Estos factores causan deficiencias crónicas, necesidades diarias de supervivencia aguda no satisfechas y sentimientos de desesperación y desesperanza; todas estas condiciones son responsables de desencadenar el comportamiento suicida (Ruiz,

2009).

República Dominicana es el país de América Latina que presenta la tasa más baja de suicidios: 1,6 muertes por 100 000 en 2004. Estos datos permanecen estables desde 1990, luego de un ligero aumento en 1975 (3,3/100 000) (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012). Durante varias décadas, Cuba presentó las tasas más altas de suicidio en América Latina, pero a partir de 1992 (21,3/100 000) se ha observado una disminución gradual hasta alcanzar la tasa de 12,3 en 2006. Los resultados de 2006 muestran un aumento drástico en la tasa de suicidio en hombres y mujeres en el grupo de 45 años hasta alcanzar una tasa de 88,6/100 000 en el grupo de hombres mayores de 75 años (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012).

En Argentina, la tasa de suicidios muestra una tasa de disminución, pasando de 9,4/100 000 (1996) a 7,9/100 000 en 2005, con una frecuencia predominante entre los hombres (3:1) en todos los grupos de edad. Los resultados de 2005 muestran que el suicidio es más frecuente, en ambos sexos, en jóvenes de 15 a 24 años de edad y mayores de 75 años (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012). Los datos estadísticos muestran una mayor tasa de suicidio entre los adolescentes. Algunos autores consideran que las amenazas de violencia por parte de compañeros de clase (acoso escolar) desencadenan conductas suicidas en este grupo etario (*bullycide*) (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012).

En Brasil, el país más poblado de América Latina, la tasa de suicidios se mantuvo cerca de 3,2/100 000 durante el período 1980-1995 y, a partir de esa fecha, se ha observado un ligero aumento gradual hasta alcanzar 4,5 en 100 000 en 2005. El 2005 los resultados muestran que el suicidio es más frecuente en los hombres (3.5:1) dentro de todos los grupos etarios y la tasa ha ido aumentando gradualmente a partir de los hombres cuya edad es mayor de 45 años y alcanza el nivel más alto en los individuos que tienen más de 75 años de edad (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012).

En Ecuador, las tasas de suicidio han aumentado desde 1985 (4,2 por 100 000) hasta llegar a 6,8 en 2008. En realidad, el suicidio es la decimocuarta causa de mortalidad en la población general, con una tasa de 73,5/100 000 (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012). Los hombres se suicidaron con mayor frecuencia que las mujeres (2:1), pero en las personas de 15 a 24 años no se observa una diferencia de género. Según los datos del Observatorio del Suicidio de Quito, la tasa de suicidios en Quito, la capital de Ecuador, es de 8/100 000, la tasa de suicidios más alta

del país, y los episodios de suicidio ocurren en cualquier época del año (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012).

El mismo comportamiento se observa en Paraguay, donde las tasas de suicidio han aumentado desde 1955 (1,1/100 000) hasta 2004 (4,1/100 000) con eventos suicidas más frecuentes entre adolescentes (7,8/100 000) (Adorno & Pagliaro, 2012). En Uruguay, la tasa de suicidios ha aumentado gradualmente de 10,4/100,000 en 1971 a 15,8 en 2004, con un aumento significativo de los episodios de suicidio entre los hombres cuya edad es mayor de 55 años, alcanzando una tasa de 40,7/100 000 dentro del grupo de esos cuya edad es mayor de 75 años (Tellez-Vargas & Forero-Vargas, 2012).

En 2010, la tasa de suicidio en Paraguay fue de 4,57 por 100.000 habitantes, con predominio del sexo masculino (6,61 frente a 2,49 por 100.000 en mujeres). Las zonas con mayores tasas fueron Concepción, Amambay y Alto Paraguay (Adorno & Pagliaro, 2012).

2.6. Suicidio en las Personas con Trastorno Límite de la Personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una afección mental grave y compleja que se caracteriza por inestabilidad emocional, impulsividad y dificultades en las relaciones interpersonales. Uno de los aspectos más alarmantes del TLP es su fuerte asociación con la conducta suicida. Las investigaciones indican que las personas con TLP presentan tasas significativamente elevadas de ideación e intentos suicidas en comparación con la población general. Se estima que entre el 69 % y el 80 % de las personas con TLP tienen antecedentes de intentos de suicidio, y algunos estudios informan que la tasa de suicidio entre esta población puede llegar al 10 % (Bateman & Fonagy, 2010; Soloff & Chiappetta, 2012).

Los factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida en las personas con TLP son multifacéticos. La desregulación emocional es una característica central del TLP, que conduce a respuestas emocionales intensas que pueden precipitar conductas autolesivas e ideación suicida (Blasczyk-Schiep et al., 2016; Pelta, 2021). Además, la presencia de condiciones comórbidas, como la depresión y el trastorno bipolar, exacerba aún más el riesgo de suicidio en esta población (Khosravi, 2020). Por ejemplo, la investigación ha demostrado que los síntomas

de depresión están significativamente correlacionados con la ideación suicida entre las personas con TLP, lo que destaca la necesidad de enfoques de tratamiento integrales que aborden tanto la regulación del estado de ánimo como la patología de la personalidad (Wolford-Clevenger et al., 2016).

La conducta autolesiva es otro aspecto crítico del TLP que a menudo coexiste con pensamientos y acciones suicidas. Los estudios han indicado que una proporción significativa de personas con TLP participan en autolesiones no suicidas (NSSI), que pueden servir como un mecanismo de afrontamiento para la angustia emocional y un precursor de la conducta suicida (Colle et al., 2020). La distinción entre autolesión con y sin intención suicida es crucial, ya que muchas personas con TLP pueden autolesionarse sin un deseo consciente de terminar con su vida, lo que complica la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio (Mojahed et al., 2018).

Además, el papel del trauma infantil, en particular el abuso, se ha identificado como un predictor significativo tanto de las conductas de autolesión como de la tendencia suicida en personas con TLP (Kaplan et al., 2016). La interacción entre las experiencias adversas tempranas y el desarrollo de los síntomas del TLP subraya la importancia de la intervención temprana y la atención informada sobre el trauma para mitigar los riesgos a largo plazo asociados con el trastorno (Stepp et al., 2016).

En términos de tratamiento, la terapia dialéctica conductual (DBT) ha surgido como un enfoque terapéutico líder para las personas con TLP, en particular para reducir la autolesión y las conductas suicidas. La TCD se centra en mejorar las habilidades de regulación emocional y fomentar la eficacia interpersonal, que son fundamentales para controlar los síntomas del TLP y reducir el riesgo de suicidio (Andreasson et al., 2014; Traynor, 2023).

2.7. Características Sociodemográficas y Suicidio en Personas con TLP

La relación entre la edad y los intentos de suicidio en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) es un tema complejo que ha atraído una atención significativa en la investigación psiquiátrica. El TLP se caracteriza por patrones generalizados de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, junto con una

marcada impulsividad, que a menudo culmina en conductas autolesivas e intentos de suicidio. Los estudios han demostrado de manera consistente que las personas más jóvenes con TLP muestran una mayor propensión a los intentos de suicidio en comparación con sus contrapartes mayores, lo que sugiere que la edad puede servir como un factor crítico para comprender la dinámica de la conducta suicida dentro de esta población.

Las investigaciones indican que la prevalencia de los intentos de suicidio es notablemente alta entre las personas más jóvenes diagnosticadas con TLP. Por ejemplo, Zanarini et al. informaron que más del 60 % de las personas con TLP han realizado múltiples intentos de suicidio, siendo la edad más joven un predictor significativo de tales conductas (Kulacaoğlu & Köse, 2018). Esto coincide con los hallazgos de Pirkis et al., quienes destacaron que el TLP es un predictor significativo de intentos de suicidio entre varios trastornos de la personalidad, particularmente en adultos jóvenes de 18 a 45 años (Mehrazmay et al., 2016). La mayor impulsividad y desregulación emocional característica de las personas más jóvenes con TLP puede contribuir a su mayor riesgo de intentos de suicidio, ya que a menudo luchan por hacer frente a estados emocionales intensos y conflictos interpersonales (Shorub et al., 2022).

Además, los estudios longitudinales han demostrado que el riesgo de intentos de suicidio tiende a disminuir con la edad en las personas con TLP. Por ejemplo, un estudio de encontró que las personas más jóvenes con TLP exhibieron una mayor frecuencia de intentos de suicidio en comparación con las personas mayores, lo que sugiere una posible disminución relacionada con la edad en la impulsividad y la reactividad emocional (Soloff & Chiappetta, 2017). Esta disminución puede atribuirse a la maduración de los mecanismos de afrontamiento y las estrategias de regulación emocional que se desarrollan con el tiempo, lo que permite a las personas mayores manejar sus síntomas de manera más eficaz (Wedig et al., 2012). Además, la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, como el trastorno depresivo mayor (TDM) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que suelen ser más frecuentes en personas más jóvenes con TLP, puede exacerbar aún más el riesgo de intentos de suicidio en este grupo demográfico (Grilo & Udo, 2021; Söderholm et al., 2020).

La interacción entre la edad y la gravedad de los síntomas del TLP también desempeña un papel crucial en la comprensión del riesgo de suicidio. Las investigaciones han demostrado que las personas más jóvenes con características más graves del TLP tienen un mayor riesgo de

intentos de suicidio, lo que destaca la importancia de la gravedad de los síntomas junto con la edad (Söderholm et al., 2020). Además, los estudios han indicado que una edad más temprana al inicio de los síntomas del TLP se correlaciona con una mayor probabilidad de intentos de suicidio, lo que sugiere que la intervención temprana puede ser fundamental para mitigar este riesgo (Kaurin et al., 2023). El efecto acumulativo del trauma temprano, la desregulación emocional y la impulsividad en individuos más jóvenes puede crear una tormenta perfecta para la conducta suicida, lo que requiere enfoques terapéuticos específicos para abordar estas vulnerabilidades (Gelezelyte et al., 2022).

Además de la relación directa entre la edad y los intentos de suicidio, no se puede pasar por alto el papel de los factores psicosociales. Las personas más jóvenes con TLP a menudo enfrentan factores estresantes únicos, como presiones académicas, inestabilidad en las relaciones y desafíos en la formación de la identidad, que pueden exacerbar su angustia emocional y aumentar la probabilidad de intentos de suicidio (Borges et al., 2010). El entorno social, incluido el apoyo familiar y las relaciones con los pares, también influye significativamente en la conducta suicida en esta población. Los estudios han indicado que la falta de apoyo social y las relaciones interpersonales negativas son más pronunciadas en individuos más jóvenes con TLP, lo que eleva aún más su riesgo de intentos de suicidio (Aouidad et al., 2020).

Además, el impacto de las modalidades de tratamiento en la relación entre la edad y los intentos de suicidio en el TLP es un área de creciente interés. La terapia dialéctica conductual (TDC), que ha demostrado ser eficaz para reducir las conductas suicidas en personas con TLP, puede tener efectos diferenciales en función de la edad. Las personas más jóvenes pueden beneficiarse más del enfoque de la TDC en la regulación emocional y la eficacia interpersonal, lo que puede conducir a una reducción de los intentos de suicidio con el tiempo (Andreasson et al., 2014). Por el contrario, las personas mayores pueden presentar diferentes necesidades terapéuticas, como abordar patrones crónicos de comportamiento y afecciones comórbidas que se han desarrollado a lo largo de la vida, lo que puede requerir un enfoque de tratamiento más personalizado (Nemoda et al., 2010).

La relación entre el sexo/género y los intentos de suicidio en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) es una interacción compleja de factores biológicos,

psicológicos y socioculturales. Las investigaciones indican que las diferencias de género influyen significativamente en la prevalencia y la naturaleza de la conducta suicida en pacientes con TLP. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los hombres con TLP tienen un mayor riesgo de morir por suicidio en comparación con sus contrapartes femeninas. Este mayor riesgo se atribuye a varios factores, incluidos niveles más altos de agresión, impulsividad y trastornos comórbidos por consumo de sustancias entre los hombres, que son predictores significativos de intentos de suicidio y consumación (Black et al., 2004; Sher et al., 2018).

Por el contrario, las mujeres con TLP tienden a exhibir diferentes patrones de conducta suicida. Tienen más probabilidades de participar en conductas autolesivas no letales en lugar de intentos de suicidio letales. Esta disparidad de género puede estar vinculada a las expectativas sociales y la expresión de angustia emocional, donde las mujeres pueden internalizar sus luchas, lo que lleva a tasas más altas de depresión y ansiedad, que también se asocian con la ideación suicida (Black et al., 2004; Shorey et al., 2016). Además, las mujeres con TLP a menudo informan un historial de trauma, particularmente abuso infantil, que se correlaciona significativamente con el comportamiento suicida (Yen et al., 2004).

La gravedad de la psicopatología en pacientes con TLP también varía según el género. Las investigaciones indican que las pacientes femeninas a menudo experimentan una desregulación emocional y dificultades interpersonales más graves, lo que puede exacerbar los sentimientos de desesperanza y la ideación suicida (Kryzhanovskaya & Canterbury, 2001). Por el contrario, los pacientes masculinos pueden exhibir más comportamientos externalizantes, como la agresión y el abuso de sustancias, lo que puede llevar a tasas más altas de suicidios consumados (Black et al., 2004; Sher et al., 2018). Esta distinción resalta la necesidad de enfoques sensibles al género en la evaluación y el tratamiento de la conducta suicida en pacientes con TLP.

Además, la comorbilidad del TLP con otros trastornos psiquiátricos complica aún más la relación entre el género y los intentos de suicidio. Por ejemplo, los estudios han descubierto que las personas con TLP que también padecen un trastorno depresivo mayor o trastornos por consumo de sustancias tienen un riesgo elevado de intentos de suicidio, independientemente del género (Black et al., 2004; Soloff et al., 2000). La interacción entre estas condiciones comórbidas y los factores específicos del género pueden crear un perfil de vulnerabilidad único para cada individuo, lo que requiere intervenciones personalizadas que aborden tanto el

trastorno de la personalidad como cualquier problema de salud mental coexistente.

En términos de tratamiento, las diferencias de género también se manifiestan en la respuesta a las intervenciones terapéuticas. Por ejemplo, las mujeres con TLP pueden beneficiarse más de las terapias que se centran en la regulación emocional y la eficacia interpersonal, como la terapia dialéctica conductual (DBT), que ha demostrado reducir significativamente la conducta suicida (Walton et al., 2020). Por otro lado, los hombres pueden requerir un enfoque más integral que aborde la impulsividad y la agresión, junto con las modalidades terapéuticas tradicionales (Black et al., 2004; Sher et al., 2018).

Además, el estigma social que rodea la salud mental y los roles de género puede afectar las conductas de búsqueda de ayuda entre las personas con TLP. Los hombres pueden ser menos propensos a buscar ayuda debido a las expectativas sociales de masculinidad, lo que puede llevar a que no se denuncien los intentos y las ideas suicidas (Oquendo et al., 2007). Las mujeres, si bien es más probable que busquen ayuda, pueden enfrentar barreras relacionadas con el estigma de la enfermedad mental, lo que puede obstaculizar un tratamiento y un apoyo efectivos (Shorey et al., 2016).

Las implicaciones de estas diferencias de género se extienden a las estrategias de salud pública destinadas a reducir las tasas de suicidio entre las personas con TLP. Comprender los distintos factores de riesgo y patrones de comportamiento suicida en hombres y mujeres puede informar los esfuerzos de prevención específicos y mejorar los resultados para esta población vulnerable. Por ejemplo, los programas comunitarios que abordan las necesidades específicas de los hombres con TLP, como promover la expresión emocional y reducir el abuso de sustancias, podrían ser beneficiosos (Black et al., 2004; Soloff et al., 2000). De manera similar, las iniciativas que brindan atención basada en el trauma a las mujeres con TLP pueden ayudar a mitigar el impacto del abuso pasado en la conducta suicida actual (Yen et al., 2004).

La relación entre vivir en áreas urbanas o rurales y los intentos de suicidio entre personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (TLP) está influenciada por varios factores psicosociales, influencias ambientales y las características del trastorno en sí. Las investigaciones indican que las personas con TLP tienen un riesgo significativamente mayor de intentos de suicidio, y los estudios muestran que aproximadamente el 73 % de los pacientes con TLP intentarán suicidarse en algún momento de sus vidas (Yen et al., 2021). Esta estadística

subraya la necesidad crítica de explorar cómo el contexto geográfico (urbano versus rural) puede influir en estos intentos.

Vivir en áreas urbanas a menudo proporciona un mayor acceso a recursos de salud mental, servicios sociales y sistemas de apoyo comunitario, que pueden ser factores de protección contra los intentos de suicidio. Por el contrario, las áreas rurales con frecuencia experimentan tasas más altas de suicidio, atribuidas a factores como el aislamiento social, el acceso limitado a la atención médica y los desafíos económicos (Margerison & Goldman-Mellor, 2019; Yiannakoulis et al., 2016). Por ejemplo, una revisión sistemática destacó que los residentes rurales enfrentan un mayor riesgo de intentos de suicidio y de consumación en comparación con sus contrapartes urbanas, lo que sugiere que el entorno rural puede exacerbar las vulnerabilidades asociadas con el TLP (Barry et al., 2020). Esta disparidad se ve respaldada además por los hallazgos que indican una mayor prevalencia de conductas impulsivas y trastornos por consumo de sustancias entre las poblaciones rurales, que son factores de riesgo significativos para los intentos de suicidio en personas con TLP (Barry et al., 2021; Yiannakoulis et al., 2016).

La naturaleza del TLP en sí complica la relación entre la ubicación geográfica y los intentos de suicidio. El TLP se caracteriza por una intensa desregulación emocional, impulsividad y relaciones interpersonales inestables, todo lo cual puede verse exacerbado por los factores estresantes asociados con la vida rural, como la inestabilidad económica y el aislamiento social (Kulacaoğlu & Köse, 2018). Los estudios han demostrado que las personas con TLP que viven en zonas rurales pueden experimentar una psicopatología más grave, incluidos mayores sentimientos de desesperanza y depresión, en comparación con las que viven en entornos urbanos (Anbazhagan et al., 2017). Esta mayor gravedad de los síntomas puede conducir a una mayor probabilidad de intentos de suicidio, ya que las personas pueden carecer de los sistemas de apoyo necesarios para hacer frente a su angustia emocional.

Además, los métodos de los intentos de suicidio pueden diferir significativamente entre las poblaciones urbanas y rurales. Las investigaciones indican que en las zonas rurales, los métodos como la ingestión de pesticidas son más comunes, mientras que los residentes urbanos pueden optar por una sobredosis de medicamentos o el uso de otros venenos (Liu et al., 2022). Esta diferencia en los métodos puede reflejar no solo la disponibilidad de medios, sino también las

actitudes culturales hacia el suicidio y la salud mental, que pueden variar ampliamente entre los entornos urbanos y rurales (Sun et al., 2015). Las implicaciones de estas diferencias son profundas, ya que sugieren que es posible que sea necesario adaptar las intervenciones a las necesidades y circunstancias específicas de las personas en función de su contexto geográfico.

El papel del apoyo social no puede subestimarse en este debate. Los entornos urbanos suelen ofrecer más oportunidades de interacción social y participación comunitaria, lo que puede servir como factor de protección contra los intentos de suicidio (Inder et al., 2014). Por el contrario, las zonas rurales pueden sufrir una falta de cohesión social, lo que genera sentimientos de soledad y desesperación entre las personas con TLP. Este aislamiento puede ser especialmente perjudicial, ya que las personas pueden sentirse menos inclinadas a buscar ayuda o revelar sus luchas debido al estigma o la falta de recursos disponibles (Handley et al., 2012). La interacción entre el apoyo social y la ubicación geográfica es fundamental, ya que puede influir significativamente en los resultados de salud mental de las personas con TLP.

Además, es digno de mención el impacto de los factores socioeconómicos en los intentos de suicidio entre las personas con TLP en diferentes entornos geográficos. Las dificultades económicas, que suelen ser más pronunciadas en las zonas rurales, pueden exacerbar los síntomas del TLP y aumentar el riesgo de intentos de suicidio (Yiannakoulis et al., 2016). Los estudios han demostrado que las personas con TLP que están desempleadas o enfrentan dificultades financieras tienen un mayor riesgo de presentar conductas suicidas, lo que resalta la necesidad de sistemas de apoyo integrales que aborden tanto la salud mental como la estabilidad económica (Barry et al., 2021).

Además de estos factores, las actitudes culturales hacia la salud mental y el suicidio pueden variar significativamente entre las poblaciones urbanas y rurales. En muchas comunidades rurales, puede haber un mayor estigma asociado con las enfermedades mentales, lo que puede disuadir a las personas de buscar ayuda (Handley et al., 2012). Este contexto cultural puede complicar aún más la relación entre la ubicación geográfica y los intentos de suicidio, ya que las personas con TLP pueden sentirse presionadas a adaptarse a las normas sociales que desalientan las discusiones abiertas sobre los problemas de salud mental.

La intersección del género y la ubicación geográfica también juega un papel crucial en la comprensión de los intentos de suicidio entre las personas con TLP. Las investigaciones indican

que los hombres con TLP pueden tener un mayor riesgo de morir por suicidio en comparación con las mujeres, particularmente en áreas rurales donde los roles de género tradicionales pueden exacerbar los sentimientos de vergüenza y aislamiento (Sher et al., 2018). Esta disparidad de género resalta la necesidad de intervenciones específicas que consideren las experiencias únicas de hombres y mujeres con TLP en diferentes contextos geográficos.

Además, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud mental son determinantes críticos del riesgo de suicidio. Las áreas urbanas suelen tener una mayor concentración de profesionales y recursos de salud mental, lo que puede facilitar la intervención y el apoyo oportunos para las personas con TLP (Ivey-Stephenson et al., 2017). En cambio, las áreas rurales suelen enfrentarse a una escasez de proveedores de salud mental, lo que provoca retrasos en el tratamiento y un mayor riesgo de intentos de suicidio (Yiannakoulis et al., 2016). Esta disparidad en el acceso a la atención subraya la importancia de desarrollar estrategias para mejorar la prestación de servicios de salud mental en entornos rurales.

2.8. Definición de las Características Clínicas y Relación con el Suicidio en Personas con TLP

La ansiedad, en sentido clínico, se entiende como un estado de miedo, preocupación o anticipación excesiva de amenaza, acompañado de síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales como hipervigilancia, evitación, tensión somática o inquietud. Cuando estos síntomas son persistentes, desproporcionados y generan malestar o deterioro funcional, se encuadran dentro de los trastornos de ansiedad (Szuhany & Simon, 2022).

La depresión, especialmente en su forma de trastorno depresivo mayor, se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por ánimo deprimido persistente y/o pérdida marcada de interés o placer, junto con síntomas afectivos, cognitivos, físicos y conductuales que interfieren de manera significativa con el funcionamiento cotidiano (Marx et al., 2023).

El trastorno por uso de sustancias se define como un patrón problemático de consumo de alcohol u otras drogas que conduce a deterioro clínicamente significativo o malestar, y que suele expresarse en dificultades para controlar el consumo, uso continuado pese al daño,

compulsividad y afectación del funcionamiento social, laboral o personal (Wood et al., 2024).

La historia de abuso sexual se refiere al antecedente de haber experimentado actos o interacciones sexuales impuestos, coercitivos o no consentidos; en el caso del abuso sexual infantil, el concepto incluye experiencias sexuales impuestas a una persona menor de edad que carece de capacidad evolutiva o jurídica para consentir. La literatura reciente insiste en que su definición debe considerar la ausencia de consentimiento válido, la asimetría de poder y la naturaleza sexual del acto, más que limitarse únicamente al tipo específico de contacto (Mathews & Collin-Vézina, 2019).

La relación entre la depresión y los intentos de suicidio en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) es un tema complejo y multifacético que ha atraído una atención significativa en la investigación psiquiátrica. El TLP se caracteriza por inestabilidad emocional, impulsividad y relaciones interpersonales intensas, que pueden exacerbar los síntomas depresivos y aumentar el riesgo de conducta suicida. Los estudios han demostrado de manera consistente que las personas con TLP presentan tasas más altas de depresión e ideación suicida en comparación con las que no padecen el trastorno, lo que destaca la interacción crítica entre estas dos afecciones.

Las investigaciones indican que las personas con TLP tienen un riesgo significativamente elevado de intentos de suicidio, y las estimaciones sugieren que aproximadamente el 73 % de los pacientes con TLP habrán realizado al menos un intento de suicidio en su vida (Yen et al., 2021). Esta alta prevalencia a menudo se ve agravada por la presencia de trastornos del estado de ánimo comórbidos, en particular el trastorno depresivo mayor (TDM). Por ejemplo, un estudio encontró que la combinación de TLP y TDM aumenta notablemente la probabilidad de intentos de suicidio, y que las personas que presentan ambos trastornos son más propensas a participar en conductas autolesivas. La gravedad de los síntomas depresivos se ha identificado como un predictor crucial de la conducta suicida en esta población, y los niveles más altos de depresión se correlacionan con un mayor riesgo de intentos de suicidio (Machado et al., 2022; Rossom et al., 2017).

El perfil psicopatológico de las personas con TLP a menudo incluye una desregulación emocional significativa, sentimientos de vacío y desesperanza crónica, que están estrechamente relacionados con los síntomas depresivos (Crema, 2024). Estos estados emocionales pueden

conducir a conductas impulsivas, incluidas la autolesión y los intentos de suicidio. Un análisis de personas con TLP que intentaron suicidarse reveló que estas personas mostraban una mayor gravedad de la psicopatología general, incluidos niveles elevados de depresión y desesperanza, en comparación con las personas sin TLP (Anbazhagan et al., 2017). Además, la presencia de mecanismos de afrontamiento desadaptativos, como habilidades deficientes para la resolución de problemas sociales, se ha asociado con un aumento de la ideación e intentos de suicidio entre las personas con TLP (Anbazhagan et al., 2017).

La relación entre la depresión y los intentos de suicidio en el TLP se complica aún más por la presencia de otros trastornos psiquiátricos. Los estudios han demostrado que las personas con TLP experimentan con frecuencia afecciones comórbidas como trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias, que pueden exacerbar los síntomas depresivos y aumentar el riesgo de intentos de suicidio (Chesney et al., 2014; Islam et al., 2019). Por ejemplo, un estudio de cohorte indicó que las personas con TLP y antecedentes de trastornos por consumo de sustancias tenían un riesgo significativamente mayor de intentos de suicidio en comparación con aquellas sin tales comorbilidades (Machado et al., 2022). La interacción entre estos trastornos crea un cuadro clínico desafiante, donde la presencia de múltiples factores de riesgo puede conducir a un efecto acumulativo en la conducta suicida.

Además, no se puede pasar por alto el papel del trauma y las experiencias vitales adversas a la hora de comprender la relación entre la depresión y los intentos de suicidio en el TLP. Muchas personas con TLP tienen antecedentes de trauma, incluido el abuso físico y emocional, que puede contribuir al desarrollo tanto de síntomas depresivos como de conducta suicida (Fellows et al., 2015; Pagura et al., 2010). Se ha demostrado que la presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en personas con TLP aumenta aún más el riesgo de intentos de suicidio, lo que indica que el impacto psicológico del trauma juega un papel importante en esta relación (Pagura et al., 2010).

Los estudios longitudinales han proporcionado información valiosa sobre los predictores de los intentos de suicidio entre las personas con TLP. Por ejemplo, un estudio de seguimiento de diez años encontró que los intentos de suicidio previos eran uno de los predictores más fuertes de intentos futuros, lo que enfatiza la importancia de la intervención temprana y el tratamiento continuo para las personas con TLP y depresión comórbida (May et al., 2012;

Wedig et al., 2012). Además, la naturaleza crónica del TLP, caracterizada por una inestabilidad emocional persistente y dificultades interpersonales, sugiere que las personas pueden permanecer en riesgo de comportamiento suicida durante períodos prolongados, lo que requiere estrategias terapéuticas a largo plazo (May et al., 2012; Soloff & Chiappetta, 2017).

El panorama del tratamiento para personas con TLP y depresión está evolucionando, y enfoques como la terapia dialéctica conductual (TDC) han demostrado ser prometedores para reducir la conducta suicida y mejorar la regulación emocional. La TDC se centra específicamente en la desregulación emocional y la impulsividad características del TLP, con el objetivo de dotar a las personas de estrategias de afrontamiento para controlar sus síntomas y reducir el riesgo de intentos de suicidio. Las investigaciones han demostrado que las personas que reciben TDC presentan tasas más bajas de intentos de suicidio en comparación con las que reciben el tratamiento estándar (Assmann et al., 2025; Kliem et al., 2010).

La relación entre la ansiedad y los intentos de suicidio en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) es un tema complejo y multifacético que ha atraído una atención significativa en la investigación psiquiátrica. El TLP se caracteriza por desregulación emocional, impulsividad y relaciones interpersonales inestables, que a menudo se ven agravadas por altos niveles de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos comórbidos. Los estudios han demostrado de manera consistente que las personas con TLP tienen un riesgo elevado de intentos de suicidio, y la ansiedad juega un papel fundamental en esta relación.

Las investigaciones indican que las personas con TLP presentan un riesgo notablemente mayor de intentos de suicidio en comparación con aquellas con otros trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, un estudio de encontró que el TLP estaba asociado con un aumento de tres veces en el riesgo de intentos de suicidio a lo largo de la vida, lo que destaca la gravedad de esta afección en relación con la conducta suicida (Islam et al., 2019). Además, se informó que las personas con TLP mostraron una mayor gravedad de la psicopatología general, incluidos niveles elevados de ansiedad, depresión y desesperanza, que se correlacionaron significativamente con la ideación suicida y los intentos de suicidio anteriores (Anbazhagan et al., 2017). Esto sugiere que la ansiedad puede exacerbar las vulnerabilidades subyacentes asociadas con el TLP, lo que lleva a una mayor probabilidad de comportamiento suicida.

La interacción entre la ansiedad y el TLP se aclara aún más con los hallazgos de Alberdi-

Páramo et al. (2021), quienes observaron que la ansiedad podría aumentar el riesgo de suicidio con mayor fuerza estadística que el propio síndrome de TLP. Esto indica que la ansiedad no es simplemente una condición comórbida, sino que puede servir como un factor de riesgo crítico para el comportamiento suicida entre las personas con TLP. Además, se ha demostrado que la presencia de trastornos de ansiedad en personas con TLP complica el cuadro clínico, ya que estas personas a menudo luchan con la inestabilidad emocional y los comportamientos impulsivos, lo que puede conducir a la autolesión y las acciones suicidas (Harned & Valenstein, 2013).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad entre las personas con TLP es alarmantemente alta, con tasas de comorbilidad que alcanzan hasta el 90 % (Harned & Valenstein, 2013). Esta alta prevalencia subraya la importancia de abordar la ansiedad en el tratamiento y manejo del TLP. La ansiedad no solo contribuye a la gravedad general de los síntomas del TLP, sino que también disminuye la probabilidad de lograr la remisión del trastorno con el tiempo (Harned & Valenstein, 2013). En consecuencia, la presencia de trastornos de ansiedad puede actuar como una barrera significativa para el tratamiento efectivo, perpetuando aún más el ciclo de desregulación emocional y comportamiento suicida.

Además de los efectos directos de la ansiedad en el comportamiento suicida, la desregulación emocional característica del TLP puede conducir a mecanismos de afrontamiento desadaptativos, como la autolesión no suicida (NSSI) y los intentos de suicidio impulsivo. Las personas con TLP a menudo recurren a la NSSI como un medio para hacer frente a emociones abrumadoras, incluida la ansiedad (Brickman et al., 2014). Este comportamiento puede servir como precursor de acciones suicidas más graves, ya que la incapacidad de manejar la angustia emocional de manera efectiva puede llevar a decisiones impulsivas durante momentos de crisis.

Además, la relación entre la ansiedad y el comportamiento suicida en el TLP se complica aún más por la presencia de condiciones comórbidas, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT). descubrieron que las personas con TEPT comórbido y TLP exhibieron mayores probabilidades de intentos de suicidio en comparación con aquellos que tenían solo uno de los trastornos (Pagura et al., 2010). Este hallazgo enfatiza la necesidad de evaluaciones integrales que consideren la interacción de múltiples condiciones psiquiátricas al evaluar el riesgo de suicidio en personas con TLP.

Los fundamentos neurobiológicos del TLP también contribuyen a la relación entre la ansiedad y el comportamiento suicida. Las investigaciones han indicado que las personas con TLP pueden presentar alteraciones en las vías neuroquímicas que regulan el estado de ánimo y la ansiedad, lo que puede exacerbar la inestabilidad emocional y la impulsividad (Atmaca et al., 2014). Estos factores neurobiológicos pueden predisponer a las personas a respuestas de ansiedad intensificadas, lo que aumenta aún más el riesgo de conducta suicida.

En la práctica clínica, comprender la relación entre la ansiedad y los intentos de suicidio en el TLP es crucial para desarrollar estrategias de tratamiento efectivas. La terapia dialéctica conductual (TDC), un enfoque terapéutico diseñado específicamente para personas con TLP, ha demostrado ser prometedora en la reducción de las conductas suicidas y la mejora de la regulación emocional (Fleischhaker et al., 2011). La TDC aborda la desregulación emocional subyacente y proporciona estrategias de afrontamiento para controlar la ansiedad, lo que potencialmente reduce el riesgo de intentos de suicidio.

Además, la evaluación del riesgo de suicidio en personas con TLP debe incorporar evaluaciones de los niveles de ansiedad y la psicopatología relacionada. Como señala Goodman et al. (2011), una comprensión integral de la tendencia suicida en el TLP requiere atención a los diversos factores que contribuyen a la ideación y la conducta suicidas, incluida la ansiedad. Al integrar el manejo de la ansiedad en los planes de tratamiento, los médicos pueden abordar mejor la naturaleza multifacética de la tendencia suicida en esta población.

La relación entre el abuso de sustancias y los intentos de suicidio en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) es un tema complejo y multifacético que ha atraído una atención significativa en la investigación psiquiátrica. El TLP se caracteriza por desregulación emocional, comportamiento impulsivo y relaciones interpersonales inestables, que contribuyen a un mayor riesgo de comportamiento suicida. Los estudios indican que las personas con TLP tienen un riesgo considerablemente mayor de intentos de suicidio, y se estima que hasta el 80 % de los pacientes con TLP pueden tener un comportamiento suicida en algún momento de sus vidas (Gaur et al., 2019; Paris, 2019). Este riesgo se agrava aún más cuando hay abuso de sustancias, lo que crea una interacción preocupante entre estas dos afecciones.

Las investigaciones han demostrado de manera consistente que el abuso de sustancias es

frecuente entre las personas con TLP. Por ejemplo, una proporción significativa de pacientes con TLP también luchan con trastornos por consumo de sustancias, y los estudios indican que aproximadamente entre el 40 % y el 70 % de las personas con TLP tienen antecedentes de abuso de sustancias (Philips et al., 2018; Trull et al., 2018). Esta coexistencia es particularmente alarmante, ya que complica el cuadro clínico y eleva significativamente el riesgo de intentos de suicidio. Una metarrevisión destacó que las personas con TLP y trastornos por consumo de sustancias comórbidos enfrentan un riesgo notablemente mayor de suicidio en comparación con aquellos con TLP solo (Chesney et al., 2014). Específicamente, se informa que los consumidores de sustancias tienen casi seis veces más probabilidades de intentar suicidarse que los no consumidores.

Los mecanismos subyacentes a la relación entre el abuso de sustancias y la conducta suicida en el TLP son multifactoriales. Una teoría destacada es la "hipótesis de la automedicación", que postula que las personas pueden recurrir a sustancias como un medio para hacer frente al intenso dolor emocional y la desregulación característicos del TLP (Pompili et al., 2012). Esta estrategia de afrontamiento desadaptativa puede conducir a un aumento de la impulsividad y un deterioro del juicio, que son factores críticos en la decisión de intentar suicidarse. Además, la intoxicación por sustancias puede disminuir las inhibiciones y aumentar la probabilidad de participar en conductas autodestructivas, incluidos los intentos de suicidio (Chesin et al., 2010).

Además, se ha descubierto que la gravedad de los síntomas del TLP se correlaciona con la frecuencia y la letalidad de los intentos de suicidio. Por ejemplo, las personas con síntomas de TLP más graves, como inestabilidad emocional e impulsividad, tienen un mayor riesgo de realizar intentos de suicidio de alta letalidad, en particular cuando se trata del consumo de sustancias (Amore et al., 2013; Chesin et al., 2010). Un estudio indicó que la presencia de consumo de sustancias inmediatamente antes de un intento de suicidio aumenta significativamente la letalidad del intento, lo que sugiere que los efectos agudos de las sustancias pueden conducir a conductas más peligrosas (Chesin et al., 2010).

Además de los efectos directos del abuso de sustancias, la interacción de los trastornos psiquiátricos comórbidos también desempeña un papel crucial en el riesgo de suicidio entre las personas con TLP. Muchas personas con TLP también experimentan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y otros trastornos de la personalidad, que pueden complicar aún

más su presentación clínica y aumentar el riesgo de suicidio (Hasan, 2024; Söderholm et al., 2020). Por ejemplo, se ha demostrado que la combinación de TLP y trastorno depresivo mayor eleva significativamente el riesgo de intentos de suicidio, y los estudios informan que más del 90 % de las personas con ambos trastornos tienen antecedentes de comportamiento suicida (Söderholm et al., 2020). Esto resalta la importancia de considerar el contexto más amplio de la salud mental al evaluar el riesgo de suicidio en personas con TLP.

Los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos también contribuyen al riesgo de intentos de suicidio en personas con TLP. Las investigaciones han indicado que un historial familiar positivo de enfermedad mental, en particular trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias, puede aumentar la probabilidad de comportamiento suicida en las personas afectadas (Rickman et al., 2021; Sosnowska, 2023). Esta predisposición familiar puede interactuar con las propias experiencias de trauma y desregulación emocional del individuo, creando un riesgo agravado de suicidio.

Además, el papel de la impulsividad tanto en el TLP como en el abuso de sustancias no se puede subestimar. La impulsividad es una característica central del TLP y a menudo se ve exacerbada por el consumo de sustancias, lo que lleva a una mayor probabilidad de participar en conductas de riesgo, incluidos los intentos de suicidio (Eskander et al., 2020). Los estudios han demostrado que las personas con TLP que también abusan de sustancias muestran una mayor impulsividad y desregulación emocional, que son factores críticos en el proceso de toma de decisiones en torno a los intentos de suicidio (Eskander et al., 2020).

El tratamiento de las personas con TLP y trastornos por consumo de sustancias concomitantes presenta desafíos únicos. Los enfoques terapéuticos tradicionales pueden no ser suficientes para abordar las complejidades de estas afecciones comórbidas. Los tratamientos basados en evidencia, como la terapia dialéctica conductual (DBT), han demostrado ser prometedores para reducir la conducta suicida y el consumo de sustancias en personas con TLP (Harned & Valenstein, 2013). Sin embargo, la integración del tratamiento del consumo de sustancias en el manejo del TLP es esencial para mejorar los resultados y reducir el riesgo de suicidio.

La relación entre el abuso sexual y los intentos de suicidio en personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) es un tema complejo y multifacético que ha recibido

una atención significativa en la investigación psiquiátrica. Numerosos estudios han establecido una fuerte correlación entre las experiencias de abuso sexual infantil (ASI) y la manifestación de los síntomas del TLP, que a su vez están estrechamente relacionados con la autolesión y las conductas suicidas. Esta síntesis explorará las intrincadas conexiones entre estas variables, basándose en una amplia gama de fuentes académicas.

El abuso sexual infantil se cita con frecuencia como un factor de riesgo crítico para el desarrollo del TLP. Las investigaciones indican que las personas con TLP a menudo informan una mayor prevalencia de diversas formas de maltrato infantil, en particular abuso sexual, en comparación con la población general. Por ejemplo, se descubrió que, si bien el abuso sexual puede no ser un predictor directo del TLP, contribuye significativamente a la inestabilidad del estado de ánimo y la impulsividad, que son características distintivas del trastorno que pueden conducir a conductas autolesivas e ideación suicida (Menon et al., 2016). De manera similar, se ha destacado la similitud de los pensamientos e intentos suicidas entre los adultos con antecedentes de abuso sexual infantil, lo que refuerza la noción de que tales experiencias traumáticas son fundamentales para comprender las conductas suicidas que a menudo se observan en los pacientes con TLP (Krause-Utz et al., 2019; Menon et al., 2016).

Los fundamentos neurobiológicos del TLP también reflejan el impacto del trauma infantil, en particular el abuso sexual. Dado et al. (2022) destacaron que el trauma sexual se encuentra entre las formas más graves de abuso infantil asociadas con el TLP, y afecta las regiones cerebrales involucradas en la regulación emocional y el control de los impulsos. Esto coincide con los hallazgos de Golier et al. (2003), quienes señalaron que el TLP está significativamente asociado con varias experiencias traumáticas, incluido el abuso sexual, que puede exacerbar los síntomas y aumentar el riesgo de conducta suicida. La desregulación de las respuestas emocionales, como lo señaló Krause-Utz et al. (2019), complica aún más el cuadro clínico, ya que las personas con TLP a menudo luchan con una desregulación emocional grave y una impulsividad, ambas exacerbadas por una historia de trauma.

La relación entre el abuso sexual infantil y la conducta suicida en el TLP también se puede entender a través de la lente de las dificultades de regulación emocional. Jo et al. (2022) informaron que los encuentros con perpetradores pasados o la revelación de un trauma infantil pueden precipitar crisis en personas con TLP, lo que lleva a un aumento de la ideación e intentos

suicidas. Esto sugiere que las secuelas psicológicas del abuso sexual no solo contribuyen al desarrollo del TLP, sino que también sirven como desencadenante de la conducta suicida en personas vulnerables.

Además, la gravedad del abuso sexual infantil se ha relacionado con la intensidad de los síntomas del TLP y la probabilidad de conducta suicida. Se descubrió que la impulsividad, una característica central del TLP, estaba significativamente correlacionada con antecedentes de abuso infantil, incluido el abuso sexual, que a su vez se asoció con una mayor incidencia de intentos de suicidio (Yen et al., 2004). Esta relación subraya la importancia de abordar los antecedentes traumáticos en entornos terapéuticos, ya que el trauma no tratado puede conducir a una angustia emocional crónica y un mayor riesgo de autolesión.

Las implicaciones de estos hallazgos se extienden a la práctica clínica, donde comprender el historial traumático de los pacientes con TLP es crucial para un tratamiento eficaz. Por ejemplo, se ha informado que la gravedad del abuso sexual infantil informado estaba significativamente relacionada con la gravedad general de los síntomas del TLP, lo que sugiere que las intervenciones terapéuticas deberían priorizar la atención informada sobre el trauma (Zanarini et al., 2002). Esto es particularmente relevante dado que muchas personas con TLP participan en conductas de autolesión como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo para su dolor emocional, a menudo arraigado en un trauma pasado.

Además, la interacción entre el abuso sexual infantil y la conducta suicida en el TLP no es simplemente una relación lineal, sino que está influida por varios factores mediadores, entre ellos la desregulación emocional y la impulsividad. Las investigaciones de ciertos autores mencionan que el abuso infantil podría comportarse como factor de riesgo para las conductas autodestructivas en el TLP, lo que destaca la necesidad de realizar evaluaciones integrales que consideren la naturaleza multifacética de estas experiencias (Soloff et al., 2002). La complejidad de estas relaciones requiere una comprensión matizada de cómo el trauma afecta los resultados emocionales y conductuales en las personas con TLP.

Además de la desregulación emocional, se ha explorado el papel de la cognición social en el TLP como un factor que contribuye a la conducta suicida. Se ha reportado que las personas con TLP a menudo muestran un reconocimiento alterado de las emociones e intenciones de los demás, lo que puede exacerbar los conflictos interpersonales y los sentimientos de aislamiento,

aumentando aún más el riesgo de conducta suicida (Preißler et al., 2010). Esta cognición social deteriorada puede tener su origen en experiencias traumáticas tempranas, incluido el abuso sexual, que alteran el desarrollo emocional normal y los patrones relacionales.

La prevalencia de conductas autolesivas entre las personas con TLP es alarmante, y muchos estudios indican que estas conductas suelen ser una respuesta directa a la angustia emocional derivada de un trauma pasado. Por ejemplo, se ha destacado que la coerción y la agresión sexual son problemas clínicos importantes para las mujeres jóvenes con TLP, lo que requiere intervenciones clínicas proactivas para abordar estos riesgos (Thompson et al., 2017). La naturaleza cíclica del trauma y la autolesión en pacientes con TLP subraya la necesidad urgente de estrategias terapéuticas específicas que aborden las ramificaciones psicológicas y emocionales del abuso sexual.

2.9. Estrategias de Prevención del Suicidio en Pacientes con TLP

Las estrategias de prevención del suicidio para pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) son fundamentales debido al mayor riesgo de conductas suicidas asociadas con esta afección. El TLP se caracteriza por desregulación emocional, impulsividad y relaciones interpersonales inestables, que contribuyen significativamente al riesgo de suicidio. Las investigaciones indican que las personas con TLP tienen un riesgo de suicidio a lo largo de la vida que oscila entre el 3 % y el 10 % (Paris, 2019; Romeu-Labayen et al., 2020). Por lo tanto, comprender estrategias de prevención efectivas es esencial para los médicos y cuidadores involucrados en el tratamiento de esta población vulnerable.

Uno de los enfoques terapéuticos más ampliamente reconocidos para controlar el TLP y reducir las conductas suicidas es la terapia dialéctica conductual (TDC). La TDC está diseñada específicamente para abordar la desregulación emocional y conductual que se observa en los pacientes con TLP. Los estudios han demostrado que la TDC puede reducir significativamente la ideación suicida y las conductas autolesivas (Carter et al., 2010; Wu et al., 2023). La terapia se centra en enseñar a los pacientes habilidades de atención plena, regulación emocional, tolerancia a la angustia y eficacia interpersonal, que son cruciales para gestionar las emociones intensas que a menudo conducen a pensamientos y acciones suicidas (Lothes et al., 2021).

Además, un metanálisis indicó que la TCD es más eficaz que los enfoques de tratamiento estándar para reducir las conductas autolesivas entre las personas con TLP (Andreasson, 2015).

Además de la TCD, la farmacoterapia puede desempeñar un papel en la prevención del suicidio en pacientes con TLP, aunque su eficacia sigue siendo un tema de debate. Si bien algunos estudios sugieren que ciertos medicamentos, como los estabilizadores del estado de ánimo y los antipsicóticos atípicos, pueden ayudar a controlar los síntomas asociados con el TLP, la evidencia que respalda su eficacia para reducir la conducta suicida es limitada (Lieslehto et al., 2023; Stoffers-Winterling et al., 2020). Por ejemplo, una revisión sistemática destacó que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no reducen significativamente la conducta suicida en pacientes con TLP, lo que enfatiza la necesidad de la psicoterapia como modalidad de tratamiento principal (Stoffers-Winterling et al., 2020). Por lo tanto, si bien la farmacoterapia puede ser un componente de un plan de tratamiento integral, no debe reemplazar las intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencia.

La participación familiar en el proceso de tratamiento es otra estrategia fundamental para la prevención del suicidio en pacientes con TLP. Las investigaciones han demostrado que los miembros de la familia pueden actuar como guardianes eficaces para reconocer y responder a las conductas suicidas (Morton et al., 2021). Capacitar a los miembros de la familia para que reconozcan las señales de advertencia y brinden apoyo puede mejorar los resultados generales del tratamiento para las personas con TLP. Los programas que educan a las familias sobre el trastorno y las equipan con habilidades para apoyar a sus seres queridos pueden mitigar el riesgo de suicidio al fomentar un entorno de apoyo (Morton et al., 2021).

Además, la identificación y la intervención tempranas son cruciales para prevenir la escalada de conductas suicidas en personas con TLP. La detección del TLP en entornos de atención primaria puede facilitar el diagnóstico temprano y la intervención oportuna, lo cual es esencial dada la alta comorbilidad del TLP con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión y la ansiedad (Kriebel-Gasparro, 2016). La implementación de evaluaciones de rutina puede ayudar a identificar a las personas en riesgo que pueden beneficiarse de intervenciones terapéuticas específicas antes de que adopten conductas autolesivas o acciones suicidas.

Las estrategias de intervención en crisis también son vitales para manejar las crisis suicidas agudas en pacientes con TLP. Estas estrategias incluyen el establecimiento de líneas directas

de crisis, servicios psiquiátricos de emergencia y atención de seguimiento estructurada después de la hospitalización. Las investigaciones indican que los pacientes con TLP a menudo experimentan fluctuaciones rápidas en sus estados emocionales, lo que puede precipitar las crisis (Horvath et al., 2020; Mou et al., 2018). Por lo tanto, contar con un plan sólido de intervención en situaciones de crisis que incluya acceso inmediato a profesionales de la salud mental puede ayudar a estabilizar a los pacientes durante períodos críticos y reducir la probabilidad de intentos de suicidio.

Además, la integración de la tecnología en los enfoques de tratamiento, como los servicios de telesalud, ha surgido como una vía prometedora para mejorar el acceso a la atención para las personas con TLP. La telesalud puede brindar apoyo y seguimiento continuos, especialmente para los pacientes que pueden ser reacios a buscar tratamiento en persona debido al estigma o las barreras logísticas (Zimmerman et al., 2021, 2022). Las plataformas virtuales pueden facilitar registros periódicos, sesiones de terapia y reuniones de grupos de apoyo, lo que garantiza que los pacientes reciban la atención y el apoyo necesarios incluso en tiempos difíciles.

2.10. Marco Legal: Aspectos Legales de la Salud y la Salud Mental

2.10.1. Constitucional Nacional

El Artículo 68 de la Constitución de la República del Paraguay de 1992 consagra el derecho a la salud como fundamental y de interés comunitario, mientras que el Artículo 69 promueve la instauración de un sistema nacional de salud que sea integrado y coordinado entre los sectores público y privado. Además, el Artículo 68 menciona la obligación de las personas de acatar las medidas sanitarias establecidas por la ley.

A continuación se mencionan el artículo 68:

Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD. El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana (Constitución Nacional del Paraguay, 1992a)

A continuación se mencionan el artículo 69:

Artículo 69 - DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado (Constitución Nacional del Paraguay, 1992b)

2.10.2. Leyes

Ley N.º 836/1980: Código Sanitario.

El Código Sanitario de Paraguay es una legislación que regula las responsabilidades estatales en el cuidado completo de la salud del pueblo, así como los derechos y deberes de las personas en este ámbito (República del Paraguay, 1980). Este documento reviste una importancia fundamental para el país, al establecer los fundamentos para la protección de la salud de la población y la prevención de enfermedades.

El Código Sanitario de Paraguay se organiza en diversos títulos y capítulos, cada uno abordando aspectos distintos relacionados con la salud pública. A continuación, se detallan los puntos principales de cada uno:

Título I: Disposiciones Generales

Este título establece los fundamentos para la protección de la salud pública y la prevención de enfermedades. Define los términos y conceptos básicos a emplear en el documento, así como las atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Título II: Sanciones

Aquí se establecen las penalidades por incumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario. Las sanciones pueden ir desde una simple amonestación hasta la cancelación del registro de una persona o entidad. El importe de las multas se determinará en jornales equivalentes a actividades diversas no especificadas en la Capital, sin exceder en ningún caso de 100 jornales.

Título III: Salud Pública

Este título aborda las medidas para proteger la salud pública, incluyendo la prevención y control de enfermedades transmisibles, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles.

Título IV: Higiene y Salubridad

Se establecen las medidas para garantizar la higiene y salubridad de los alimentos, bebidas

y productos consumidos en el país. Temas incluyen inspección sanitaria de establecimientos, retención de alimentos y bebidas contaminados, y prohibición de productos con sustancias peligrosas.

Título V: Salud Ambiental

Aquí se detallan las medidas para proteger la salud en relación con el medio ambiente, incluyendo prevención y control de contaminación ambiental, gestión de residuos sólidos y líquidos, y protección de recursos naturales.

Título VI: Salud Mental

Se establecen medidas para proteger la salud mental de la población, incluyendo prevención y tratamiento de trastornos mentales, atención a personas con discapacidad mental, y promoción de la salud mental.

Título VII: Salud Laboral

Se abordan medidas para proteger la salud de los trabajadores, incluyendo prevención y control de enfermedades ocupacionales, promoción de la salud laboral y protección de derechos de los trabajadores en salud.

Título VIII: Salud Sexual y Reproductiva

Se establecen medidas para proteger la salud sexual y reproductiva, incluyendo prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, promoción de la salud sexual y reproductiva, y protección de derechos sexuales y reproductivos.

Título IX: Investigación en Salud

Se detallan normas y procedimientos para la investigación en salud, incluyendo protección de derechos de los participantes, ética en investigación y regulación de esta.

Título X: Participación Social en Salud

Aquí se establecen medidas para fomentar la participación ciudadana en salud, incluyendo promoción de la participación en la toma de decisiones, participación en planificación y

evaluación de políticas y programas de salud, y promoción de educación para la salud.

Ley N.º 6169/2018: De Prevención y Atención de Personas en Riesgo de Suicidio

La Ley N° 6169 de Prevención y Atención de Personas en Riesgo de Suicidio, promulgada en Paraguay el 17 de septiembre de 2018, tiene como objetivo principal establecer un marco legal para la prevención del suicidio y la atención de personas en riesgo. Algunos puntos clave de la ley (República del Paraguay, 2018):

1. **Objetivos:** La ley busca prevenir el suicidio mediante la promoción de la salud mental, la detección precoz de riesgos y la provisión de asistencia y contención a las personas afectadas.
2. **Estrategias de Prevención:** Se implementarán programas de sensibilización y capacitación para profesionales de la salud y la comunidad, con el fin de mejorar la identificación de personas en riesgo y ofrecerles el apoyo necesario.
3. **Recursos y Financiamiento:** El cumplimiento de la ley será financiado a través del presupuesto de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como de otras instituciones públicas que puedan contribuir.
4. **Derechos de las Personas:** Se establece que las personas en riesgo de suicidio tienen derecho a recibir atención integral y oportuna, así como a ser tratadas con dignidad y respeto.
5. **Coordinación Interinstitucional:** La ley promueve la colaboración entre diferentes entidades del gobierno y organizaciones no gubernamentales para abordar el problema del suicidio de manera integral.
6. **Evaluación y Seguimiento:** Se prevé la creación de mecanismos para evaluar la efectividad de las acciones implementadas y realizar ajustes según sea necesario.

Ley N.º 7018/2022: De Salud Mental

La Ley N° 7018 de Salud Mental en Paraguay, promulgada el 7 de noviembre de 2022, tiene como objetivo fundamental asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas en el país. A continuación, se presenta un resumen de sus principales disposiciones y objetivos (República del Paraguay, 2022):

1. **Objetivo General:** La ley busca garantizar el derecho a la salud mental como un derecho humano fundamental, promoviendo una atención que sea humanizada y centrada en la persona, teniendo en cuenta su contexto psicosocial. Esto implica que la atención no debe aislar al usuario de su entorno, sino facilitar su integración en la comunidad.

2. **Definición de Salud Mental:** Se define la salud mental como un proceso influenciado por factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. La ley enfatiza que la preservación y mejora de la salud mental requieren una dinámica de construcción social que esté vinculada a la realización de los derechos humanos de todas las personas.

3. **Creación de Instituciones:** Se establece la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, que dependerá del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Esta dirección será responsable de velar por el cumplimiento de la ley, desarrollar políticas nacionales de salud mental, y organizar capacitaciones para profesionales y la comunidad en temas relacionados con la salud mental, con un enfoque en derechos humanos, género e interculturalidad.

4. **Planes de Salud Mental:** La ley estipula que se deben desarrollar planes de promoción y prevención en salud mental, así como planes específicos de inserción sociolaboral para personas con trastornos mentales. Estos planes deben incluir mecanismos claros de participación comunitaria, especialmente de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental.

5. **Financiamiento:** Se prevé que los recursos necesarios para la implementación de la ley provengan del Presupuesto General de la Nación, así como de un porcentaje de los ingresos generados por juegos de azar. Esto busca asegurar la sostenibilidad financiera de los servicios de salud mental.

6. **Derechos de los Usuarios:** La ley garantiza que las personas con trastornos mentales

tengan acceso a servicios de salud mental de calidad, y se establece que cualquier disposición de internación debe cumplir con requisitos específicos, incluyendo una evaluación interdisciplinaria y un diagnóstico claro.

7. Investigación y Sanciones: Se establecen procedimientos para investigar situaciones irregulares en el ámbito de la salud mental. La ley asegura que la comunicación de irregularidades se realice con la debida protección de la identidad de los denunciantes, garantizando que no se considere una violación al secreto profesional.

8. Eliminación de Barreras: La ley también busca eliminar barreras de comunicación, promoviendo el uso de lengua de señas y sistema braille para garantizar que todas las personas, independientemente de sus capacidades, puedan acceder a la información y servicios de salud mental.

CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

Según la intervención es una investigación observacional puesto que no existe manipulación de las variables ni intervención del investigador (Hernández-Sampieri et al., 2014), según la profundidad es descriptiva – correlacional puesto que buscó la relación entre variables, específicamente un estudio descriptivo de asociación cruzada puesto que se estudiaron las relaciones entre las variables sin enmarcarse dentro de una investigación analítica (Argimón-Pallás & Jiménez-Villa, 2010; Torales et al., 2024), según su alcance temporal es transversal puesto que no se realizaron recolecciones múltiples, según la fuente es secundaria puesto que se utilizan las fichas clínicas de los pacientes y según el método el paradigma es cuantitativo puesto que las variables y los instrumentos están abordados desde dicho enfoque.

3.2. Población y Muestra

Del total de 3154 consultas psiquiátricas de urgencia que se realizaron entre el 2021 y el 2023, excluyendo las consultas múltiples de las mismas personas quedan 2311 consultas de las cuales 916 fueron pacientes con diagnóstico de TLP. Pacientes adultos, hombres y mujeres que consultaron en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción entre 2021 y 2023 con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

3.2.1. Sujetos de Estudio

Criterios de inclusión: Pacientes adultos, hombres y mujeres que consultaron en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción entre 2021 y 2023 con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en la urgencia. Criterios de exclusión: pacientes que consultaron de forma ambulatoria (consultorio externo) y pacientes adolescentes y pacientes internados.

3.2.2. Tipo de Muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico intencional (Hernández-González, 2021), puesto que se incluyó a todos los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, que son aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas entre el 2021 y 2023 por urgencia y que sea su primera consulta. Este tipo de muestreo también se puede clasificar como muestreo de tipo “censal” (Hayes, 1999) o simplemente “censo” (Hernández-Sampieri et al., 2014) según otros autores.

3.2.3. Tamaño de Muestra

Al ser un muestreo no probabilístico (o de tipo “censal”, según otros autores) no se requiere del cálculo del tamaño muestral, sino que se tomó de forma intencional a todos los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra quedó en 916 sujetos.

3.2.4. Procedimientos para la Selección

Para esta investigación se tuvo en cuenta los datos secundarios disponibles en los registros administrativos del Hospital de Clínicas, de los cuales fueron seleccionados aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y no fueron excluidos por los criterios correspondientes.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección Datos

La técnica utilizada para la investigación fue el análisis documental puesto que se utilizaron datos secundarios. El instrumento utilizado fue una planilla de cotejo con el fin de extraer información sobre las variables estudiadas de los registros oficiales informáticos de los pacientes que consultaron en el área de urgencias de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción entre 2021 y 2023 con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, previa autorización de la autoridad

competente. En este punto es necesario aclarar que las planillas de cotejo son instrumentos que no requieren de validación puesto que no miden un constructo y es un instrumento estandarizado que también se conoce como hoja de cotejo o lista de cotejo.

3.3.1. Matriz de Operacionalización de las Variables

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Subvariables	Indicadores/ Subvariables	Técnicas Instrumentos
Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes incluidos en la investigación.	Perfil sociodemográfico	Características demográficas relacionadas con el sexo la edad y la localidad.	Sexo	Hombre Mujer	Planilla de cotejo.
			Edad	Rango de edades	Planilla de cotejo.
			Localidad	Urbana Rural	Planilla de cotejo.
			Departamento	Asunción y cada uno de los 17	Planilla de cotejo.

				departamentos	
Identificar las características clínicas de los pacientes estudiados.	Características clínicas	Antecedentes patológicos personales en lo que respecta a factores de riesgo para suicidio.	Intento suicida	Sí No	Planilla de cotejo.
			Diagnóstico de ansiedad	Sí No	Planilla de cotejo.
			Diagnóstico de depresión	Sí No	Planilla de cotejo.
			Diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias	Sí No	Planilla de cotejo.

			Historial de abuso sexual.	Sí No	Planilla de cotejo.
Examinar la relación entre características sociodemográficas y clínicas con el intento suicida en pacientes estudiados	Socio-demográfica y Clínica	Componente correlacional de la investigación.			Planilla de cotejo.

3.4. Procedimientos para la Recolección de Datos

Se solicitó autorización a la autoridad competente para acceder a los registros oficiales de los pacientes. Luego se extrajo la información necesaria utilizando la planilla de cotejo para posterior análisis estadístico. Finalmente, se elaboraron los resultados y conclusiones.

3.5. Procedimiento y Análisis de Datos

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS versión 29. Las variables cuantitativas fueron estudiadas con medidas de tendencia central (media, mediana y moda) así como con medidas de dispersión (desviación estándar y rango). Las variables cualitativas se resumieron con medidas de frecuencia y figuras. Para establecer asociaciones entre las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher, según corresponda. Para cuantificar las relaciones se utilizó odds ratio (OR). En todos los casos el nivel de significación fue del 5 %.

3.6. Aspectos Éticos

En todo momento se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki sobre el trato ético a los humanos. Se respetaron los principios básicos de la investigación. La autonomía está dada y respetada de forma indirecta puesto que los pacientes concurren al centro asistencial de forma libre y voluntaria para diagnóstico y tratamiento, así como otorgando consentimiento para guardar sus datos en registros informáticos con fines de investigación teniendo en cuenta que el Hospital de Clínicas es un hospital escuela.

Beneficencia y no maleficencia, puesto que solo se utilizaron datos secundarios y los resultados ayudan a establecer los factores que están asociados con la conducta suicida en los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. El principio de justicia, ya que la investigación no realizó ningún tipo de discriminación en los pacientes. Se tomaron todas las medidas para garantizar el anonimato y confidencialidad de los datos.

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y APORTES

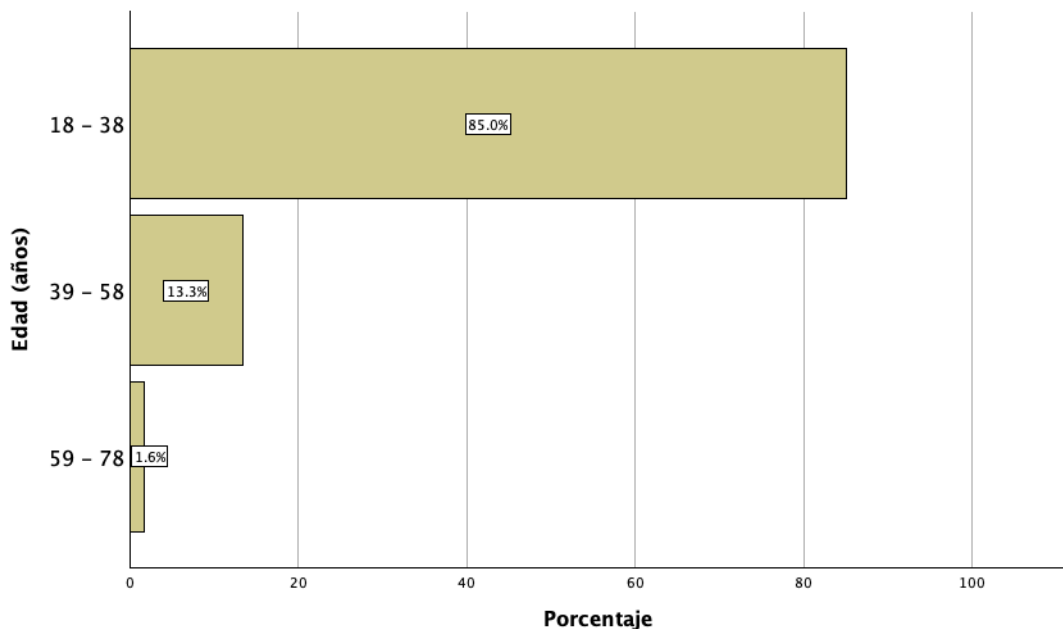
La investigación incluye a 916 pacientes adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) que consultaron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad Nacional de Asunción entre los años 2021 y 2023.

4.1. Análisis de la Variables Sociodemográficas.

Las edades de los participantes se encuentran entre los 18 y los 89 años con una media de 28 ± 10 años, una mediana de 25 años, lo que implica que la mitad de los participantes tenía al menos dicha edad. La edad más frecuente fue 18 años. La distribución de la edad se puede ver en un histograma presentado en la Figura 1.

Figura 1

Distribución de la edad (n=916).



Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

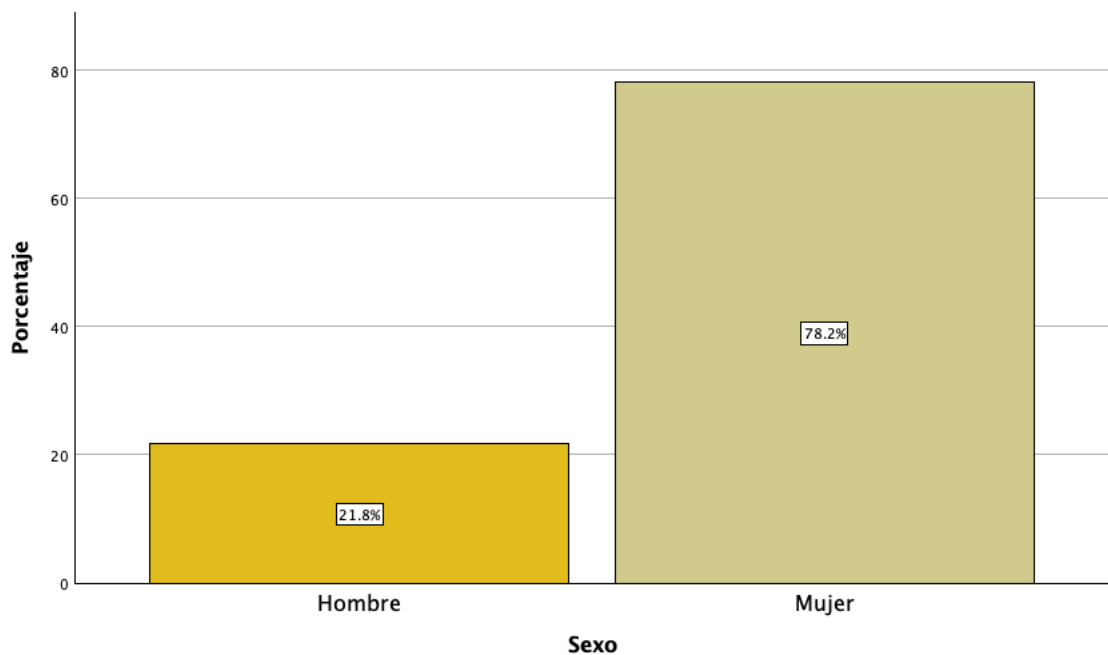
La distribución etaria observada en el estudio refleja lo que la literatura sugiere sobre la

frecuencia de los trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, que tienden a ser más frecuentes en adultos jóvenes (Arens et al., 2013). La media de 28 años y la edad modal de 18 años indican que la mayoría de los participantes se encuentran en un rango de edad en el que el desarrollo psicosocial y la consolidación de la identidad suelen estar en proceso, una etapa en la que los síntomas del TLP, como la inestabilidad emocional y los impulsos suicidas, son más pronunciados (Peckham et al., 2020).

En cuanto al sexo de los participantes el 78,2 % fueron mujeres y el 21,8 % fueron hombres (Figura 2).

Figura 2

Distribución de sexo (n=916).



Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

La mayor representación de mujeres en la muestra es coherente con la literatura existente

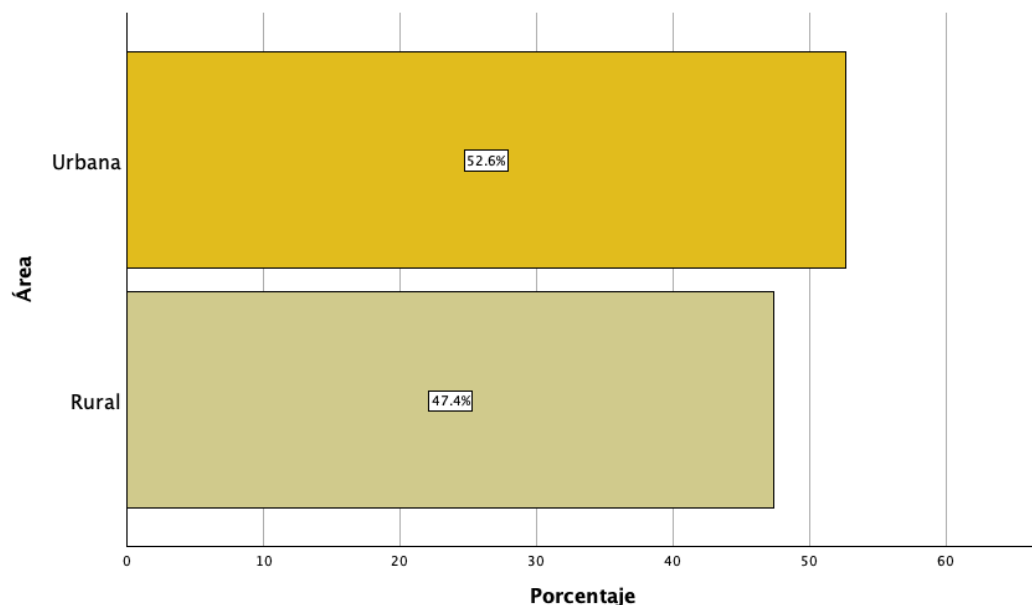
sobre TLP, que señala una mayor prevalencia de este diagnóstico en mujeres, aunque algunos estudios sugieren que esta diferencia podría estar influenciada por sesgos diagnósticos o de búsqueda de ayuda (Qian et al., 2022). Esto también está en línea con las características epidemiológicas de las consultas en el Hospital de Clínicas según publicaciones similares (Torales et al., 2016).

Las mujeres tienden a expresar los síntomas del TLP, como la inestabilidad emocional y la autolesión, de maneras más visibles, lo que puede llevar a una mayor tasa de diagnóstico en este grupo. La menor representación de hombres podría reflejar un subdiagnóstico o diferencias en la forma en que los hombres expresan los síntomas (Qian et al., 2022).

El área de residencia fue urbana en el 52,6 % de los casos y rural en el 47,4 % (Figura 3).

Figura 3

Distribución del área de residencia (n=916).



Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

Esta distribución entre áreas de residencia urbana y rural ofrece una oportunidad para

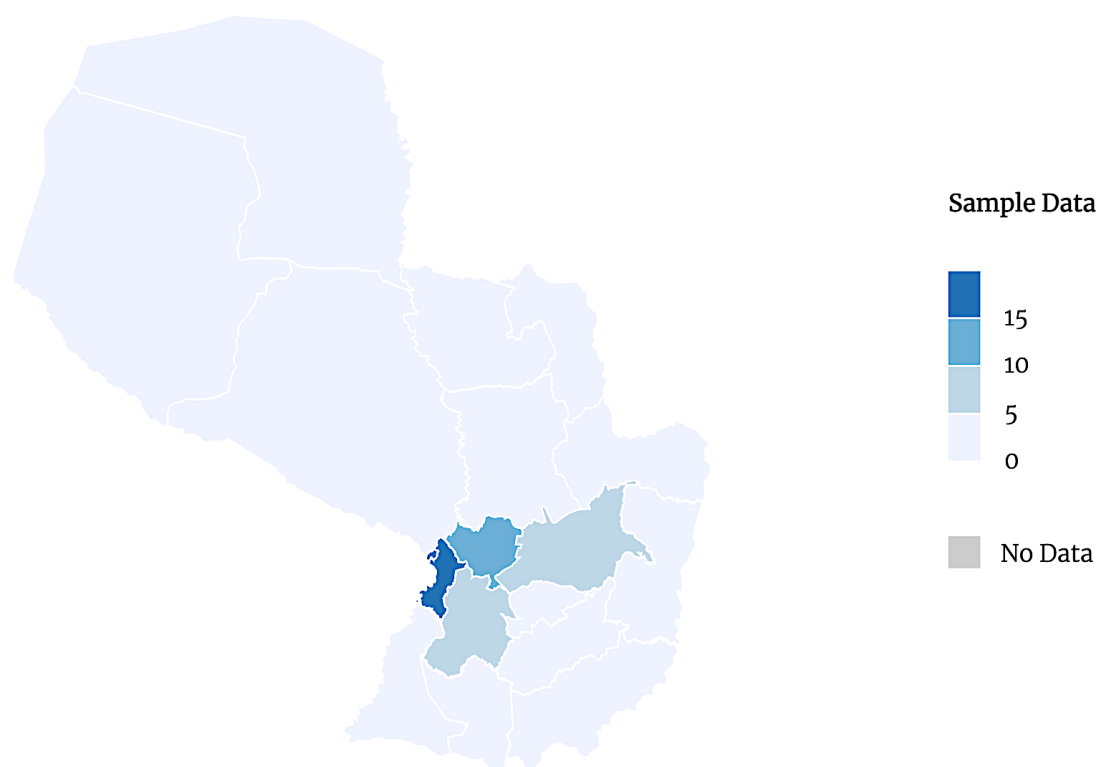
explorar cómo el contexto socioambiental influye en las personas con TLP. Las personas que residen en áreas urbanas suelen tener mayor acceso a servicios de salud mental y a recursos de apoyo, lo que podría influir en la frecuencia y el tipo de intentos suicidas. Sin embargo, las áreas urbanas también están asociadas con niveles más altos de estrés, aislamiento social y exposición a situaciones de riesgo, lo que puede agravar los síntomas del TLP. Todo esto está en concordancia con investigaciones nacionales que establecen que los diagnósticos de salud mental sí están en relación con el área de procedencia, existiendo diferencias entre las áreas urbana y rural, siendo de mucha utilidad su análisis para tener una visión biopsicosocial, por ejemplo, Torales et al., (2021) encontraron que los pacientes de área rural tienen una mayor prevalencia de trastornos depresivos en comparación con los de área urbana, con una asociación significativa que indica que los pacientes rurales son más propensos a desarrollar estos trastornos.

El principal departamento de procedencia fue Central con 71,5 %, seguido por Asunción con 23,8 % y el resto de diferentes puntos del país, tal cual se ve en el mapa presentado en la Figura 4, la distribución detallada de los departamentos se encuentra en el Anexo IV. La mayor representación de la Capital y del departamento Central podría tener varias interpretaciones, las principales son la ubicación geográfica y el problema de descentralización de la salud pública. El Hospital de Clínicas se encuentra ubicado en la ciudad de San Lorenzo, departamento Central, por lo que es de esperarse que la mayor parte de las personas que consulten allí sean de dicho departamento, sin embargo, debemos preguntarnos, están entonces las demás personas consultando en sus respectivos departamentos o desconocen las posibilidades de consulta en sus departamentos.

Se debe tener en cuenta que para la internación médica en el área de psiquiatría solo se cuenta con el Hospital de Clínicas en el área de salud pública (el Hospital Neuropsiquiátrico recientemente ha pasado a ser solo para consultas ambulatorias o de corta instancia) esto nos habla de un problema de descentralización de la salud mental (Torales et al., 2014). Para consultas médicas, desde la promulgación de la Ley de Salud Mental se dispone en la página web del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Directorio Nacional de Salud Mental con información de psicólogos y psiquiatras por ciudad y departamento, dentro del sistema de salud público.

Figura 4

Distribución por departamento (n=916).



Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

4.2. Análisis de la Variable Características Clínicas

Sobre las características clínicas, el 38 % tiene diagnóstico de depresión, el 19,1 % de ansiedad, el 6,9 % realizó una tentativa suicida, el 5 % tiene historial de abuso de sustancias y el 0,3 % historial de abuso sexual. Esta información en detalle se ve en la Tabla 1.

Tabla 1

Características clínicas en la muestra (n=916).

Características clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Intento suicida		
Sí	63	6,9
No	853	93,1
Depresión		
Sí	348	38
No	568	62
Ansiedad		
Sí	175	19,1
No	741	80,9
Abuso de sustancias		
Sí	46	5
No	870	95
Historial de abuso sexual		
Sí	3	0,3
No	913	99,7

Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

El porcentaje encontrado de tentativa suicida está acorde a la literatura y a lo esperado para esta población en particular. Se reporta que aproximadamente el 70 % de los individuos con TLP intentan suicidarse en algún momento de sus vidas, y alrededor del 5-10 % de ellos mueren por suicidio (Hasan, 2024). Además, se ha documentado que más del 60 % de los pacientes con TLP reportan múltiples intentos suicidas a lo largo de su vida (Machado et al., 2022). Esto está también con concordancia con el aumento de casos que se proyecta en la población paraguaya en cuanto al suicidio (Torales et al., 2023).

La diferencia encontrada en cuanto a un menor porcentaje de intento suicida podría deberse a que a fines prácticos, como se explicó en la metodología, se incluyó la primera consulta de los pacientes, por lo que pudo o no haberse documentado todos los intentos de suicidio en estos pacientes.

Desde una perspectiva teórica, el hecho de que el 38 % de los participantes también tenga un diagnóstico de depresión es significativo, ya que la comorbilidad entre TLP y la depresión es altamente frecuente en la literatura clínica. Esta comorbilidad agrava tanto los síntomas de inestabilidad emocional como el riesgo de suicidio. La depresión, caracterizada por sentimientos profundos de desesperanza y baja autoestima, puede amplificar la angustia emocional y los comportamientos impulsivos típicos del TLP (Söderholm et al., 2023).

El hecho de que el 19,1 % de los participantes presente ansiedad como comorbilidad con el TLP es relevante, ya que la ansiedad es común en personas con TLP y puede exacerbar los síntomas característicos de este trastorno, como la impulsividad, la inestabilidad emocional y las dificultades interpersonales. La presencia de ansiedad puede aumentar la sensación de angustia y amenaza constante, lo que lleva a una mayor reactividad emocional y, potencialmente, a intentos suicidas como una forma de escapar de este malestar extremo (Qadeer Shah et al., 2023).

La frecuencia de abuso de sustancias en el 5 % de los participantes con TLP, aunque menor en comparación con otros factores comórbidos como la depresión o la ansiedad, es un punto a tener en cuenta en este tipo de pacientes. El abuso de sustancias en personas con TLP puede ser visto como un intento de autorregulación emocional o una estrategia de afrontamiento disfuncional para lidiar con la inestabilidad emocional, la impulsividad y el intenso malestar psicológico característicos del trastorno. La dependencia del alcohol, el consumo diario de

tabaco y el consumo de sustancias ilícitas en el último mes son entre cuatro y nueve veces más frecuentes en el grupo TLP que en la población general según investigaciones previas. Es una limitación en los registros hospitalarios de primera consulta el tener esta información de forma detallada para un análisis más profundo (Scalzo et al., 2018).

El hecho de que el 0,3 % de los participantes tenga un historial de abuso sexual es un dato a tener en cuenta, aunque bajo en comparación con otros factores. El abuso sexual en la infancia o adolescencia está ampliamente asociado con el desarrollo de trastornos de la personalidad, incluyendo el TLP (Aquino-Ferreira et al., 2018). El trauma asociado al abuso sexual puede contribuir a una mayor vulnerabilidad emocional, dificultad para establecer límites interpersonales y patrones de inestabilidad afectiva e impulsividad, todos ellos características del TLP (Temes et al., 2020).

A pesar del bajo porcentaje en este estudio, el abuso sexual sigue siendo un factor de riesgo crítico para el desarrollo de conductas autolesivas y suicidas en personas con TLP. La explicación de este bajo porcentaje podría deberse, como se mencionó anteriormente, a que se tuvo en cuenta la primera consulta de los pacientes, en esta primera consulta pudo no tenerse el tiempo o la confianza suficiente para mencionar este antecedente.

4.3. Análisis Correlacional. Variable Sociodemográfica y Tentativa Suicida.

En cuanto al análisis de los factores asociados al intento suicida, se empieza con la variable sociodemográfica. No se encontró relación entre el sexo y el intento suicida ($\chi^2 = 1,051$ $gl = 1$ $p = 0,305$). Sí se encontró relación entre el área de residencia y el intento suicida ($\chi^2 = 5,354$ $gl = 1$ $p = 0,021$) con un OR de 1,87 (IC95% 1,093-3,224) lo que implica que vivir en área urbana aumenta casi 2 veces las chances de cometer suicidio en personas con diagnóstico de TLP. Estos datos en detalle se observan en la Tabla 2 y las Figuras adicionales en el Anexo V.

Tabla 2

Características sociodemográficas y relación con el intento suicida (n=916).

Característica	Con intento suicida		Sin intento suicida		OR	p-valor
	(n=63)		(n=853)			
	n	%	n	%		
Sexo					0,74	0,305
Hombre	17	1,9	183	20		
Mujer	46	5,0	670	73,1		
Área					1,87	0,021
Urbana	42	4,6	440	48,0		
Rural	21	2,3	413	45,1		

Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

Si bien no se encontró relación significativa entre el sexo y la tentativa suicida en estos pacientes, se ve que en la muestra son las mujeres quienes más tentativas tuvieron (46 de las 63 personas que tuvieron tentativa, fueron mujeres), esto está en concordancia con la literatura médica al respecto. La relación entre el sexo y el intento de suicidio en personas con TLP involucra múltiples factores psicológicos y sociales.

Las mujeres con TLP tienden a presentar tasas más altas de intentos suicidas en

comparación con los hombres, lo que se ha atribuido a la mayor prevalencia de trastornos afectivos y conductas autolesivas en este grupo (Lerech et al., 2009). También se debe tener en cuenta que la tentativa es más frecuente en mujeres, pero la muerte por suicidio es más frecuente en hombres (Torales et al., 2023).

Se ha visto que el pertenecer al área urbana aumentó casi en dos las chances de cometer suicidio en estos pacientes, esto implica que la urbanización es un factor de riesgo para el suicidio. Las personas con TLP tienen un mayor riesgo de suicidio en entornos urbanos debido a factores como la presión laboral, el aislamiento social, el ruido, la sobrecarga sensorial y el fácil acceso a medios letales, que agravan sus dificultades emocionales. Las investigaciones indican que se asocia con un aumento de tres veces en la probabilidad de intentos de suicidio a lo largo de la vida (Bolton et al., 2010; Islam et al., 2019).

4.4. Análisis Correlacional. Variable Clínica y Tentativa Suicida.

Siguiendo con las características clínicas no se encontró relación entre la depresión y el intento suicida en las personas con TLP ($\chi^2 = 1,196$ $gl = 1$ $p = 0,274$), tampoco con el abuso de sustancias (Fisher $p = 0,55$), ni abuso sexual (Fisher $p > 0,05$). Sí se encontró relación con la ansiedad y el intento suicida ($\chi^2 = 7,122$ $gl = 1$ $p = 0,008$) con OR igual a 0,27 (IC95% 0,097-0,755) lo que implica que la ansiedad en este grupo de sujetos se ha asociado a aproximadamente 73 % menos de chances de cometer suicidio como se ve en la Tabla 3 y las Figuras adicionales en el Anexo V.

Tabla 3

Características clínicas y su relación con el intento suicida (n=916).

Característica	Con intento suicida		Sin intento suicida		OR	p-valor
	(n=63)		(n=853)			
	n	%	n	%		
Depresión	28	3,1	320	34,9	1,33	0,274
Ansiedad	4	0,4	171	18,7	0,27	0,008
Abuso de sustancias	4	0,4	42	4,6	1,31	0,55
Abuso sexual	0	0,0	3	0,3	NA	p>0,05

Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

Si bien no se encontró relación entre la depresión y el intento suicida, algunos estudios informan un aumento de siete veces en las probabilidades de intentos de suicidio cuando el TLP está presente junto con el trastorno depresivo mayor (Bolton et al., 2010; Islam et al., 2019). La depresión es un componente que está presente en muchos de los pacientes con diagnóstico de TLP, también en este punto hay que aclarar que los motivos de tentativa suicida en pacientes con TLP no son los mismos que en una persona que solo tenga depresión. Las personas con depresión cometen suicidio por la desesperanza y el vacío emocional, por no poder

desprenderse de su imagen negativa, en cambio las personas con TLP lo hacen por su impulsividad, alguna vez hasta por “error” o de forma “no intencional” (Tsai et al., 2023).

Sí se ha encontrado relación entre el diagnóstico de ansiedad y el intento suicida, al parecer en esta muestra se ha comportado como factor protector. La ansiedad puede actuar como un factor protector del suicidio en personas con TLP porque induce mayor cautela y preocupación por las consecuencias, inhibiendo la impulsividad. Además, las personas ansiosas tienden a buscar apoyo social y evitar situaciones peligrosas, lo que puede reducir el riesgo de intentos suicidas.

Si bien la ansiedad puede promover conductas de búsqueda de ayuda y la participación en intervenciones terapéuticas, lo que puede reducir la ideación suicida, es importante señalar que los trastornos de ansiedad comórbidos también pueden amplificar el riesgo de intentos de suicidio en personas con trastornos del estado de ánimo, incluido el TLP (Nepon et al., 2010; Sareen et al., 2005).

Si bien no se encontró relación entre el abuso de sustancias y el intento suicida, se ha reportado que es un factor clave para tener en cuenta. El trastorno límite de la personalidad está relacionado con un mayor riesgo de abuso de sustancias y comportamiento suicida. La coexistencia de trastornos por consumo de sustancias exacerba el riesgo de suicidio en pacientes con TLP. El abuso de sustancias es frecuente entre las personas con TLP, y las estimaciones sugieren que alrededor del 78,2 % de los pacientes con TLP tienen un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida (Tomko et al., 2014).

Este diagnóstico dual, es decir, la coexistencia de TLP y un trastorno por consumo de sustancias, complica significativamente el tratamiento debido a varios factores. En primer lugar, el abuso de sustancias puede interferir con la eficacia de las terapias dirigidas a tratar el TLP, como la terapia dialéctico-conductual, ya que el uso de drogas o alcohol puede dificultar la adherencia a las intervenciones y aumentar la impulsividad. Además, el consumo de sustancias puede intensificar la inestabilidad emocional característica del TLP, lo que dificulta aún más el control de los impulsos y la regulación de las emociones. Este ciclo de autodestrucción puede llevar a una mayor frecuencia de conductas autolesivas y aumentar el riesgo de intentos de suicidio, ya que la capacidad de las personas para tomar decisiones racionales se ve alterada tanto por el TLP como por los efectos de las sustancias. Los pacientes

con este diagnóstico dual también suelen tener más dificultades para acceder y completar los programas de tratamiento, lo que agrava la probabilidad de recaídas y eventos críticos como los intentos suicidas (Goodman et al., 2011; Philips et al., 2018).

De igual forma, no se ha encontrado relación entre el abuso sexual y el intento suicida, y como ya se mencionó, podría deberse a que es la primera consulta de los pacientes. No obstante, el abuso sexual es un factor de riesgo de suicidio entre las personas con trastorno límite de la personalidad. Las investigaciones indican que las experiencias de abuso sexual en la infancia están fuertemente correlacionadas con un aumento de la ideación e intentos suicidas en esta población. Por ejemplo, los síntomas complejos de estrés postraumático median la relación entre el abuso sexual y el riesgo de suicidio, enfatizando los efectos combinados del trauma en las personas con TLP (Gelezelyte et al., 2022).

De manera similar, el abuso sexual en la primera infancia eleva la intención suicida, lo que sugiere que el trauma impacta directamente en la regulación emocional y la impulsividad, que son características distintivas del TLP (López-Castromán et al., 2013). La interacción entre la impulsividad, la desregulación emocional y los antecedentes de abuso sexual crea una situación precaria para las personas con TLP, lo que lleva a un riesgo notablemente mayor de suicidio (Krause-Utz et al., 2019).

CONCLUSIONES

El objetivo general de esta investigación fue analizar la relación entre factores sociodemográficos y clínicos y la presencia de conductas suicidas en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad atendidos en el Hospital de Clínicas entre 2021 y 2023. A partir del análisis de 916 pacientes se da respuesta a continuación a cada uno de los objetivos específicos planteados.

En relación con el primer objetivo, el perfil sociodemográfico mostró un predominio de mujeres, que representaron más de tres cuartas partes de la muestra, una edad media de 28 años con una edad más frecuente de 18 años, y una distribución equilibrada entre área urbana y rural con leve mayoría urbana. La mayor parte de los pacientes procedió del departamento Central y de Asunción. Este perfil coincide con lo descrito en los antecedentes para el trastorno límite de la personalidad, que tiende a diagnosticarse con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, y resulta consistente con las características de las consultas psiquiátricas reportadas previamente en el mismo centro asistencial. La concentración de pacientes del área metropolitana es coherente con la centralización de los servicios de internación psiquiátrica en el sistema público paraguayo descrita en el marco teórico.

Respecto del segundo objetivo, las características clínicas evidenciaron que la depresión y la ansiedad fueron las comorbilidades más frecuentes, seguidas a considerable distancia por el abuso de sustancias y el antecedente de abuso sexual. La frecuencia de tentativa suicida fue inferior a la esperada según la literatura revisada, que sitúa los intentos a lo largo de la vida en cifras notablemente más altas para esta población. Esta diferencia se explica, en buena medida, por el carácter de la fuente de datos, ya que se trabajó con la primera consulta de urgencia registrada, instancia en la que no necesariamente se documentan todos los antecedentes de conducta suicida ni de victimización, lo que también justifica el bajo registro de abuso sexual.

En cuanto al tercer objetivo, el análisis correlacional permitió identificar dos asociaciones significativas. Residir en el área urbana se asoció a un aumento cercano al doble en las chances de tentativa suicida, hallazgo que concuerda con la evidencia revisada en los antecedentes, que vincula el entorno urbano con un mayor riesgo de conducta suicida en personas con este trastorno. La ansiedad, por su parte, se comportó como factor protector, reduciendo de manera importante las chances de tentativa. No se hallaron asociaciones significativas entre el intento

suicida y el sexo, la depresión, el abuso de sustancias ni el antecedente de abuso sexual.

El estudio había planteado como hipótesis nula la ausencia de relación entre los factores sociodemográficos y clínicos y el intento suicida, y como hipótesis alternativa su existencia. A la luz de los resultados, la hipótesis nula se rechaza de manera parcial, dado que se demostró asociación significativa para el área de residencia y para la ansiedad, mientras que se mantiene para el sexo, la depresión, el abuso de sustancias y el abuso sexual. La hipótesis alternativa se sostiene, por tanto, solo para parte de las variables estudiadas.

Dos hallazgos merecen una explicación particular por apartarse de lo esperado. El primero es la ausencia de asociación entre el sexo y la tentativa suicida. Aunque en la muestra las mujeres concentraron la mayoría de las tentativas, esta diferencia no alcanzó significación estadística, lo que probablemente se relaciona con el reducido número de hombres y con la escasa cantidad total de eventos, condiciones que limitan la potencia para detectar diferencias reales. Este resultado es coherente, además, con la distinción ya señalada entre la mayor frecuencia de tentativas en mujeres y la mayor letalidad del suicidio consumado en hombres, fenómeno que una fuente de primera consulta no permite captar. El segundo hallazgo inesperado es el papel protector de la ansiedad, contrario a lo informado en parte de la literatura revisada. Una explicación plausible es que la ansiedad, al incrementar la cautela, la anticipación de consecuencias y la búsqueda de ayuda, contrarreste el componente impulsivo que caracteriza la conducta suicida en el trastorno límite de la personalidad; aun así, este resultado debe interpretarse con prudencia y verificarse en investigaciones diseñadas específicamente para ello.

Los resultados confirman la utilidad de considerar de manera simultánea las dimensiones sociodemográfica y clínica al evaluar el riesgo de tentativa suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, e identifican al entorno urbano como factor de riesgo y a la ansiedad como factor protector en esta muestra.

Las conclusiones deben interpretarse con las limitaciones del estudio. El empleo de registros hospitalarios de primera consulta impide acceder a variables estrechamente ligadas a la impulsividad y al curso longitudinal del trastorno, y favorece el subregistro de antecedentes sensibles como el abuso sexual. Además, el muestreo no probabilístico restringe la extrapolación de los resultados a otras poblaciones.

RECOMENDACIONES

Para el Hospital de Clínicas

Basado en las limitaciones y hallazgos de la investigación presentada en la tesis, se pueden formular las siguientes recomendaciones al Hospital de Clínicas para mejorar la calidad de las historias clínicas y registros médicos:

1. Estandarización de herramientas de evaluación: Implementar herramientas de evaluación estandarizadas para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). Esto ayudará a reducir la variabilidad en la recolección de datos y facilitará la comparabilidad entre estudios.

2. Capacitación del personal: Proporcionar capacitación continua al personal médico y administrativo sobre la importancia de la documentación precisa y completa en las historias clínicas. Esto incluye la correcta anotación de intentos suicidas y factores asociados, lo que puede mejorar la calidad de los registros.

3. Mejora en la recolección de datos: Establecer procedimientos claros para la recolección de datos, asegurando que se registren tanto los antecedentes clínicos como los sociodemográfico de los pacientes. Esto puede incluir la creación de formularios específicos que faciliten la captura de información relevante.

4. Optimización de sistemas electrónicos de salud: Adoptar un sistema electrónico de salud que permita un acceso más fácil y rápido a la información del paciente, garantizando que todos los datos relevantes estén disponibles para el personal médico en tiempo real. Esto puede ayudar a evitar lagunas en la provisión de servicios. Si bien el Hospital de Clínicas cuenta con el HIS, que es un sistema integrado de gestión informático que apunta a la digitalización completa del historial clínico de los usuarios del sistema sanitario público, este debe ser optimizado para no perder datos de fundamental importancia.

5. Monitoreo y evaluación continua: Establecer un sistema de monitoreo y evaluación continua de la calidad de las historias clínicas. Esto puede incluir auditorías regulares para identificar áreas de mejora y asegurar que se sigan los protocolos establecidos.

6. Fomento de la investigación: Promover la investigación en el área de salud mental, específicamente en el TLP y el suicidio, para generar más datos que puedan ser utilizados para mejorar la atención y los registros médicos. Esto puede ayudar a abordar la heterogeneidad en la población con TLP y mejorar la generalización de los hallazgos.

7. Atención integral y coordinada: Fomentar un enfoque de atención integral que incluya la colaboración entre diferentes especialidades médicas y servicios de salud mental. Esto puede ayudar a abordar las comorbilidades y mejorar la calidad de la atención.

8. Sensibilización sobre salud mental: Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de la salud mental y el manejo del riesgo suicida, tanto para el personal de salud como para la comunidad. Esto puede contribuir a una mejor identificación y tratamiento de los pacientes en riesgo. En este punto es bueno recalcar que el Departamento de Salud mental, Departamento de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia y el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, cada año realizan campañas de concientización sobre el suicidio en el mes de setiembre ya que el 10 de setiembre se conmemora Día Mundial para la prevención del suicidio.

Para futuras líneas de investigación

A continuación, se presentan recomendaciones para futuras investigaciones sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el intento suicida, considerando los resultados y limitaciones de la tesis:

1. Investigaciones longitudinales: Realizar estudios longitudinales que permitan seguir a los pacientes a lo largo del tiempo. Esto ayudará a identificar cambios en los factores asociados al intento suicida y a comprender mejor la evolución del TLP y sus comorbilidades.

2. Diversificación de muestras: Ampliar la muestra de estudio para incluir pacientes de diferentes regiones y contextos socioeconómicos. Esto permitirá obtener una visión más completa y generalizable de los factores asociados al intento suicida en pacientes con TLP.

3. Uso de métodos mixtos: Incorporar enfoques de investigación cualitativos junto con

métodos cuantitativos. Esto puede proporcionar una comprensión más profunda de las experiencias de los pacientes y los factores que influyen en su comportamiento suicida, más allá de los datos numéricos.

4. Evaluación de intervenciones: Investigar la efectividad de diferentes intervenciones terapéuticas y estrategias de manejo de crisis en pacientes con TLP. Esto puede incluir la evaluación de programas de telesalud y su impacto en la reducción de intentos suicidas.

5. Análisis de comorbilidades: Profundizar en el estudio de las comorbilidades más comunes en pacientes con TLP, como la depresión y la ansiedad, y su relación con el riesgo de suicidio. Esto puede ayudar a desarrollar intervenciones más específicas y efectivas.

6. Estudios sobre factores socioculturales: Investigar cómo los factores socioculturales influyen en el riesgo de suicidio en pacientes con TLP. Esto puede incluir el análisis de la influencia del estigma, el acceso a servicios de salud mental y las diferencias en la atención según el contexto cultural.

7. Desarrollo de herramientas de evaluación: Crear y validar herramientas de evaluación específicas para el TLP que incluyan medidas de riesgo suicida. Esto puede mejorar la precisión en la identificación de pacientes en riesgo y facilitar la investigación en este campo.

8. Colaboración multidisciplinaria: Fomentar la colaboración entre diferentes disciplinas, como psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería, para abordar el TLP de manera integral. Esto puede enriquecer la investigación y mejorar la atención a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, C. J., Bender, D. S., Skodol, A. E., & Gunderson, J. G. (2006). Comparison of Attachment Styles in Borderline Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 69–80. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-7962-x>
- Adorno, S. C., & Pagliaro, N. R. (2012). Situación actual del suicidio y tentativa de suicidio en el Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 45(2), 25–37.
- Afif, R. S. (2021). Humanistic Hierarchy of Needs on Auggie's Personality in Wonder Movie. *Linguistics and Literature Journal*, 2(2), 69–74. <https://doi.org/10.33365/lj.v2i2.1351>
- Agrawal, H. R., Gunderson, J. G., Holmes, B., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies With Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94–104. <https://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Alberdi-Páramo, Í., Montero-Hernández, G., Sáiz-González, M. D., Díaz-Marsá, M., & Carrasco-Perera, J. L. (2021). *Clinical and Sociodemographic Variables as Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: A Restrospective Study*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-135066/v2>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amet, E., Hüseyin Muhtar, T., & Özçelik, F. N. (2023). Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in the Treatment of Avoidant Personality Disorder. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 15(2), 240–250. <https://doi.org/10.18863/pgy.1117523>
- Amore, M., Innamorati, M., Vittorio, C. D., Weinberg, I., Turecki, G., Sher, L., Paris, J., Girardi, P., & Pompili, M. (2013). Suicide Attempts in Major Depressed Patients With Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(2), 155–166. <https://doi.org/10.1111/sltb.12059>
- Anbazhagan, G., Shanmugapriya, A., & Kannan, V. (2017). A Cross Sectional Analytical Study of Psycho Social Factors Involved in the First Attempt Suicide of Young Adults Done at Thanjavur Medical College, Tamilnadu. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 4(70), 4206–4211. <https://doi.org/10.18410/jebmh/2017/837>

- Andreasson, K. (2015). Dialectical Behaviour Therapy With Skills Training Seems to Be More Effective in Reducing Non-Suicidal Self-Injury. *Evidence-Based Mental Health*, 18(4), e10–e10. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102139>
- Andreasson, K., Krogh, J., Rosenbaum, B., Gluud, C., Jobes, D. A., & Nordentoft, M. (2014). The DiaS Trial: Dialectical Behavior Therapy Versus Collaborative Assessment and Management of Suicidality on Self-Harm in Patients With a Recent Suicide Attempt and Borderline Personality Disorder Traits—Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 15(1), 194. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-194>
- Aouidad, A., Cohen, D., Mirkovic, B., Pellerin, H., Rivière, S., Consoli, A., Gérardin, P., & Guilé, J.-M. (2020). Borderline Personality Disorder and Prior Suicide Attempts Define a Severity Gradient Among Hospitalized Adolescent Suicide Attempters. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02930-4>
- Aquino-Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>
- Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., Grabe, H. J., & Barnow, S. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: A cross-sectional study of community residents in Germany. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 196–207. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.196>
- Argimón-Pallás, J. M., & Jiménez-Villa, J. (2010). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier España.
- Assmann, N., Kaiser, T., Herzog, P., Arntz, A., Klein, J. P., Fassbinder, E., & Schaich, A. (2025). Differential effectiveness of dialectical behavioural therapy and schema therapy in patients with borderline personality disorder: A secondary analysis of a randomised clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 195, 104899. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104899>
- Atmaca, M., Karakoc, T., Mermi, O., Gurok, M. G., & Yildirim, H. (2014). Neurochemical Alterations Associated With Borderline Personality Disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(4), 317–324. <https://doi.org/10.2190/pm.48.4.f>
- Audiard, P. (2010). *Borderline Personality Disorder*. 4159–4159. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_5219

- Bandelow, B., Schmahl, C., Falkai, P., & Wedekind, D. (2010). Borderline Personality Disorder: A Dysregulation of the Endogenous Opioid System? *Psychological Review*, 117(2), 623–636. <https://doi.org/10.1037/a0018095>
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2013). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Barry, R., Rehm, J., Oliveira, C. d., Gozdyra, P., Chen, S., & Kurdyak, P. (2021). Rurality as a Risk Factor for Attempted Suicide and Death by Suicide in Ontario, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(9), 679–689. <https://doi.org/10.1177/07067437211053300>
- Barry, R., Rehm, J., Oliveira, C. d., Gozdyra, P., & Kurdyak, P. (2020). Rurality and Risk of Suicide Attempts and Death by Suicide Among People Living in Four English-Speaking High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 441–447. <https://doi.org/10.1177/0706743720902655>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). The Development of an Attachment-Based Treatment Program for Borderline Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187–211. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.187.23439>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bellino, S., Bozzatello, P., Rinaldi, C., & Bogetto, F. (2011). Paliperidone ER in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Pilot Study of Efficacy and Tolerability. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2011/680194>
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Yen, S., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2006). Brief Reports: Prospective Assessment of Treatment Use by Patients With Personality Disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 254–257. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.254>
- Bennett, C. S. (2005). Attachment Theory and Research Applied to the Conceptualization and Treatment of Pathological Narcissism. *Clinical Social Work Journal*, 34(1), 45–60. <https://doi.org/10.1007/s10615-005-0001-9>
- Berenbaum, H., Bredemeier, K., Boden, M. T., Thompson, R. J., & Milanak, M. E. (2011). Affective

- Instability, Family History of Mood Disorders, and Neurodevelopmental Disturbance. *Personality Disorders Theory Research and Treatment*, 2(3), 220–229. <https://doi.org/10.1037/a0022317>
- Berk, M. S., Jeglic, E., Brown, G. K., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2007). Characteristics of recent suicide attempters with and without Borderline Personality Disorder. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(1), 91–104. <https://doi.org/10.1080/13811110600992951>
- Bhugra, D., Torales, J., & Castaldelli-Maia, J. M. (2014). Public mental health. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 26(4), 391. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.925226>
- Biruny, D. H., & Salsabila, I. (2021). Application of a Humanistic Approach to Health Care and Education. *Amca Journal of Community Development*, 1(1), 9–12. <https://doi.org/10.51773/ajcd.v1i1.22>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226–239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Blasczyk-Schiep, S., Jaworska-Andrzejewska, P., Rabska, E., Lason, A., Niezgoda, E., & Fila-Witecka, K. (2016). Emotion Regulation, Depression and Self-Harming Behaviours in People With Borderline Personality Disorder: The Moderating Role of Action vs. State Orientation. *Current Issues in Personality Psychology*, 4(1), 41–49. <https://doi.org/10.5114/cipp.2016.56326>
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(13), 817–826. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.003>
- Borges, G., Nock, M. K., Abad, J. M. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Beautrais, A. L., Bromet, E. J., Bruffæarts, R., Girolamo, G. d., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., Kovess–Masféty, V., Lee, S., Levinson, D., ... Kessler, R. C. (2010). Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617–1628. <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04967blu>
- Bornstein, R. F. (2006). A Freudian Construct Lost and Reclaimed: The Psychodynamics of

Personality Pathology. *Psychoanalytic Psychology*, 23(2), 339–353.
<https://doi.org/10.1037/0736-9735.23.2.339>

Bornstein, R. F. (2011). From Symptom to Process: How ThePDMA Alters Goals and Strategies in Psychological Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 142–150.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2011.542714>

Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 14.
<https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-14>

Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(3), 313–322. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.313>

Buchheim, A., Roth, G., Schiepek, G., Pogarell, O., & Karch, S. (2013). Neurobiology of Borderline Personality Disorder (BPD) and Antisocial Personality Disorder (APD). *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, 164(04), 115–122. <https://doi.org/10.4414/sanp.2013.00156>

Cackowski, S., Neubauer, T., & Kleindienst, N. (2016). The Impact of Posttraumatic Stress Disorder on the Symptomatology of Borderline Personality Disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0042-4>

Caligor, E. (2013). *Narcissism in the Psychodynamic Diagnostic Manual*. 63–79.
<https://doi.org/10.1037/14041-004>

Carter, G., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT Project: Randomized Controlled Trial of Dialectical Behaviour Therapy in Women With Borderline Personality Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162–173.
<https://doi.org/10.3109/00048670903393621>

Chesin, M., Jeglic, E. L., & Stanley, B. (2010). Pathways to High-Lethality Suicide Attempts in Individuals With Borderline Personality Disorder. *Archives of Suicide Research*, 14(4), 342–362. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524054>

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of All-Cause and Suicide Mortality in Mental Disorders: A Meta-Review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160.

<https://doi.org/10.1002/wps.20128>

- Choi-Kain, L. W., Fitzmaurice, G. M., Zanarini, M. C., Laverdière, O., & Gunderson, J. G. (2009). The Relationship Between Self-Reported Attachment Styles, Interpersonal Dysfunction, and Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 816–821. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181bea56e>
- Colle, L., Hilviu, D., Rossi, R., Garbarini, F., & Fossataro, C. (2020). Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00449>
- Constitución Nacional del Paraguay, Artículo 68 (1992).
- Constitución Nacional del Paraguay, Artículo 69 (1992).
- Crema, C. (2024). *Suicide Risk in Borderline Personality Disorder: A Machine Learning Tool Based on Clinical and MRI Data*. <https://doi.org/10.1101/2024.07.25.24310985>
- Dadomo, H., Lapomarda, G., Çiftçi, Z., Messina, I., & Grecucci, A. (2022). Structural Features Predict Sexual Trauma and Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder but Not in Controls: A Multi-Voxel Pattern Analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.773593>
- Daley, S. E., Burge, D., & Hammen, C. (2000). Borderline Personality Disorder Symptoms as Predictors of 4-Year Romantic Relationship Dysfunction in Young Women: Addressing Issues of Specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 451–460. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.109.3.451>
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K., & Ruocco, A. C. (2012). Facial Emotion Recognition in Borderline Personality Disorder. *Psychological Medicine*, 43(9), 1953–1963. <https://doi.org/10.1017/s0033291712002607>
- De Doménico, E., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., & Torales, J. (2021). Diagnostic Stability of Major Depressive Disorder in hospitalized patients in a University Hospital: A Brief Report. *Medicina Clínica y Social*, 5(3), 141–144. <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i3.223>
- Dias, D. S., & Natividade, J. C. (2024). Brazilian Adaptation of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0486>

- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal Analysis of Grandiose and Vulnerable Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188–207. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.188.22146>
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer, S. M., Khan, F., & Jahan, N. (2020). The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
- Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., & Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317–325.
- Fellows, R. P., Spahr, N. A., Byrd, D., Mindt, M. R., & Morgello, S. (2015). Psychological Trauma Exposure and Co-Morbid Psychopathologies in HIV+men and Women. *Psychiatry Research*, 230(3), 770–776. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.011>
- Ferraz, L., Portella, M. J., Vállez, M., Gutiérrez, F., Martín-Blanco, A., Martín-Santos, R., & Subirà, S. (2013). Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 210(3), 980–985. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.004>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A Clinical Trial for Patients With Suicidal and Self-Injurious Behavior and Borderline Symptoms With a One-Year Follow-Up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 140. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Flynn, S., Graney, J., Nyathi, T., Raphael, J., Abraham, S., Singh-Dernevik, S., Williams, A., Kapur, N., Appleby, L., & Shaw, J. (2020). Clinical characteristics and care pathways of patients with personality disorder who died by suicide. *BJPsych Open*, 6(2), e29. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.11>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The Development of Borderline Personality Disorder—A Mentalizing Model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4–21. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Frandsen, F. W., Simonsen, S., Poulsen, S., Sørensen, P., & Lau, M. E. (2019). Social Anxiety Disorder and Avoidant Personality Disorder From an Interpersonal Perspective. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 93(1), 88–104.

<https://doi.org/10.1111/papt.12214>

- Fulmer, R. (2018). The Evolution of the Psychodynamic Approach and System. *International Journal of Psychological Studies*, 10(3), 1. <https://doi.org/10.5539/ijps.v10n3p1>
- Gado, G. A. (2016). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Reducing Symptoms of Borderline Personality Disorder: Case Study. *International Journal of Social Science and Humanity*, 6(1), 47–51. <https://doi.org/10.7763/ijssh.2016.v6.616>
- Galione, J. N., & Zimmerman, M. (2010). A Comparison of Depressed Patients With and Without Borderline Personality Disorder: Implications for Interpreting Studies of the Validity of the Bipolar Spectrum. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 763–772. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.763>
- Gaskin, C. J. (2014). The Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy: A Systematic Review of Recent International and Australian Research. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 2(1). <https://doi.org/10.59158/001c.71136>
- Gaur, M., Alambo, A., Sain, J. P., Kursuncu, U., Thirunarayan, K., Kavuluru, R., Sheth, A. P., Welton, R., & Pathak, J. (2019). *Knowledge-Aware Assessment of Severity of Suicide Risk for Early Intervention*. <https://doi.org/10.1145/3308558.3313698>
- Gawda, B., Bernacka, R. E., & Gawda, A. (2016). The Neural Mechanisms Underlying Personality Disorders. *Neuroquantology*, 14(2). <https://doi.org/10.14704/nq.2016.14.2.948>
- Gelezelyte, O., Kvedaraite, M., Kairyte, A., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Kazlauskas, E. (2022). The Mediating Role of Complex Posttraumatic Stress and Borderline Pattern Symptoms on the Association Between Sexual Abuse and Suicide Risk. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00183-z>
- Gharraee, B., Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Yaghmaeezadeh, H., Khanjani, S., & Ghahremani, S. (2022). Psychometric Properties of Persian Version of Structured Clinical Interview for DSM-5 for Personality Disorders. *East Asian Arch Psychiatry*, 32(4), 95–99. <https://doi.org/10.12809/eaap2208>
- Girard, J. M., Wright, A. G., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal Problems Across Levels of the Psychopathology Hierarchy. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 53–69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.014>

- Giudice, M. D. (2018). *Evolutionary Psychopathology*. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190246846.001.0001>
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018–2024. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. H., & Paris, J. (2011). Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 79–85. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0249-4>
- Grandjean, L. (2024). The Neurobiology of Emotion Regulation in Personality Disorders. *Swiss Archives of Neurology Psychiatry and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.4414/sanp.2024.1325507538>
- Gregory, R. J., Chlebowsky, S., Kang, D. H., Remen, A. L., Soderberg, M., Stepkovitch, J., & Virk, S. (2008). A Controlled Trial of Psychodynamic Psychotherapy for Co-Occurring Borderline Personality Disorder and Alcohol Use Disorder. *Psychotherapy*, 45(1), 28–41. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.28>
- Grilo, C. M., & Udo, T. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts Among US Adults. *Jama Network Open*, 4(5), e219389. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.9389>
- Guina, J. (2016). The Talking Cure of Avoidant Personality Disorder: Remission Through Earned-Secure Attachment. *American Journal of Psychotherapy*, 70(3), 233–250. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.3.233>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., Sanislow, C. A., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Daversa, M. T., Grilo, C. M., Yen, S., & Skodol, A. E. (2008). New Episodes and New Onsets of Major Depression in Borderline and Other Personality Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.026>
- Gutiérrez, F., & Valdesoiro, F. (2023). The Evolution of Personality Disorders: A Review of Proposals. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1110420>
- Gutman, J., McDermut, W., Miller, I. W., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2006). Personality

- Pathology and Its Relation to Couple Functioning. *Journal of Clinical Psychology*, 62(10), 1275–1289. <https://doi.org/10.1002/jclp.20311>
- Hadadi, A. H., Alqahtani, H. M. M., Abdelgadir, H. S., Ayidh, F. A. N., Alhassani, A. A. A., & Ayed, A. A. (2018). Effectiveness of Cognitive Therapy in Treatment of Borderline Personality Disorders. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(12), 2081–2089. <https://doi.org/10.12816/0045034>
- Hajfiroozabadi, M., Mohtashami, J., & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2022). Individual Factors Underlying Suicidal Behaviors in Patients with Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.118312>
- Handley, T., Inder, K., Kay-Lambkin, F., Fitzgerald, M., Lewin, T. J., Attia, J., & Kelly, B. (2012). Contributors to Suicidality in Rural Communities: Beyond the Effects of Depression. *BMC Psychiatry*, 12(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-105>
- Harned, M. S., & Valenstein, H. (2013). Treatment of Borderline Personality Disorder and Co-Occurring Anxiety Disorders. *F1000prime Reports*, 5, 15. <https://doi.org/10.12703/p5-15>
- Hasan, H. M. (2024). Personality Disorders Among a Sample of Egyptian Patients With Major Depressive Disorder and Their Association With Suicide. *Middle East Current Psychiatry*, 31(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-024-00436-3>
- Haskayne, D., Hirschfeld, R., & Larkin, M. (2014). The Outcome of Psychodynamic Psychotherapies With Individuals Diagnosed With Personality Disorders: A Systematic Review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(2), 115–138. <https://doi.org/10.1080/02668734.2014.888675>
- Hayes, B. E. (1999). *Cómo medir la satisfacción del cliente: Diseño de encuestas, uso y métodos de análisis estadístico*. Oxford University Press.
- Hernandez-Bustamante, M., Cjuno, J., Hernández, R. M., & Ponce-Meza, J. C. (2024). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 119–129. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14347>
- Hernández-González, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3), e1442.

- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación Científica*.
- Hertler, S. C. (2014). A Review and Critique of Obsessive-Compulsive Personality Disorder Etiologies: Reckoning With Heritability Estimates. *Europe's Journal of Psychology*, 10(1), 168–184. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i1.679>
- Hoffman, P. D., & Fruzzetti, A. E. (2007). Advances in Interventions for Families With a Relative With a Personality Disorder Diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 68–73. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0012-z>
- Honos-Webb, L., & Leitner, L. M. (2002). Therapy Progress Formulation as Interventional Assessment. *The Humanistic Psychologist*, 30(1–2), 102–113. <https://doi.org/10.1080/08873267.2002.9977026>
- Hopwood, C. J., Wright, A. G., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The Interpersonal Core of Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 270–295. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.3.270>
- Horvath, A., Dras, M., Lai, C. C. W., & Boag, S. (2020). Predicting Suicidal Behavior Without Asking About Suicidal Ideation: Machine Learning and the Role of Borderline Personality Disorder Criteria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(3), 455–466. <https://doi.org/10.1111/sltb.12719>
- Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2010). Ten-Year Use of Mental Health Services by Patients With Borderline Personality Disorder and With Other Axis II Disorders. *Psychiatric Services*, 61(6). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.6.612>
- Hunt, A., & Jaeggi, A. V. (2022). Specialised Minds: Extending Adaptive Explanations of Personality to the Evolution of Psychopathology. *Evolutionary Human Sciences*, 4. <https://doi.org/10.1017/ehs.2022.23>
- Inder, K., Handley, T., Johnston, A., Weaver, N., Coleman, C., Lewin, T. J., Slade, T., & Kelly, B. (2014). Determinants of Suicidal Ideation and Suicide Attempts: Parallel Cross-Sectional Analyses Examining Geographical Location. *BMC Psychiatry*, 14(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-208>
- Islam, S., Mamun, S. A. A., Haque, M., Khan, N., Rashid, H., Sinha, R. K., Abedin, M. F., & Uddin,

- N. (2019). Psychiatric Disorders Among Suicidal Behavior Patients Attending Mental Health Facilities: A Descriptive Crosssectional Study. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 37(3), 130–134. <https://doi.org/10.3329/jbcps.v37i3.41735>
- Ivey-Stephenson, A. Z., Crosby, A. E., Jack, S. P. D., Haileyesus, T., & Kresnow-Sedacca, M. (2017). Suicide Trends Among and Within Urbanization Levels by Sex, Race/Ethnicity, Age Group, and Mechanism of Death—United States, 2001–2015. *MMWR Surveillance Summaries*, 66(18), 1–16. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6618a1>
- Jo, R., Broadbear, J. H., Hope, J., & Rao, S. (2022). Late Manifestation of Borderline Personality Disorder: Characterization of an Under-recognized Phenomenon. *Personality and Mental Health*, 17(2), 165–175. <https://doi.org/10.1002/pmh.1571>
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Moller, S. B., Petitt, E., Poysti, S., Larsson, M. H., Rousseau, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2012). Psychodynamic Guided Self-Help for Adult Depression Through the Internet: A Randomised Controlled Trial. *Plos One*, 7(5), e38021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038021>
- Kalleklev, J., & Karterud, S. (2018). A Comparative Study of a Mentalization-Based Versus a Psychodynamic Group Therapy Session. *Group Analysis*, 51(1), 44–60. <https://doi.org/10.1177/0533316417750987>
- Kaplan, C. S., Tarlow, N., Stewart, J., Aguirre, B., Galen, G. C., & Auerbach, R. P. (2016). Borderline Personality Disorder in Youth: The Prospective Impact of Child Abuse on Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.016>
- Kaurin, A., Dombrovski, A. Y., Hallquist, M. N., & Wright, A. G. (2023). Suicidal Urges and Attempted Suicide at Multiple Time Scales in Borderline Personality Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 329, 581–588. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.034>
- Keller, M. C. (2008). The Evolutionary Persistence of Genes That Increase Mental Disorders Risk. *Current Directions in Psychological Science*, 17(6), 395–399. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00613.x>
- Khosravi, M. (2020). Eating Disorders Among Patients With Borderline Personality Disorder: Understanding the Prevalence and Psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00314-3>

- Khosravi, M., & Hassani, F. (2022). From emotional intelligence to suicidality: A mediation analysis in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 22(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03891-6>
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPpohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: Epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(16), 280–286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis Using Mixed-Effects Modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936–951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 565–568.
- Kotov, R., Gámez, W., Schmidt, F. L., & Watson, D. (2010). Linking “Big” Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Krause-Utz, A., Erol, E., Broussianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., & Elzinga, B. M. (2019). Self-Reported Impulsivity in Women With Borderline Personality Disorder: The Role of Childhood Maltreatment Severity and Emotion Regulation Difficulties. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0101-8>
- Kriebel-Gasparro, A. (2016). Advanced Practice Registered Nurses: Gateway to Screening for Bipolar Disorder in Primary Care. *The Open Nursing Journal*, 10(1), 59–72. <https://doi.org/10.2174/187443460160101059>
- Kryzhanovskaya, L., & Canterbury, R. J. (2001). Suicidal Behavior in Patients With Adjustment Disorders. *Crisis*, 22(3), 125–131. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.3.125>
- Kulacaoğlu, F., & Köse, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain Sciences*, 8(11), 201. <https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>
- L. Beautrais, A. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological*

Medicine, 31(5), 837–845. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003889>

- Lee, Y.-J., Keum, M.-S., Kim, H.-G., Cheon, E. J., Cho, Y.-C., & Koo, B. (2020). Defense Mechanisms and Psychological Characteristics According to Suicide Attempts in Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Investigation*, 17(8), 840–849. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0102>
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223–1232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2005). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *Focus the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 3(3), 417–428. <https://doi.org/10.1176/foc.3.3.417>
- Lerech, M. M. F., Arias, A. F. G., Castrillón, J. J. C., Arias, C. F. H., Campoalegre, P. A. O., Cala, M. L. P., Garzón, D. M. P., & García, L. M. Z. (2009). Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007- 2008. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.30554/archmed.9.2.1311.2009>
- Levy, K. N. (2005). The Implications of Attachment Theory and Research for Understanding Borderline Personality Disorder. *Development and Psychopathology*, 17(04). <https://doi.org/10.1017/s0954579405050455>
- Levy, K. N., Scala, J. W., Temes, C. M., & Clouthier, T. L. (2015). *An Integrative Attachment Theory Framework of Personality Disorders*. 315–343. <https://doi.org/10.1037/14549-014>
- Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2007). Psychodynamic Treatments of Self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1105–1120. <https://doi.org/10.1002/jclp.20418>
- Li, H., Tian, Y., & Zheng, J. (2021). *A Review of Borderline Personality Disorder*. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210617.158>
- Lieslehto, J., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A. O., & Taipale, H. (2023). Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Borderline Personality Disorder. *Jama Network Open*, 6(6), e2317130. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17130>

- Liu, C., Tong, Y., Wu, J., Zhou, W., Yin, Y., Wu, M., Tong, R., & An, J. (2022). Comparison of Characteristics of Suicide Attempts Registered in Urban and Rural Areas in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.805324>
- López-Castromán, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L. L., Kolko, D. J., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B. S., García-Nieto, R., Burke, A. K., Mann, J. J., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2013). Early Childhood Sexual Abuse Increases Suicidal Intent. *World Psychiatry*, 12(2), 149–154. <https://doi.org/10.1002/wps.20039>
- Lothes, J. E., McCool, M. W., Mochrie, K. D., Guendner, E., & John, J. S. (2021). Applying Adherent DBT Principles to Treatment in a Partial Hospital Setting: An Analysis Over 5-years of Outcomes From Intake to Discharge. *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2431–2441. <https://doi.org/10.1002/jclp.23188>
- Luty, J. (2019). Bordering on the Bipolar: A Review of Criteria for ICD-11 and DSM-5 Persistent Mood Disorders. *Bjpsych Advances*, 26(1), 50–57. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.54>
- Luyten, P. (2015). *An Integrative, Psychodynamic Framework of Personality Pathology*. 293–314. <https://doi.org/10.1037/14549-013>
- Lyddon, W. J., & Sherry, A. (2001). Developmental Personality Styles: An Attachment Theory Conceptualization of Personality Disorders. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 405–414. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01987.x>
- Machado, C., Ballester, P. L., Cao, B., Mwangi, B., Caldieraro, M. A., Kapczinski, F., & Passos, I. C. (2022). Prediction of suicide attempts in a prospective cohort study with a nationally representative sample of the US population. *Psychological Medicine*, 52(14), 2985–2996. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004997>
- Margerison, C. E., & Goldman-Mellor, S. (2019). Association Between Rural Residence and Nonfatal Suicidal Behavior Among California Adults: A Population-Based Study. *The Journal of Rural Health*, 35(2), 262–269. <https://doi.org/10.1111/jrh.12352>
- Marx, W., Penninx, B. W. J. H., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 9(1), 44. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00454-1>
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and

Definition. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(2), 131–148.
<https://doi.org/10.1177/1524838017738726>

- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N., & Lejuez, C. W. (2010). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 657–685. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.007>
- May, A., Klonsky, D., & Klein, D. N. (2012). Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: A 10-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 946–952. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.04.009>
- McCabe, G. A., & Widiger, T. A. (2020). A Comprehensive Comparison of the ICD-11 and DSM–5 Section III Personality Disorder Models. *Psychological Assessment*, 32(1), 72–84. <https://doi.org/10.1037/pas0000772>
- McCloskey, M. S., Phan, K. L., & Coccaro, E. F. (2005). Neuroimaging and Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 7(1), 65–72. <https://doi.org/10.1007/s11920-005-0027-2>
- Mehrazmay, A., Satkin, M., Karambakhsh, A., Salesi, M., Lotfi, M., & Ahmadi, K. (2016). Substance Abuse Related Predictors in Soldiers' Suicidal Attempt. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 6(1). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.27979>
- Menon, P., Chaudhari, B., Saldanha, D., Devabhaktuni, S., & Bhattacharya, L. (2016). Childhood Sexual Abuse in Adult Patients With Borderline Personality Disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 101. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196046>
- Mojahed, A., Rajabi, M., Khanjani, S., & Basharpour, S. (2018). Prediction of Self-Injury Behavior in Men With Borderline Personality Disorder Based on Their Symptoms of Borderline Personality and Alexithymia. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 7(3). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.67693>
- Morton, M., Wang, S., Tse, K., Chung, C., Bergmans, Y., Ceniti, A. K., Flam, S., Johannes, R., Schade, K., Terah, F., & Rizvi, S. J. (2021). Gatekeeper Training for Friends and Family of Individuals at Risk of Suicide: A Systematic Review. *Journal of Community Psychology*, 49(6), 1838–1871. <https://doi.org/10.1002/jcop.22624>
- Moscato, A., Speranza, M., Delvenne, V., Corcos, M., & Pham-Scottez, A. (2019). Parental Risk for Suicide and Attachment Patterns Among Adolescents With Borderline Personality Disorder. A

Clinical-Based Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 771.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00771>

Mou, D., Kleiman, E. M., Fedor, S., Beck, S., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2018). Negative Affect Is More Strongly Associated With Suicidal Thinking Among Suicidal Patients With Borderline Personality Disorder Than Those Without. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 198–201.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.006>

Nemoda, Z., Lyons-Ruth, K., Székely, A., Bertha, E., Faludi, G., & Sasvári-Székely, M. (2010). Association Between Dopaminergic Polymorphisms and Borderline Personality Traits Among at-Risk Young Adults and Psychiatric Inpatients. *Behavioral and Brain Functions*, 6(1), 4.
<https://doi.org/10.1186/1744-9081-6-4>

Nepon, J., Belik, S.-L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791–798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>

Neuman, R. (2023a). Expressions of a Humanistic Orientation Among Service Providers Supporting Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 20(4), 394–404. <https://doi.org/10.1111/jppi.12477>

Neuman, R. (2023b). The Humanistic Perspective as “A Lighthouse” for the Perception of QOL/FQOL and Its Application. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/jppi.12485>

Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2007). Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression: A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 134–141.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.134>

Ortiz-Guzmán, J. A., Ibarra-Alcantar, M. C., Alvarado-Cruz, F. J., Graciano-Morales, H., & Jiménez-Genchi, A. (2023). Clinical Characteristics of Women With Major Depression Who Suffered Sexual Abuse in Childhood. *Gaceta Médica De México*, 154(3).
<https://doi.org/10.24875/gmm.m18000145>

Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Shibuya, N., Sadahiro, R., & Enokido, M. (2014). Correlations of Interpersonal Sensitivity With Negative Working Models of the Self and Other: Evidence for Link With Attachment Insecurity. *Annals of General Psychiatry*, 13(1).

<https://doi.org/10.1186/1744-859x-13-5>

- Pad, R. A., Okut, H., Zackula, R., Macaluso, M., & Huprich, S. K. (2021). Understanding the Relationship Between Personality Pathology and Attachment Style in the Context of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Personality and Mental Health*, 16(3), 163–179. <https://doi.org/10.1002/pmh.1530>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. F., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the U.S. Population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 1190–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Paris, J. (2005). Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579–1583. <https://doi.org/10.1503/cmaj.045281>
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pascual, J. C., Malagón, A., Córcoles, D., Ginés, J. M., Soler, J., Garcia-Ribera, C., Pérez, V., & Bulbena, A. (2008). Immigrants and Borderline Personality Disorder at a Psychiatric Emergency Service. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 471–476. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038208>
- Peckham, A. D., Jones, P., Snorrason, I., Wessman, I., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2020). Age-related differences in borderline personality disorder symptom networks in a transdiagnostic sample. *Journal of Affective Disorders*, 274, 508–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.111>
- Pelta, C. (2021). Emotional Cascade Model and Deep Learning. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 12(8). <https://doi.org/10.14569/ijacsa.2021.0120841>
- Peng, S., Wang, D., Gao, X., Cai, Y., & Tu, D. (2019). The CDA-BPD: Retrofitting a Traditional Borderline Personality Questionnaire Under the Cognitive Diagnosis Model Framework. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 13, e22. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.14>
- Perugula, M. L., Narang, P., & Lippmann, S. (2017). The Biological Basis to Personality Disorders. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 19(02). <https://doi.org/10.4088/pcc.16br02076>

- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European Addiction Research*, 24(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000485564>
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Giannantonio, M. D., Giupponi, G., Amore, M., Lester, D., Girardi, P., & Möller-Leimkühler, A. M. (2012). Substance Abuse and Suicide Risk Among Adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(6), 469–485. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0292-0>
- Popiel, A., & Keegan, E. (2017). Personality Disorders: A Brief Historical Introduction. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 265–280. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-2en>
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing Awareness and Increasing Emotion Regulation: Revising Chair Work in Emotion-Focused Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 84–107. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.1.84>
- Pos, A. E., & Paolone, D. A. (2019). *Emotion-Focused Therapy for Personality Disorders*. 381–402. <https://doi.org/10.1037/0000112-017>
- Prada, P., Perroud, N., Rüfenacht, E., & Nicastro, R. (2018). Strategies to Deal With Suicide and Non-suicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder, the Case of DBT. *Frontiers in Psychology*, 9, 2595. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02595>
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Röpke, S. (2010). Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Evidence for Disturbed Recognition of the Emotions, Thoughts, and Intentions of Others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2010.00182>
- Qadeer Shah, A., Prasad, D., Caropreso, L., Frey, B. N., & de Azevedo Cardoso, T. (2023). The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 164, 304–314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
- Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLOS ONE*, 17(12), e0279015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>

- República del Paraguay. (1980). *Ley N° 836 del Código Sanitario*.
- República del Paraguay. (2018). *Ley N.° 6169 De prevención y atención de personas en riesgo de suicidio*.
- República del Paraguay. (2022). *Ley N.° 7018 De salud mental*.
- Richman, M. J., & Unoka, Z. (2015). Mental State Decoding Impairment in Major Depression And Borderline Personality Disorder: Meta-Analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 207(6), 483–489. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152108>
- Rickman, S. R. M., Bernard, N. K., Levendosky, A. A., & Yalch, M. M. (2021). Incremental Effects of Betrayal Trauma and Borderline Personality Disorder Symptoms on Suicide Risk. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 13(7), 810–813. <https://doi.org/10.1037/tra0001022>
- Rishede, M. Z., Juul, S., Bo, S., Gondan, M., Møeller, S. B., & Simonsen, S. (2021). Personality Functioning and Mentalizing in Patients With Subthreshold or Diagnosed Borderline Personality Disorder: Implications for ICD-11. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.634332>
- Rogers, C. R. (2007). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Psychotherapy*, 44(3), 240–248. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>
- Romeu-Labayen, M., Cuadra, M. A. R., Galbany-Estragués, P., Corbal, S. B., Palou, R. G., & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline Personality Disorder in a Community Setting: Service Users' Experiences of the Therapeutic Relationship With Mental Health Nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 868–877. <https://doi.org/10.1111/inm.12720>
- Rossom, R. C., Coleman, K. J., Ahmedani, B. K., Beck, A., Johnson, E. E., Oliver, M., & Simon, G. (2017). Suicidal Ideation Reported on the PHQ9 and Risk of Suicidal Behavior Across Age Groups. *Journal of Affective Disorders*, 215, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.037>
- Ruggero, C. J., Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2010). Borderline Personality Disorder and the Misdiagnosis of Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(6), 405–408. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.09.011>
- Ruiz, P. (2009). Prólogo. En J. Martínez, E. Saad, & J. Forero (Eds.), *Suicidio una realidad en Latinoamérica* (pp. 17–26). Asociación Psiquiátrica de América Latina.

- Safarzadeh, A., Bakhtiari, M., Shaeiri, M. R., Kheradmand, A., & Isfeedvajani, M. S. (2023). Effectiveness of Dialectic-Behavioral Skills Training Based on Soler Model Alone and Along With Family Education in Reduction of Borderline Personality Disorder Symptoms With Three Months Follow Up. *Neurology Neuropsychiatry Psychosomatics*, 15(1), 50–56. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-1-50-56>
- Sajadi, S. F., Arshadi, N., Zargar, Y., Honarmand, M. M., & Hajjari, Z. (2015). Borderline Personality Features in Students: The Predicting Role of Schema, Emotion Regulation, Dissociative Experience and Suicidal Ideation. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 4(2), e20021. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.20021v2>
- Santisteban, D. A., Mena, M. P., Muir, J. A., McCabe, B. E., Abalo, C., & Cummings, A. M. (2015). The Efficacy of Two Adolescent Substance Abuse Treatments and the Impact of Comorbid Depression: Results of a Small Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 55–64. <https://doi.org/10.1037/prj0000106>
- Şar, V., Islam, S., & Öztürk, E. (2009). Childhood Emotional Abuse and Dissociation in Patients With Conversion Symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(5), 670–677. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.02012.x>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249–1257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Scalzo, F., Hulbert, C. A., Betts, J. K., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2018). Substance Use in Youth With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(5), 603–617. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_315
- Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G., Stepp, S. D., Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A. (2013). Preoccupied Attachment and Emotional Dysregulation: Specific Aspects of Borderline Personality Disorder or General Dimensions of Personality Pathology? *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 473–495. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_099
- Sharp, C., Michonski, J. D., Steinberg, L., Fowler, J. C., Frueh, B. C., & Oldham, J. M. (2014). An Investigation of Differential Item Functioning Across Gender of BPD Criteria. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 231–236. <https://doi.org/10.1037/a0035637>

- Sharp, C., & Wall, K. (2021). DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 313–337. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402>
- Sheets, E. S., & Miller, I. W. (2010). Predictors of Relationship Functioning for Patients With Bipolar Disorder and Their Partners. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 371–379. <https://doi.org/10.1037/a0020352>
- Sher, L., Rutter, S., New, A. S., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2018). Gender Differences and Similarities in Aggression, Suicidal Behaviour, and Psychiatric Comorbidity in Borderline Personality Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/acps.12981>
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Wolford-Clevenger, C., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2016). The Relationship Between Dispositional Mindfulness, Borderline Personality Features, and Suicidal Ideation in a Sample of Women in Residential Substance Use Treatment. *Psychiatry Research*, 238, 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.040>
- Shorub, E., Omar, A. N., Elshahawi, H. H., Nauom, D., ElSahrawy, T., & Elhawary, Y. A. (2022). Impulsivity and Psychiatric Comorbidity as Risk Factors for Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder. *South African Journal of Psychiatry*, 28. <https://doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v28i0.1544>
- Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2012). The Course of Anxiety Disorders Other Than PTSD in Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 10-Year Follow-Up Study. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 804–814. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.804>
- Söderholm, J. J., Socada, J. L., Rosenström, T., Ekelund, J., & Isometsä, E. (2020). Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients—A Comparative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 290. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00290>
- Söderholm, J. J., Socada, J. L., Rosenström, T. H., Ekelund, J., & Isometsä, E. (2023). Borderline personality disorder and depression severity predict suicidal outcomes: A six-month prospective cohort study of depression, bipolar depression, and borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 148(3), 222–232. <https://doi.org/10.1111/acps.13586>

- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Subtyping Borderline Personality Disorder by Suicidal Behavior. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 468–480. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.468>
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2017). Suicidal Behavior and Psychosocial Outcome in Borderline Personality Disorder at 8-Year Follow-Up. *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 774–789. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_280
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood Abuse as a Risk Factor for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 201–214. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.201.22542>
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K., & 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. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.601>
- Sosnowska, W. (2023). Intoxication-Related Teenagers' Suicide Attempts—An Analysis of the Issue. *Journal of Education Health and Sport*, 43(1), 116–126. <https://doi.org/10.12775/jehs.2023.43.01.010>
- South, S. C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2008). Personality Disorder Symptoms and Marital Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 769–780. <https://doi.org/10.1037/a0013346>
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A Systematic Review of Risk Factors Prospectively Associated With Borderline Personality Disorder: Taking Stock and Moving Forward. *Personality Disorders Theory Research and Treatment*, 7(4), 316–323. <https://doi.org/10.1037/per0000186>
- Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., & Lieb, K. (2020). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: An Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Current Psychiatry Reports*, 22(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>
- Sun, J., Guo, X., Zhang, J., Wang, M., Jia, C.-X., & Xu, A. (2015). Incidence and Fatality of Serious Suicide Attempts in a Predominantly Rural Population in Shandong, China: A Public Health Surveillance Study. *BMJ Open*, 5(2), e006762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006762>

- Suszek, H., Holas, P., Wyrzykowski, T., Lorentzen, S., & Kokoszka, A. (2015). Short-Term Intensive Psychodynamic Group Therapy Versus Cognitive-Behavioral Group Therapy in Day Treatment of Anxiety Disorders and Comorbid Depressive or Personality Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0827-6>
- Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S. D., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2013). Antisocial Personality Disorder and Borderline Symptoms Are Differentially Related to Impulsivity and Course of Illness in Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 148(2–3), 384–390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.027>
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*, 328(24), 2431–2445. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Tellez, J., & Taborda, L. (2006). Suicidio en cifras. En *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención* (pp. 24–41). Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.
- Tellez-Vargas, J., & Forero-Vargas, J. (2012). Suicide in Latin America. En M. Pompili, *Suicide: A global perspective* (pp. 185–200). Bentham Science Publishers.
- Temes, C. M., Magni, L. R., Aguirre, B. A., Goodman, M., Ridolfi, M. E., & Zanarini, M. C. (2020). Parameters of reported childhood sexual abuse and assault in adolescents and adults with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 14(3), 254–262. <https://doi.org/10.1002/pmh.1475>
- Thompson, K., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2017). Sexuality and Sexual Health Among Female Youth With Borderline Personality Disorder Pathology. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 502–508. <https://doi.org/10.1111/eip.12510>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Torales, J., Barrios, I., & González, S. (2020). Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 18(2), 54–62. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.54>

- Torales, J., Barrios, I., Melgarejo, O., Tullo-Gómez, J. E., Díaz, N. R., O'Higgins, M., Maggi, C., Adorno, V., Medina, A., Villalba-Arias, J., González-Urbieto, I., Caycho-Rodríguez, T., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2023). Suicides among adults in Paraguay: An 18-year national exploratory study (2004-2022). *The International Journal of Social Psychiatry*, 69(7), 1641–1648. <https://doi.org/10.1177/00207640231169650>
- Torales, J., Barrios, I., Ortiz Galeano, I., & Estigarribia, G. (2024). *Manual de Metodología de la Investigación: Una Introducción a la Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (1a ed.). EFACIM.
- Torales, J., Insaurrealde, A., Ríos-González, C., Ruíz Díaz, N., Navarro, R., Ayala-Servín, N., Almirón-Santacruz, J., Gamarra-Vega, E., Segovia-Cañete, A., Vera-Toledo, H., Barrios, I., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., & O'Higgins, M. (2021). Asociación entre la procedencia del área urbana o rural y el desarrollo de trastornos del espectro depresivo: Una experiencia desde la telepsiquiatría. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 13(2), 54–63. <https://doi.org/10.18004/rdn2021.dic.02.054.063>
- Torales, J., Ventriglio, A., Barrios, I., & Arce, A. (2016). Demographic and clinical characteristics of patients referred to the psychiatry unit of the emergency department at the National University of Asunción's General Hospital, Paraguay. *International Journal of Culture and Mental Health*, 9(3), 233–238.
- Torales, J., Villalba-Arias, J., Ruiz-Díaz, C., Chávez, E., & Riego, V. (2014). The right to health in Paraguay. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 26(4), 524–529. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.926866>
- Traynor, J. M. (2023). Pretreatment Cognitive Performance Is Associated With Differential Self-Harm Outcomes in 6 v. 12-Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Psychological Medicine*, 54(7), 1350–1360. <https://doi.org/10.1017/s0033291723003197>
- Trull, T. J., Distel, M. A., & Carpenter, R. W. (2010). DSM-5 Borderline Personality Disorder: At the Border Between a Dimensional and a Categorical View. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 43–49. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0170-2>
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wyckoff, A. M. (2018). Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorders: An Updated Review. *Borderline*

Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>

- Tsai, Y.-T., K M, S. P., Ku, H.-C., Wu, Y.-L., & Ko, N.-Y. (2023). Global overview of suicidal behavior and associated risk factors among people living with human immunodeficiency virus: A scoping review. *PloS One*, 18(3), e0269489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269489>
- Valencia, J., & Sinambela, F. C. (2021). Non-Suicidal Self-Injury in Those Dealing With Borderline Personality Disorder or Separation From Parents. *Kne Social Sciences*. <https://doi.org/10.18502/kss.v4i15.8190>
- Walsh, M. A., DeGeorge, D., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. R. (2015). A 3-Year Longitudinal Study of Risk for Bipolar Spectrum Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 486–497. <https://doi.org/10.1037/abn0000045>
- Walton, C., Bendit, N., Baker, A., & Lewin, T. J. (2020). A Randomised Trial of Dialectical Behaviour Therapy and the Conversational Model for the Treatment of Borderline Personality Disorder With Recent Suicidal and/or Non-Suicidal Self-Injury: An Effectiveness Study in an Australian Public Mental Health Service. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(10), 1020–1034. <https://doi.org/10.1177/0004867420931164>
- Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2012). Predictors of Suicide Attempts in Patients With Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *Psychological Medicine*, 42(11), 2395–2404. <https://doi.org/10.1017/s0033291712000517>
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 18(3). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2012). Integrating Normal and Abnormal Personality Structure: The Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 80(6), 1471–1506. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00776.x>
- Wilson, S., Stroud, C. B., & Durbin, C. E. (2017). Interpersonal Dysfunction in Personality Disorders: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 143(7), 677–734. <https://doi.org/10.1037/bul0000101>

- Wolford-Clevenger, C., Elmquist, J., Zapor, H., Febres, J., Labrecque, L., Plasencia, M., & Stuart, G. L. (2016). Suicidal Ideation Among Women Court-Referred to Batterer Intervention Programs. *Victims & Offenders*, 13(2), 143–157. <https://doi.org/10.1080/15564886.2016.1187690>
- Wood, E., Pan, J., Cui, Z., Bach, P., Dennis, B., Nolan, S., & Socias, M. E. (2024). Does This Patient Have Alcohol Use Disorder?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*, 331(14), 1215–1224. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.3101>
- Wright, A. G., Hallquist, M. N., Beeney, J. E., & Pilkonis, P. A. (2013). Borderline Personality Pathology and the Stability of Interpersonal Problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1094–1100. <https://doi.org/10.1037/a0034658>
- Wright, A. G., Ringwald, W. R., Hopwood, C. J., & Pincus, A. L. (2022). *It's Time to Replace the Personality Disorders With the Interpersonal Disorders*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/7syvf>
- Wu, S., Huang, H., Chen, J. S., Korslund, K. E., Lin, C., Lin, Y.-C., Chang, Y.-H., Yeh, H.-M., Lin, I.-C., Lin, Y., Sun, F., & Liu, S. (2023). *Dialectical Behavior Therapy in Suicidal Patients With Borderline Personality Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial in Taiwan*. 18. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2525027/v1>
- Yalch, M. M. (2020). Psychodynamic Underpinnings of the DSM–5 Alternative Model for Personality Disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 219–231. <https://doi.org/10.1037/pap0000262>
- Yen, S., Peters, J. R., Nishar, S., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Zanarini, M. C., McGlashan, T. H., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts. *Jama Psychiatry*, 78(2), 187. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3598>
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., & Morey, L. C. (2004). Borderline Personality Disorder Criteria Associated With Prospectively Observed Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1296–1298. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1296>
- Yiannakoulias, N., Sanchez-Ramirez, D. C., Svenson, L., & Voaklander, D. (2016). A Cohort Study of Regional Migration and the Risks of Attempted Suicide and Violent Assault Injury. *Injury Prevention*, 22(6), 407–411. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041932>
- Zanarini, M. C., Barison, L. K., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Hudson, J. I. (2009). Family

History Study of the Familial Coaggregation of Borderline Personality Disorder With Axis I and Nonborderline Dramatic Cluster Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 357–369. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.4.357>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108–2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2010). Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663–667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J. L., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Weiss, R. D. (2010). The Course of Substance Use Disorders in Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 10-year Follow-up Study. *Addiction*, 106(2), 342–348. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03176.x>

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of Reported Childhood Sexual Abuse and Its Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381–387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>

Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I., Morgan, T. A., & Dalrymple, K. (2014). Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder and History of Suicide Attempts. *Journal of Personality Disorders*, 28(3), 358–364. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_122

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>

Zimmerman, M., Terrill, D., Ward, M., D’Avanzato, C., & Tirpak, J. W. (2021). Telehealth Partial Hospital Level of Care and Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(5). <https://doi.org/10.4088/jcp.21lr14037a>

Zimmerman, M., Ward, M., D'Avanzato, C., & Tirpak, J. W. (2022). Telehealth Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder in a Partial Hospital Setting During the COVID-19 Pandemic: Comparative Safety, Patient Satisfaction, and Effectiveness of in-Person Treatment. *Journal of Personality Disorders*, 36(3), 277–295. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_539

ANEXOS

Anexo I. Planilla de cotejo de datos.

Información sociodemográfica

-ID del Participante: _____

- Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

- Edad (en años cumplidos): _____

- Localidad:

☐ Urbana

☐ Rural

-Departamento

☐ Asunción

☐ Concepción

☐ San Pedro

☐ Cordillera

☐ Guairá

☐ Caaguazú

☐ Caazapá

☐ Itapúa

☐ Misiones

☐ Paraguarí

☐ Alto Paraná

☐ Central

☐ Ñeembucú

☐ Amambay

☐ Canindeyú

☐ Presidente Hayes

☐ Alto Paraguay

☐ Boquerón

Información clínica

- Intento Suicida:

☐ Sí

☐ No

- Diagnóstico de Ansiedad:

☐ Sí

☐ No

- Diagnóstico de Depresión:

☐ Sí

☐ No

- Diagnóstico de Trastorno de Abuso de Sustancias:

☐ Sí

☐ No

- Historial de Abuso Sexual:

☐ Sí

☐ No

Anexo II. Solicitud de acceso a los datos



Asunción, 26 de junio de 2024

Prof. Dr. José Britéz
Jefe de Cátedra y Servicio de Psiquiatría
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Asunción
Presente

Desde la Facultad de Postgrado de la Universidad Iberoamericana nos dirigimos muy respetuosamente a Usted, para solicitar la autorización correspondiente para que el Lic. Juan Iván Barrios Coronel con CI N° 5.028.878, candidato a Magister del Programa "Maestría en Metodología de la Investigación Científica", de la Universidad Iberoamericana, sede central, pueda tener acceso a la aplicación de instrumentos para la obtención de datos correspondientes al área de investigación sobre la cual versa su proyecto, el cual lleva por título: "Factores asociados al intento suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Hospital de Clínicas, 2019 – 2023".

Considerando que es de suma importancia la realización de actividades de investigación, resaltamos que las mismas no conllevaran ningún gasto para la Institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias de la Institución y serán ejecutadas en periodos que no alteren las actividades y de acuerdo a la disponibilidad de horarios.

La actividad es absoluta responsabilidad del estudiante, quedando a cargo del mismo las respectivas gestiones. Cabe resaltar que las encuestas serán completamente anónimas; resguardando la privacidad de los participantes.

Sin otro particular y esperando una buena acogida, nos despedimos respetuosamente.

Msc. Abog. Eduardo Velázquez Romero
Dirección Académica
Facultad de Postgrados
Universidad Iberoamericana



Anexo III. Base de datos

Los datos crudos por mes y año, clasificación por años, depuración por diagnóstico de TLP y finalmente la base de datos limpia para su análisis se pueden consultar en el [siguiente enlace](#) o escaneando el código QR.



Anexo IV. Tablas complementarias

Tabla 4

Departamentos de procedencia en los pacientes (n=916).

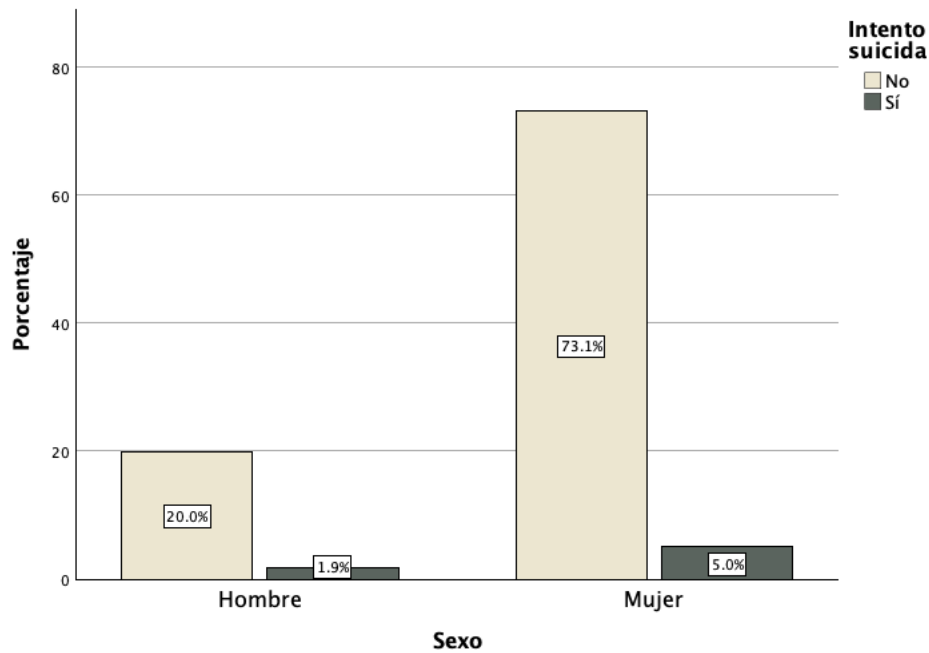
Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Central	655	71,5
Capital	218	23,8
Cordillera	13	1,4
Caaguazú	8	0,9
Paraguarí	5	0,5
San Pedro	4	0,4
Canindeyú	3	0,3
Misiones	3	0,3
Alto Paraná	2	0,2
Itapúa	2	0,2
Alto Paraguay	1	0,1
Caazapá	1	0,1
Guairá	1	0,1

Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

Anexo V. Figuras complementarias

Figura 5

Relación entre el sexo y el intento suicida (n=916).

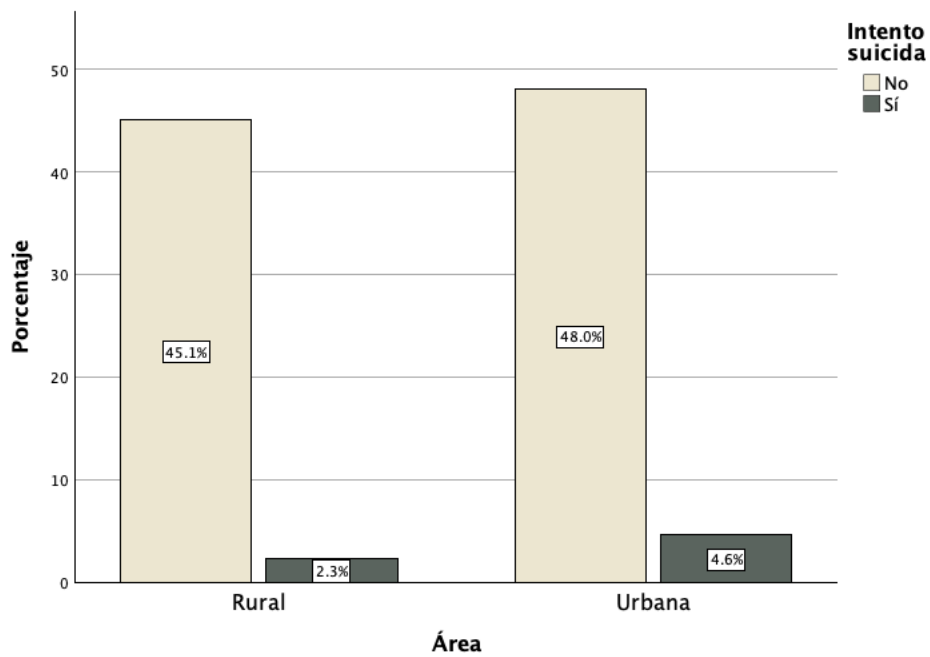


Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

En la Figura se ve que las mujeres presentan mayor tendencia a la tentativa suicida que los hombres.

Figura 6

Relación entre el área de residencia y el intento suicida (n=916).

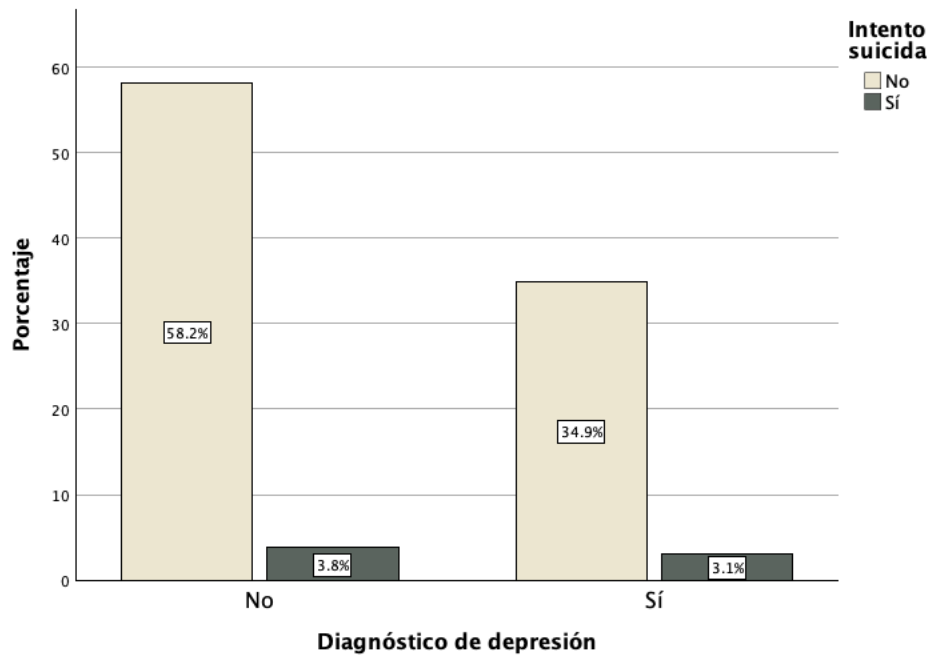


Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

La Figura señala que el intento suicida es más frecuente en el área urbana.

Figura 7

Relación entre la depresión y el intento suicida (n=916).

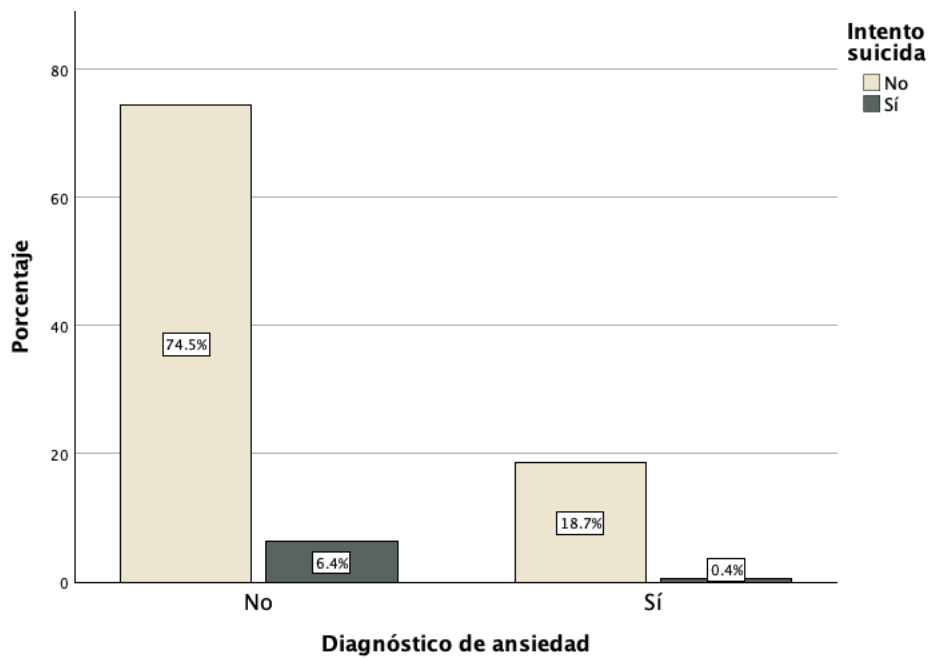


Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

La Figura indica que el diagnóstico de depresión es muy similar en los pacientes que tuvieron o no un intento suicida.

Figura 8

Relación entre ansiedad y el intento suicida (n=916).

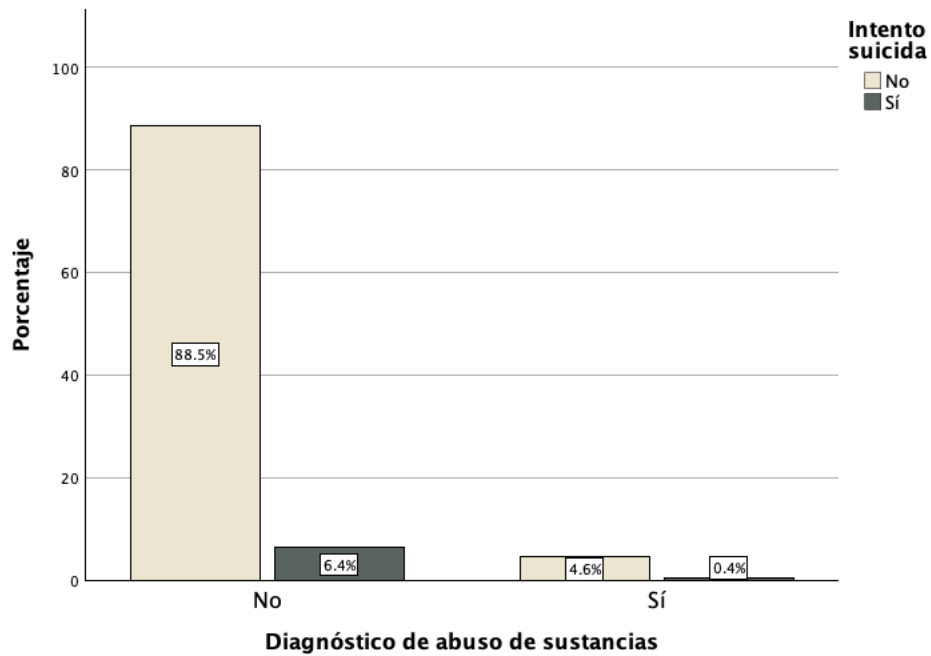


Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

La Figura señala que la ansiedad fue más frecuente en aquellos que no cometieron un intento suicida.

Figura 9

Relación entre abuso de sustancias y el intento suicida (n=916).

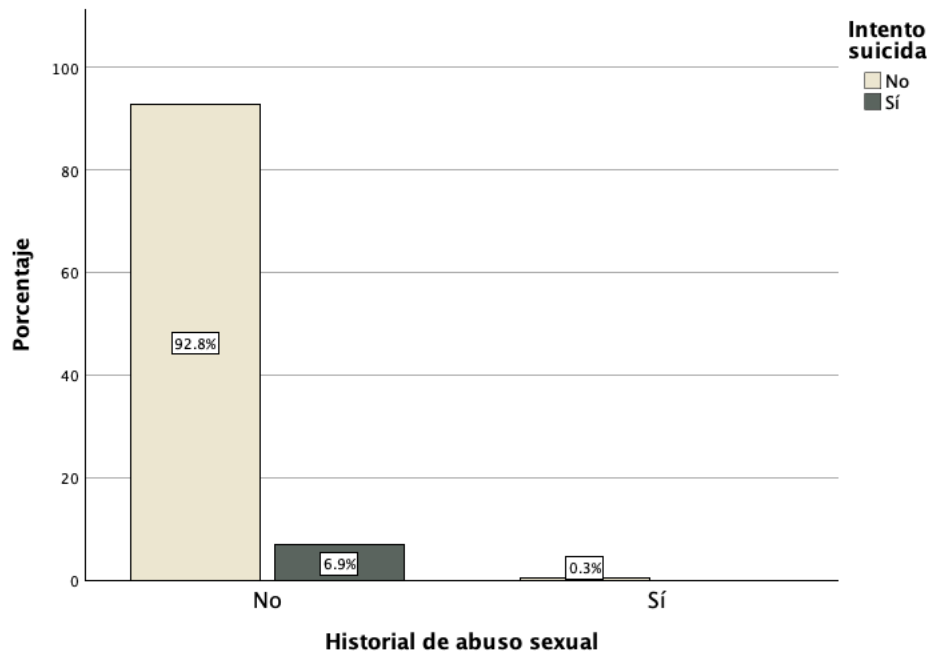


Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

La Figura indica que el abuso de sustancias fue más frecuente en aquellos que no cometieron un intento suicida.

Figura 10

Relación entre abuso sexual y el intento suicida (n=916).



Nota. Elaboración propia. Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que consultaron en el Hospital de Clínicas, 2021-2023 (n=916).

La Figura muestra que el abuso sexual fue más frecuente en aquellos que no cometieron un intento suicida.