

**República Dominicana**  
**Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Medicina**

VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO  
DE PERSONALIDAD EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL  
HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER. JUNIO - NOVIEMBRE 2022.



Trabajo de grado presentado por Karla Gixel Minaya Mendoza y Melba Isabel Soñé  
Núñez para optar por el título de:  
**DOCTOR EN MEDICINA**

Distrito Nacional, 2022.

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>9</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
I.1. Antecedentes	12
I.1.1 Internacionales	12
I.1.2 Nacionales	13
I.2. Justificación	13
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>14</b>
<b>III. OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
III.1. General	16
III.2. Específicos	16
<b>IV. MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
IV.1. Trastornos de la personalidad	17
IV.1.1. Historia	17
IV.1.2. Definición	18
IV.1.3. Etiología	19
IV.1.4. Epidemiología	19
IV.1.5. Fisiopatología o neurobiología	20
IV.1.6. Cuadro clínico	21
IV.1.7 Diagnóstico	24
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	31
IV.1.9. Factores de riesgo	34
IV.1.10. Tratamiento	35
IV.1.11 Pronóstico y evolución	39
IV.1.12 Prevención	42
IV.2. Suicidio	42
IV.2.1. Historia	42
IV.2.2. Definición	46
IV.2.3. Etiología	47
IV.2.4. Epidemiología	49
IV.2.5. Fisiopatología o neurobiología	50
IV.2.6. Cuadro clínico	51
IV.2.7. Factores de riesgo	51
IV.2.8. Tratamiento	52
IV.2.9. Prevención	53
<b>V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>	<b>55</b>
<b>VI. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>58</b>
VI.1 Tipo de estudio	58

VI.2 Área de estudio	58
VI.3 Universo	58
VI.4 Muestra	58
VI.5 Criterios	59
VI.5.1 De inclusión	59
VI.5.2 De exclusión	59
VI.6 Instrumento de recolección de datos	59
VI.7 Procedimientos	60
VI.8 Tabulación	60
VI.9 Análisis	60
VI.10 Aspectos éticos	60
<b>VII. RESULTADOS</b>	<b>62</b>
<b>VIII. DISCUSIÓN</b>	<b>75</b>
<b>VIX. CONCLUSIONES</b>	<b>78</b>
<b>X. RECOMENDACIONES</b>	<b>80</b>
<b>XI. REFERENCIAS</b>	<b>81</b>
<b>VIII. ANEXOS</b>	<b>86</b>
VIII.1 Cronograma	86
VIII.2 Consentimiento informado	86
VIII.3 Instrumentos de recolección de datos	88
VIII.3.1 Escala de riesgo suicida de Plutchik	88
VIII.3.2 Valoración del riesgo suicida en trastornos de la personalidad	88
VIII.4 Costos y recursos	91
<b>VIII. EVALUACIÓN</b>	<b>92</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser nuestro guía a lo largo de estos largos años de carrera y darnos la fuerza para continuar siempre incluso en nuestros momentos más difíciles.

A nuestra Alma máter la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, especialmente a nuestra escuela de medicina donde hemos sido formadas siempre apegándose a la ética, el compromiso, la responsabilidad y la excelencia.

A nuestros maestros, a quienes tendremos especial estima por siempre dar de sí para nuestra formación, impulsarnos a ser mejores seres humanos y por brindarnos un espacio seguro para nuestras dudas y aspiraciones.

A nuestros asesores, la Dra. Edelemira Espallat y el Dr. Alejandro Uribe por su guía y acompañamiento durante este largo proceso y por siempre estar dispuestos y disponibles para con nosotras. Nuestra más alta estima.

Al personal de la Unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier especialmente al Dr. Kensy Fondeur y la Dra. Jeanette Taveras; de no haber contado con su apoyo, entrega y dedicación este trabajo no habría sido posible.

## DEDICATORIA

A Dios, por ser la luz que en cada momento de incertidumbre me permitió continuar. Gracias por sostener mi mano y dirigirla en cada paso de este recorrido y siempre demostrarme que no hay nada que no pueda lograr.

A mi abuela Carmen Leónidas Gerónimo, no hay palabras suficientes para darte las gracias por todos los valores que día a día me enseñas debo mantener. Sin ti y tu amor nada de esto sería posible, gracias por hacerme tu hija, por estar a mi lado siempre y por llenar mis recuerdos de amor y alegría. Espero este sea un logro más de muchos en los que estés conmigo porque tú eres parte de ellos de la misma manera que eres parte de mí, ya que sin tu apoyo no sería quien soy hoy, te amo.

A Ayari Mendoza y Eduardo Gutiérrez, gracias por no solo abrirme las puertas de su hogar sino también por hacerme parte de él y principalmente gracias por hacer mis sueños posibles y por siempre ser los primeros en dar un paso adelante sin titubeos cuando los he necesitado. El cariño y apoyo que me han brindado durante toda la vida es invaluable, pero espero algún día poder devolverles un poco de todo lo que hacen por mí. Deseo que cada paso que yo dé hable de la humildad y honestidad que he aprendido viéndolos a ustedes, los amo.

A Sannelis Figuereo y Yesenia Mendoza, me faltarían palabras para agradecer y explicar la importancia de todos los sacrificios que hacen por mí. Gracias por cada palabra de aliento, por estar en cada paso y por creer en mí aún cuando yo no lo hacía. Este logro es tanto de ustedes como mío, ya que han sido un pilar importante en mi vida y formación. Gracias por cada oración, por preocuparse siempre por mí y por hacerme un mejor ser humano, deseo que su orgullo sea grande siempre, como es mi amor por ustedes.

A mis hermanas Natali y Lizzie Figuereo Mendoza y Natalia y Renata Gutiérrez Mendoza, sin su cariño, apoyo y admiración no estaría aquí, ustedes me hacen ser mejor persona. Siempre estaré aquí para ustedes. No puedo ofrecerles un futuro sin problemas, pero sí puedo prometerles estar ahí apoyándolas y acompañándolas, las amo enormemente.

A mis tíos Cloris Gerónimo, José Luis Mendoza, Héctor Darío Ramírez y Héctor Gómez. Gracias por su apoyo y cariño a lo largo de este camino, esto no sería posible sin ustedes haber apostado en mí y en mis sueños, anhelo siempre hacerlos sentir orgullosos. Los quiero.

A Lia Marie Ramírez Abreu, debo iniciar por agradecerte que me eligieras para ser tu hermana, por trabajar conmigo en este título como si fuese tuyo (lo es), por cuidar de mí y por siempre confiar en mí y mis capacidades más que yo. Eres la persona que siempre me acompaña en mis días tristes y celebra conmigo en los alegres así que a donde sea que yo me encuentre siempre tendrás un lugar donde ir sin importar la distancia, te amo.

A mis adoradas amigas y futuras grandes colegas Valentina e Isabella Pelletier, Felisa Massih, Carolin Lorenzo y Estefany Veras, Dios no pudo elegir mejor compañía para este largo y difícil viaje, que ustedes. Gracias por hacer de estos años tan memorables, por todo el cariño y por siempre estar para mí. Sé que esto es solo el comienzo de un camino lleno de éxitos por compartir, siempre unidas. Las quiero.

Y por último a Melba Isabel Soñé Núñez, gracias por ser tan buena compañera a lo largo de todo este proceso. Sin tu paciencia y confianza no habría podido lograrlo, que lindo cerrar este capítulo contigo el cual no fue fácil y estuvo lleno de incertidumbres, pero tú lo mejoraste al nunca dejarme sola.

Karla Gixel Minaya Mendoza.

A Dios, de donde proviene toda inspiración, todo amor y toda bondad, he de confesar que de su mano he recibido incontables bendiciones, él es el arquitecto absoluto de mi destino, mi fé y mi verdad. Gracias Señor, porque aún en mi pequeñez, me haces sentir especial.

A la virgen María, quien siempre ha intercedido en mi nombre, refugio inagotable de ternura, gracias por las infinitas bendiciones.

A mis padres, Raquel y Peter, son mi fuerza y mi inspiración, mi amor y admiración más profunda para ellos, a quienes espero alegrar y enorgullecer cada día de mi vida, y devolver un poco de lo tanto que han hecho por mi, mis logros, más que míos, son suyos.

A mis ángeles del cielo, Quiquí, Tatica y Juanito, cuyo amor no morirá jamás, las palabras nunca serán suficientes para expresar lo mucho que les amo y extraño.

A mis hermanas Maria del Mar y Brinela.

A Fofin y Shampola.

A mis abuelos, Carmen, Daysi y Marcelo.

A mis padrinos Miguel Ángel, María y Rosa Milagros, quienes han asumido su rol desde el primer momento, a quienes siento parte fundamental de mi, soy, sin lugar a dudas, resultado de sus oraciones, de su acompañamiento, de su amor.

A mi familia, mi orgullo y mi regalo máspreciado.

A mis tíos y tías, Laura y Danny, Enmanuel y Nayeris, Gabriel y Elianny, Lorena y Toni, Indhira, Pablito, Lourdes y Héctor, Rosa Emilia y Héctor de la Rosa, Victor Armando, Arnais.

A mis primos, que son el ejemplo vivo de hermandad, presentes y dispuestos. Jean y Rosangel, Michelle, Jose Frank y Gian Frank, Maria José y David, María de los Ángeles, Michael y Paola, Cristian, Jean Carlos. Karla, Camila, Sebastián, Gabriel Enrique, Ashley, Noa, Danna y Ava, Ángel, Rodrigo.

A Diego, por su paciencia y por poner siempre mis sueños y deseos en primer plano, gracias por siempre creer en mí, por ser mi apoyo incondicional.

A esos seres de luz, que Dios me ha regalado a lo largo de la vida, a quienes me une algo más que la sangre, Biori, Santa y Fanfi, Rossy y Máximo, Doris Ramírez, Juan Evangelista, Reverendo Manuel Ruiz, Íker.

A Karla, por ser el equilibrio, la otra mitad de este trabajo, por ser y por estar, por regalarme su amistad desinteresada, por los incontables momentos que juntas hemos vivido, por las risas y los llantos, y por todo lo que nos queda por vivir.

A mis amigas y amigos, por su compañía desinteresada, sincera amistad y apoyo incondicional.

A mis maestros y maestras, especialmente a mi familia de movearte, de los que he aprendido tanto y quienes marcaron mi historia con su paso.

A todos los que han estado conmigo en la alegría y en la dificultad, a los que pasaron por mi vida y dejaron huellas, a los que están, los que estuvieron y los que estarán, gracias.

Melba Isabel.



## RESUMEN

**Introducción:** El suicidio es aquel acto que tiene como finalidad el cesar la propia vida y se visualiza de manera más frecuente en algunas alteraciones mentales tales como son los desorden de personalidad los cuales podemos definir como patrones variados anormales de comportamiento y la conducta.

**Objetivo:** Determinar el riesgo suicida que existe en los pacientes con trastorno de la personalidad ingresados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en junio 2022 - noviembre 2022.

**Material y método:** el análisis de los datos fue de tipo descriptivo, de observación y prospectivo.

**Resultados:** Las edades más frecuentemente observadas en nuestro estudio fueron las de 18, 19, 21 y 23 con 3 pacientes cada edad y un porcentaje de 16.67 cada una. El sexo predominante fue el femenino con 13 pacientes y un valor porcentual de 72.22. La procedencia predominante fue Santo Domingo con 11 pacientes lo cual representa un 61.11 por ciento. La ocupación más observada fue la de estudiante ya que 6 pacientes se encuentran en dicho estado y nos da un valor porcentual de 33.33. El estado civil más común fue el de soltero con 16 pacientes y representando un 88.89 por ciento. El nivel educativo más frecuente fue el de secundaria con 10 pacientes con un porcentaje 55.56. El motivo de ingreso más visto fue el de intento suicida con 17 pacientes y un valor porcentual de 94.44. El trastorno de la personalidad más representado fue el de la personalidad límite con 11 pacientes y un porcentaje de 61.11. Al evaluar la conducta suicida 17 pacientes respondieron que sí con un valor de 94.44 por ciento. El método suicida más visto en nuestra muestra fue la intoxicación con medicamentos la cual se observó en 6 pacientes y un valor porcentual de 33.33.

**Conclusión:** De los 18 pacientes obtenidos con trastorno de personalidad el intento suicida estuvo presente en 17 de ellos con un porcentaje de 94.44 y según el nivel de riesgo suicida el predominante fue el de alto riesgo con 15 pacientes con un valor porcentual de 83.83.

**Palabras claves:** Suicidio, autolesión, desorden de personalidad, factores de riesgo, escala de Plutchik.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Suicide is the act whose purpose is to end one's life and is more frequent in mental illnesses such as personality disorders, which we can define as a state of the mind that presents varied patterns of abnormal behavior and conduct.

**Objective:** To determine the suicidal risk that exists in patients with personality disorder admitted to the crisis intervention unit of the Dr. Salvador Bienvenido Gautier Hospital in June 2022 - November 2022.

**Material and method:** Data analysis was descriptive, observational and prospective.

**Results:** The ages most frequently observed in our study were 18, 19, 21 and 23 with 3 patients each age and a percentage of 16.67 each. The predominant sex was female with 13 patients and a percentage value of 72.22. The predominant origin was Santo Domingo with 11 patients, which represents 61.11 percent. The most observed occupation was that of student since 6 patients are in that state and it gives us a percentage value of 33.33. The most common marital status was single with 16 patients and representing 88.89 percent. The most frequent educational level was secondary school with 10 patients with a percentage of 55.56. The most frequently seen reason for admission was suicide attempt with 17 patients and a percentage value of 94.44. The most represented personality disorder was borderline personality with 11 patients and a percentage of 61.11. When evaluating suicidal behavior, 17 patients answered yes with a value of 94.44 percent. The most seen suicidal method in our sample was drug intoxication, which was observed in 6 patients and a percentage value of 33.33.

**Conclusions:** Of the 18 patients obtained with personality disorder, the suicide attempt was present in 17 of them with a percentage of 94.44 and according to the level of suicidal risk, the predominant one was high risk with 15 patients with a percentage value of 83.83.

**Keywords:** Suicide, Self harm, Personality Disorders, risk factors, Plutchick scale.

## I. INTRODUCCIÓN

Podemos definir el suicidio como un acto que busca terminar con la propia vida. Actualmente esta continua como una de los principales motivos de muerte mundialmente expresa la organización mundial de la salud a través de su reporte de sus estimaciones de la salud global del 2019 «Suicide worldwide in 2019».<sup>1</sup> El suicidio puede ser llevado a cabo de manera impulsiva pero existe una elevada relación entre el suicidio consumado y las personas diagnosticadas con algún desorden mental como es el caso de los trastornos de la personalidad.<sup>2</sup> En muy pocas ocasiones el suicidio es la consecuencia de un solo factor, es por esto que los esfuerzos de prevenir el suicidio se concentran en identificar los individuos con afecciones mentales.<sup>3</sup> Al hablar de suicidio se abarcan las ideaciones suicidas, los actos suicidas no consumados y los actos suicidas completados.

Los desórdenes de personalidad se pueden definir como patrones distintos y poco saludables de pensamiento, conducta y comportamiento. Existen tres grandes grupos o clusters en los cuales vamos a encontrar múltiples trastornos que afectan dicha conducta humana por lo cual se considera que al presentar dicha alteración de conducta, las persona con un diagnóstico de alguno de los trastornos de personalidad puede ser una población en riesgo de intentar o cometer un acto suicida. <sup>4</sup>

Según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) como es conocido en inglés por sus siglas, los tres clusters o grupos de subdivisión en los trastornos de la personalidad se reparten según las cualidades propias de cada trastorno.<sup>5</sup> En la agrupación A se desglosan los desórdenes de personalidad esquizoide, paranoide y esquizotípico. El trastorno de la personalidad esquizoide es propio de una conducta de restricción de las expresiones emocionales y el distanciamiento en las relaciones interpersonales. El trastorno de personalidad paranoica refleja un patrón de desconfianza y sospecha respaldado por una mala interpretación de las intenciones de otras personas. El desorden de la personalidad esquizotípica se distingue por el intenso discomfort en las relaciones íntimas, se acompaña de distorsión a nivel cognitivo o perceptivo y comportamiento excéntrico.<sup>4</sup>

El grupo A de los trastornos de la personalidad tienen en común una conducta extraña o excéntrica. En la agrupación B se hallan los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista, que están marcados por una conducta exagerada, dramática, emocional o errática. El trastorno antisocial se caracteriza por una actitud despectiva y violaciones de los derechos que tiene el resto. El desorden límite presenta un modelo de inconstancia constante en las relaciones interpersonales, con una impulsividad marcada bajo un concepto distante de la imagen de sí mismos y de los afectos. El trastorno histriónico presenta una exageración en las emociones y la búsqueda constante de recibir atenciones. El trastorno narcisista es característico de una actitud de grandeza, la necesidad de ser admirado y la falta de empatía. El grupo C une a los trastornos en que los individuos presentan una actitud ansiosa y temerosa, estos son el desorden de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. El desorden de personalidad evitativa presenta un patrón de inhibición social, dificultad para adecuarse a un ambiente y una alta sensibilidad a ser evaluado negativamente. El desorden dependiente adopta comportamientos sumisos en relación a que necesita exageradamente ser cuidado por alguien más. El obsesivo-compulsivo se caracteriza por la constante preocupación por el orden, el control y el perfeccionamiento. <sup>4</sup>

En algunos casos podemos encontrar individuos con características de varios de estos trastornos, por lo que no son exclusivos de esta entidad, sino que pueden convivir bajo varios diagnósticos de este tipo.<sup>4</sup> Para lograr un buen diagnóstico se debe seguir el patrón inicial basado en criterios, características diagnósticas que nos van a ayudar a identificar correctamente el tipo de trastorno y bajo qué cluster se encuentra, de forma que el individuo pueda recibir la terapia adecuada a su diagnóstico y una vigilancia útil para preservar la salud y la vida de estos pacientes.<sup>5</sup>

La asociación entre los trastornos de la personalidad y el suicidio y sus conductas se debe a que es un diagnóstico caracterizado por desviaciones crónicas en la comprensión, las afecciones y el comportamiento que van a interrumpir o dificultar las actividades diarias, de igual forma tiene un efecto perjudicial en el estigma social por la desadaptación, agregando a esto los síntomas que presenta.<sup>5</sup>

## I.1. Antecedentes

### I.1.1 Internacionales

R Gracia Marco, M Henry Benítez, A Luis Morera (2006). Evaluación de la conducta suicida en pacientes con trastorno de la personalidad. Aparte de los tipos borderline y antisocial es importante recordar también a los pacientes con desórdenes de personalidad histriónica y narcisista. La presencia de comorbilidades en estos pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad debe tenerse en cuenta.<sup>6</sup>

Yomaira Pabon A (2021). Determinar la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos mentales. En una muestra de 200 pacientes con enfermedades psiquiátricas; 65 con desorden de la personalidad límite, 72 con depresión y 63 con esquizofrenia, se llegó a la conclusión que, de los pacientes diagnosticados con desorden de personalidad límite una gran cantidad de estos mostraron intentos suicidas (83,1 %), y que el desorden narcisista continúa como único pronosticador a destacar de varios intentos suicidas.<sup>7</sup>

Blanco Artola C, Gómez Solórzano N y Orozco Matamoros D (2020). Exponer actualización sobre aspectos generales de los trastornos de personalidad. Los desorden de personalidad son enfermedades psiquiátricas de presentación común en la sociedad, inician frecuentemente en la adolescencia, se pueden detectar y diagnosticar cuando la cognición, las emociones y el comportamiento alteran las actividades del día a día o causan agobio, y causan un importante impacto negativo en el ámbito social.<sup>8</sup>

Chorro Romero S (2021). Análisis de los procesos, maneras y la mentalidad que conllevan al suicidio. Existe un nivel de riesgo suicida más elevado en los meses iniciales posterior al diagnóstico de trastorno afectivo, depresión psicótica y trastorno bipolar. Sin embargo durante los últimos años, se encuentra que los casos más comunes se asocian a múltiples causas siendo una de ellas los trastornos de personalidad. Además es importante incluir la correlación de que mientras más enfermedades mentales comórbidas es mayor el riesgo suicida.<sup>9</sup>

Flynn, S., Graney, J., Nyathi, T., Raphael, J., Abraham, S., Singh-Dernevik, S., Williams, A., Kapur, N., Appleby, L., & Shaw, J. (2020). Características clínicas y vías de atención de pacientes con trastorno de personalidad fallecidos por suicidio.

Serie nacional de casos consecutivos (1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013). El estudio examinó los registros de salud y los informes de incidentes graves de personas con trastornos de personalidad que murieron por suicidio en el Reino Unido. Una gran cantidad de pacientes presentó antecedentes de autolesiones (n = 146, 95%) y alcohol (n = 101,66%) o abuso de drogas (n = 79, 52%).<sup>10</sup>

### I.1.2 Nacionales

Luego de una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes, no hemos encontrado ningún antecedente en un periodo de tiempo de los últimos 10 años sobre el tema de investigación a realizar a continuación.

### I.2. Justificación

La existencia de algún trastorno mental aumenta el riesgo de conducta suicidas; así que la relevancia de realizar esta investigación se encuentra en que se debe conocer las actitudes, declaraciones y emociones que pueden presentar y/o expresar los pacientes diagnosticados de algún trastorno de la personalidad que permitan identificar a tiempo lo anteriormente expuesto para que el diagnóstico y manejo sea el más acertado.

Es de suma importancia el crear conciencia sobre las causas y sintomatología que pueden presentar los afectados con desordenes de la personalidad con alto riesgo de cometer suicidio debido que se pueda disminuir la tasa de mortalidad en los proximos años.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un fenómeno conductual, frecuentemente prevenible, que aparece a partir de una ideación o una conducta, que tiene múltiples causas, y diversos factores de riesgo. Este puede verse consumado o no, dependiendo de las causas empleadas y el deseo o no de cometer el acto.<sup>5</sup>

La conducta suicida representa una problemática mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un aproximado de 700,000 personas fallecen por un suicidio consumado, multiplicándose de esta manera las conductas que dirigen este tipo de acto, que pueden o no ser consumadas.<sup>11</sup> La realidad de la República Dominicana no es ajena a esta situación, de acuerdo a las últimas estadísticas reportadas por el centro de análisis de seguridad ciudadana, perteneciente al Ministerio de Interior y Policía (MIP), que datan entre enero y julio 2021, para un total de 303 suicidios consumados en territorio nacional. Inferimos que estas conductas, en su gran mayoría tienen un trastorno de la salud mental como base.<sup>12</sup>

Habiendo dicho esto, los trastornos de la personalidad componen un significativo grupo de desórdenes mentales que afectan la vida del individuo en múltiples niveles. Estos se componen de conductas disruptivas, afectación en la interacción y el comportamiento, acompañados de una inestabilidad en la emocionalidad, que traduce un impacto en el estigma social y demás. Los trastornos de la personalidad son diagnosticables a partir de la transición adolescencia-adulthood, donde la personalidad ya ha sido formada. Al afectar e interferir en el desarrollo efectivo del individuo en el medio, podemos encontrar conductas disruptivas, como es el caso del suicidio y sus conductas adyacentes.<sup>5</sup>

Los trastornos asociados a la personalidad observan un mayor incremento de probabilidad para cometer actos suicidas, debido al estado de inestabilidad emocional constante de los pacientes, el deterioro social que experimentan, el comportamiento y falta de interacción y comunicación efectiva en estos individuos.<sup>5</sup>

El diagnóstico correcto en trastornos de la personalidad, el cuidado de estos pacientes junto a la terapia correcta, y la vigilancia constante junto a una buena

evaluación debe marcar la diferencia entre individuos que cometen algún acto suicida, sea consumado o no y aquellos que no llevan a cabo estas conductas.<sup>5</sup>

El suicidio para los pacientes que tienen un diagnóstico bajo algún trastorno de la personalidad, siempre representará un riesgo, pues las conductas que se rigen bajo un acto de este tipo debe existir algún factor desencadenante, como es la ansiedad, el deterioro social, la baja autoestima, los sentimientos de rechazo, la inestabilidad emocional y la incapacidad de adaptación a un medio, que tienen participación con los principales criterios diagnósticos de estos desórdenes.<sup>5</sup> De acuerdo con lo anteriormente expuesto nos hemos planteado la siguiente cuestionante: ¿Cuál es el riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante el tiempo de esta investigación?



### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. General

1. Determinar el riesgo suicida que existe en los pacientes con trastorno de la personalidad ingresados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en junio 2022 - noviembre 2022.

#### III.2. Específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes en estudio.
2. Determinar motivo de ingreso en la unidad de intervención en crisis de estos pacientes.
3. Establecer el trastorno de la personalidad diagnosticado, a los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.
4. Identificar los pacientes con trastorno de la personalidad que manifestaron conductas suicidas.
5. Establecer los métodos suicidas realizados en los pacientes según los trastornos de la personalidad estudiados en la unidad de intervención en crisis.
6. Identificar los pacientes con trastorno de la personalidad que manifestaron conductas autolesivas.
7. Establecer los métodos autolesivos realizados en los pacientes según los trastornos de la personalidad estudiados en la unidad de intervención en crisis.
8. Determinar nivel de riesgo suicida en pacientes con trastorno de la personalidad ingresados en la unidad de intervención en crisis en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante el tiempo de esta investigación basado en la escala de riesgo de Plutchik.

## IV. MARCO TEÓRICO

### IV.1. Trastornos de la personalidad

#### IV.1.1. Historia

La historia de los trastornos de personalidad al igual que la historia de la psiquiatría misma ha experimentado una serie de cambios provenientes de cada época correspondiente, gracias al progreso tecnológico y científico dicha rama de la medicina y a su vez un grupo de trastornos fundamentales en la sociedad de hoy día han podido no solo reconocerse correctamente, sino también actualizarse diariamente conforme los tiempos transcurren.<sup>13</sup>

Los trastornos de la personalidad han sido objeto de estudio desde tiempos antiguos, para ser reconocidos e identificados como tal, diferenciados de otros trastornos, éstos tuvieron que verse en múltiples esferas del espectro psiquiátrico, religioso y social.

Lejos de ser reconocidos los trastornos de la personalidad, en el período clásico de la historia podemos observar como Hipócrates clasifica los llamados temperamentos de la época en cuatro. El temperamento melancólico, el temperamento flemático, colérico y sanguíneo. Pero no fué hasta aproximadamente en el siglo XIX que los científicos y estudiosos de la época comenzaron a indagar sobre estos trastornos característicos que distaban de los ya previamente reconocidos.<sup>13</sup>

Uno de los pioneros en arrojar luz al tema de los trastornos psiquiátricos fue Phillipe Pinel, un psiquiatra Francés, quien clasificó las enfermedades mentales en su obra "Tratado médico filosófico sobre la alienación mental"<sup>14</sup> en cuatro criterios base: manía, melancolía, idiotez y demencia.<sup>15</sup> De igual forma Pinel en otra de sus importantes obras, realizó una de las primeras descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos de la personalidad, pues en su obra *manie sans delire* mejor traducido como "manía sin delirio" allí clasifica y aparta un grupo de trastornos por clínica distintos a otras patologías mentales de la época ya descritas.<sup>16</sup>

Emil Kraepelin comúnmente apodado como el padre de la psiquiatría científica moderna por sus múltiples aportes a la psiquiatría en sus múltiples tomos del Tratado de psiquiatría de su autoría, donde adaptó una forma menos grave de

psicosis, posteriormente conocida como conducta antisocial que apodó como personalidad psicopática. De igual forma describió algunas de las formas de desórdenes de la personalidad que son conocidos actualmente. La personalidad antisocial, apodada por él como personalidad psicopática. La personalidad esquizoide como personalidad autista. La personalidad límite o personalidad excitable y la personalidad paranoide, apodada por él como personalidad pseudo querulante.<sup>17</sup>

En 1872 Wilhelm Griesinger, en su obra “Aberraciones de la inteligencia” habló de ciertos cambios en el comportamiento de los individuos y conductas fuera de las normas establecidas por la sociedad.<sup>18</sup>

Carl Gustav Jung fué una de las figuras de importancia en los trastornos de la personalidad pues en la colección apodada “Obras escogidas” de su autoría, describió un concepto de distimia que ha sido correlacionado en la actualidad con el concepto de los trastornos de la personalidad modernos.<sup>19</sup> Posteriormente Jung, desde el punto de vista analítico definió la personalidad en 3 observaciones: la percepción, la toma de decisiones y la extroversión- introversión.<sup>13</sup>

En el año 1952 a partir del primer Manual diagnóstico-estadístico (DSM) y la clasificación internacional de enfermedades (CIE -6) fueron colocados por primera vez un apartado sobre las enfermedades mentales. En el DSM de ese año se colocaron por primera vez los trastornos de la personalidad con cinco subtipos o subcategorías. No fue hasta el tercer tomo del manual diagnóstico- estadístico en que se colocaron en otro apartado debido a la cronicidad que representaba este tipo de síndromes.<sup>13</sup>

En la actualidad todavía los trastornos de la personalidad se encuentran en constante estudio y escrutinio.

#### IV.1.2. Definición

Los trastornos de personalidad se pueden definir como modelos consistentes de comportamiento que difieren significativamente de lo que se espera en el entorno cultural del individuo. Este es un fenómeno común e inflexible que suele comenzar cuando se es un adolescente o en los años iniciales de la edad adulta. Los desórdenes de personalidad se dividen en tres grandes grupos o clusters basados

en las similitudes de cada trastorno. La agrupación A se compone de los desórdenes de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica, la agrupación B se compone de los desórdenes de personalidad narcicista, histriónica, límite y antisocial; y finalmente la agrupación C que engloba los desórdenes de personalidad dependiente, evitativa, y obsesivo-compulsiva.<sup>5</sup>

#### IV.1.3. Etiología

Fue S. Freud quien relacionó los desórdenes de personalidad con las fases de desarrollo psicosexual y luego Wilhelm Reich quien desarrolló la teoría de la relación existente entre los desórdenes de personalidad y los estilos defensivos que usan las personas para cuidar sus impulsos y el estrés que puede producir una relación significativa.<sup>20</sup>

Como era de esperar, los estudios han demostrado que la etiología detrás de los desórdenes de personalidad es compleja, ya que hay muchas pruebas que favorecen la teoría de que se necesita una correlación entre los factores genéticos y los ambientales para desarrollar los desórdenes de personalidad.<sup>21</sup>

#### IV.1.4. Epidemiología

Los desórdenes de personalidad resultan de una compleja tarea para su correcto diagnóstico, diferenciación de otras patologías y desórdenes mentales y el nivel de dificultad por la aparición de otras comorbilidades. De igual forma, los pacientes son reacios a reconocer su situación y evitan el contacto directo con el personal de salud que pudiera modificar su estilo de vida, que para estos pacientes es correcto y no sienten el deseo de modificar.<sup>22</sup>

Dicho esto, en base a un estudio realizado entre el 1997 y el 2007, una década de recolección de datos estimó que la prevalencia de estos trastornos es entre un 4.5 y un 20% en una muestra superior a los 250 pacientes. Lo que quiere decir que uno de cada diez adultos podría padecer un trastorno de la personalidad. De igual forma estas cifras podrían aumentar en un centro de salud o una población psiquiátrica entre un 11 y un 82%.<sup>22</sup>

Los desórdenes de personalidad representan trastornos mentales muy frecuentes en consultas de psiquiatría, pero su diagnóstico representa una dificultad considerable puesto su complejidad diagnóstica.

Según Kaplan la frecuencia del trastorno paranoide es de un 2-4% en la población general.<sup>20</sup> El desorden de personalidad esquizoide no tiene una cifra clara, pero aproximadamente afecta a un 5% de la población. El trastorno esquizotípico se mantiene en un 3% de la población. Según el DSM-5 en el trastorno de la personalidad antisocial tiene una prevalencia del 0.2 al 3%.<sup>5</sup> Por parte la personalidad límite no existe estudios concluyentes sobre la prevalencia, sin embargo se estima que oscila entre el 1-2% de la población, con un 2 sobre 1 con más frecuencia en el sexo femenino.<sup>20</sup> El desorden de la personalidad histriónica posee pocos datos, pero sugieren que es entre 1 y 3% de la población. El trastorno de la personalidad narcisista descrito en el DSM-5 mantiene unos porcentajes que van desde menos de 1% hasta 6%.<sup>5</sup> El trastorno de la personalidad evitativa según el DSM-5 estima una prevalencia de 2 a 3%. El trastorno de la personalidad dependiente está estimado en un 0.6% según el informe del DSM-5. El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva está estimado por el DSM-5 entre 2 y 8%.<sup>5</sup>

En la República Dominicana lamentablemente los datos suministrados por las entidades correspondientes carecen mucho de información fidedigna, por lo que los datos resultan muy variables, pero cada centro de salud que atiende patologías psiquiátricas cuenta con sus propios porcentajes de frecuencia en los desórdenes de personalidad.

#### IV.1.5. Fisiopatología o neurobiología

Con base en la hipótesis de que el ámbito de disfunción en los desórdenes de personalidad están vinculados a circuitos neuronales específicos, durante la última década se han utilizado técnicas de neuroimagen para examinar la integridad neuronal de estos circuitos en pacientes con desórdenes de personalidad y se han encontrado cambios de conductancia electroencefalográfica (EEG) en ciertos individuos diagnosticados con desorden de la personalidad, especialmente pacientes antisociales y borderline; estas variaciones se muestran como actividad de ondas lentas en el EEG.<sup>23</sup>

#### IV.1.6. Cuadro clínico

Si bien existen «clusters» que agrupan a los trastornos dependiendo de las características comunes que presentan esto no quiere decir que la presentación clínica de cada uno de los trastornos de personalidad va a ser la misma en cada trastorno.<sup>5</sup>

En el grupo A tenemos:

Trastorno de la personalidad paranoide que presenta como características clínicas:

- Cautela y sospecha frente a los demás.
- Sospecha infundada sobre otras personas le están dañando.
- Desconfianza sobre la lealtad o confianza de los demás hacia él, sin justificación.
- No olvida desaires anteriores hacia su persona.
- Sospecha constante sin justificación, sobre las parejas.<sup>5</sup>

Trastorno de la personalidad esquizoide:

- La alienación en las relaciones sociales.
- Hay disminuida expresión emocional en las interacciones interpersonales.
- No quiere experimentar ni disfrutar de la intimidad.
- Prefiere estar solo/a.
- No tiene relaciones interpersonales o tiene pocas.
- No tiene interés en los comentarios de los demás, ya sean negativos o positivos.
- Afectividad plana o fría.<sup>5</sup>

Trastorno de la personalidad esquizotípica:

- Capacidad limitada en relaciones cercanas.
- Torsiones cognitivas.
- Ideas de referencia.
- Creencias o pensamientos mágicos.
- Experiencias de alteraciones de la percepción inusuales.
- Ideas paranoides.
- Discurso alterado.

- Ansiedad social exagerada inclusive en ámbitos o grupos familiares.<sup>5</sup>

En el grupo B encontramos:

Trastornos de la personalidad antisocial:

- Un modelo notorio de violar derechos a los demás.
- Ignora las normas sociales.
- Mentiras repetidas.
- Impulsividad.
- Agresividad o irritabilidad.
- Desinterés sobre su propia seguridad y sobre los demás.
- Imprudencia dominante.
- No presentan remordimiento.<sup>5</sup>

Trastorno de la personalidad límite

- Miedo al desamparado que se presenta como esfuerzos desesperados a ser abandonados.
- Relaciones interpersonales inestables debido a idealización extrema.
- Alteración de la identidad.
- Impulsividad.
- Actitudes o amenazas de conductas suicidas o autolesivas.
- Sensación constante de vacío.
- Problema para dominar la ira.<sup>5</sup>

Trastorno de la personalidad histriónica

- Actitudes de emociones y búsqueda de atención excesiva.
- Incomodidad al no ser centro de atención.
- Tentación o provocación inapropiada.
- Cambios de humor repentinos.
- Usa su apariencia para llamar la atención.
- Expresión emocional exagerada.
- Personalidad que se deja influenciar fácilmente por otros.
- Percibe las relaciones más cercanas de la realidad.<sup>5</sup>

Trastorno de la personalidad narcisista

- Actitudes dominantes de grandiosidad.
- Fantasías de grandezas ilimitadas de éxito, poder o belleza, entre otros.
- Creencias de ser único o especial sobre los demás.
- Necesidad de ser admirado excesiva.
- Explota las relaciones interpersonales.
- No sienten empatía.
- Está celoso de los demás o cree que los demás están celosos de él.
- Arrogancia persistente.<sup>5</sup>

En la agrupación C, se tienen los siguientes trastornos:

#### Trastorno de la personalidad evitativa

- Sensación constante de incompetencia.
- Alérgico a las críticas negativas.
- Evita actividades que impliquen contacto humano para evitar el rechazo.
- Reluctante a asumir riesgos.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad dependiente

- Necesidad desmesurada de ser cuidado.
- Conducta dócil.
- Apego excesivo.
- Temor al desprendimiento.
- Dificultad para mostrar desacuerdo.
- Imposibilidad de estar solo.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

- Enfoque excesivo en el orden.
- Meticulosidad excesiva.
- Dedicación excesiva a la productividad.
- Inflexibilidad sobre cuestiones morales, de ética o valores.
- Incapacidad para deshacerse de objetos inútiles o deteriorados.
- Se muestra constantemente rígido y obstinado.<sup>5</sup>



#### IV.1.7 Diagnóstico

El diagnóstico en los desórdenes de personalidad es realizado a través de los criterios ubicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-V). Aquí se describen cualitativamente estos Trastornos y se categorizan dependiendo del caso.<sup>5</sup>

De forma general los pacientes que tienen diagnóstico de desorden de personalidad presentan cinco patrones importantes a destacar y tomar en cuenta.

A. Un modelo constante de experiencias internas y actitudes disruptivas, las cuales interfieren con las normas sociales y culturales. Se van manifestar estos cambios en dos o más esferas:

1. La cognición, que se refiere a la percepción de sí mismo y de otras personas.
2. La afectividad, que habla de la respuesta emocional del sujeto y lo que esta involucra, como la intensidad y la adecuación.
3. El desempeño interpersonal.
4. Control de impulsos.

B. El modelo es constante e invariable, este va a verse guiado por las mismas manifestaciones en múltiples situaciones que involucran el aspecto social y personal.

C. El patrón es persistente, que evocará un deterioro de aspectos relevantes de la vida del individuo y que se verán afectados en ámbito social, ocupacional e interpersonal, que se podrá traducir clínicamente

D. Es un patrón de estabilidad y cronicidad que deberá iniciar al inicio de la vida adulta o la adolescencia.

E. El modelo constante no se manifestará como otra enfermedad mental ni como producto de alguno.

F. El patrón persistente que no tendrá como etiología ninguna otra patología, ni se asociará algún efecto fisiológico de una sustancia.<sup>5</sup>

De la misma forma el DSM-V subclasifica los trastornos de la personalidad en tres grandes clusters. Cada trastorno posee su propia lista de criterios diagnósticos, permitiendo lograr una especificidad mayor y un mínimo de errores a la hora de hacer un diagnóstico certero.<sup>5</sup>

El primer cluster abarca los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad paranoide

A. Alto recelo y sospecha del resto, interpretando sus motivos como maliciosos, comenzando en la parte temprana de la edad adulta y apareciendo en una variedad de situaciones, manifestada por los siguientes cuatro (o más) hechos:

1. Susplicia sobre que otros explotan, abusan o frustran a las personas sin una buena razón.
2. Inquieto por incertidumbres infundadas sobre la lealtad o confiabilidad de un amigo o colega.
3. Renuencia a tener confianza en otros basado en un miedo irrazonable de que los datos se utilicen indebidamente en contra de él.
4. Lectura encubierta de significados humillantes o peligrosos en comentarios o actos sin malicia.
5. Resentimiento constante (se refiere a que no omite insultos, daños o desaires).
6. Creencia de que los demás atacan su personalidad o fama pero nada de esto es evidenciado por quienes lo rodean y suelen reaccionar con enojo y ser vengativos.
7. Desconfianza constante, injustificada, sobre la fidelidad de la pareja.

B. No es producida de manera exclusiva en el desarrollo de esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo que presenta características psicóticas, o algún otro trastorno psicótico, y este no se atribuye como consecuencia fisiológica de otra causa médica.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad esquizoide

A. Un modelo general de la separación en las relaciones sociales y una clase restringida de expresiones emocionales en relaciones interpersonales que inicia en la adultez temprana y sale distintos escenarios, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. No le apetece y no goza de relaciones íntimas, incluida la idea de ser parte de una familia.
2. Constantemente decide participar en actividades individuales.
3. Enseña mínimo o interés nulo en tener experiencias sexuales con alguien más.
4. No suele disfrutar de ninguna actividad.

5. No posee amistades íntimas ni confidentes fuera de su familia inmediata.
6. Suele ser inexpresivo a los cumplidos y a las críticas de los demás.
7. Suele ser frío a nivel emocional, con alto nivel de desapego o afectividad nula.

B. No es producida de manera exclusiva en el desarrollo de esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo que presenta características psicóticas, o algún otro trastorno psicótico, y este no se atribuye como consecuencia fisiológica de otra causa médica.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad esquizotípica

A. Un modelo generalizado con déficits a nivel social e interpersonal que es presentado como estrés agudo y falta de intimidad, y como deficiencias cognitivas o perceptivas y actitudes raras, que inician en la adultez temprana y aparece en diferentes de entornos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Pensamientos de referencia (excluyendo los delirios de referencia).
2. Confianzas raras o ideas mágicas que afectan la conducta y contradicen las normas culturales (p. ej., superstición, creer en clarividencia, telepatía o "sexto sentido" o miedos estrambóticos).
3. Experimentan percepciones poco habituales, incluyendo ilusiones corporales.
4. Ideas y habla infrecuentes (impreciso, simbólico, muy elaborado o repetitivo).
5. Desconfianza o pensamientos paranoicos.
6. Emociones inadecuadas o escasas.
7. Actitudes o apariencia extraña.
8. No suelen poseer amistades cercanas ni confidentes más allá de sus familiares inmediatos.
9. Ansiedad social desmedida que no disminuye con familiarizarse y suele estar asociada a miedos paranoicos más que a juicios negativos sobre sí mismo.

B. No es producida de manera exclusiva en el desarrollo de esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo que presenta características psicóticas, o algún otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista.<sup>5</sup>

El cluster B abarca los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista.

## Trastorno de la personalidad antisocial

A. Modelo predominante de abandono y violación de las atribuciones que le pertenece al resto, que se muestra antes de los 15 años de edad, y que se rectifica por tres (o más) de los siguientes hechos:

1. El desacato a las reglas sociales en cuanto al comportamiento legal se expresa en acciones reiteradas como base para la detención.
2. Falsedad expresada por engaños constantemente, uso de nombre falso o estafas para beneficio o placer propio.
3. Patrón de ser impulsivo o fracasar al hacer planes con anticipación.
4. Aspereza y violencia, que se muestra por ataques físicos a repetición.
5. Descuido constante de la seguridad propia o de la seguridad de los demás.
6. Imprudencia permanente, mostrada al no ser capaz de tener una actitud laboral coherente o por el incumplimiento de las obligaciones económicas de manera constante.
7. Falta de remordimiento, que se expresa al no mostrar empatía o racionalizando el haber lesionado, lastimado o robarle a alguien.

B. El afectado como mínimo tiene la edad de 18 años.

C. Hay pruebas que corroboran la presencia de un desorden de conducta que inició antes de los 15 años.

D. Las actitudes antisociales no se producen de manera exclusiva en el transcurso de la esquizofrenia o trastorno bipolar. <sup>5</sup>

## Trastorno de la personalidad límite

Modelo predominante inconstante en relaciones interpersonales, de la propia imagen y de la capacidad de afecto, y su impulsividad es fuerte, esto inicia comúnmente en las primeras etapas de adultez y se evidencia en múltiples aspectos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Trabajo constante y exagerado para prevenir ser abandonados ya sea una idea con o sin base. (No abarcar las actitudes de suicidio ni conductas autolesivas, se muestran en el Criterio 5.)
2. Costumbre de mantener relaciones interpersonales caracterizadas por ser inconstantes e intensas que suelen alternarse entre los extremos de idealizar y de devaluar.

3. Trastornos en la identidad: suele ser muy inestable en su imagen y su sentido personal de sí mismo.
4. Impulsivo en dos o más áreas de potencial autolesión (consumos, relaciones sexuales, sustancias ilícitas, conduce temerariamente, atracones, etc). (No abarcar las actitudes de suicidio ni conductas autolesivas, se muestran en el Criterio 5.)
5. Conducta, actitudes o amenazas constantes de suicidarse, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad emocional como reactividad notoria del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y, en pocas ocasiones, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enojo inadecuado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., muestra constante de genio, enojo frecuente, altercados físicos recurrentes).
9. Creencias paranoides momentáneas, las cuales se relacionan con el estrés o síntomas disociativos graves.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad histriónica

Marco predominante de emociones exageradas y de necesidad de atención, que inicia en los primeros años de la edad adulta y se encuentra presente en diversas situaciones, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Su estado de ánimo se ve alterado en los momentos donde la atención está centrada en él.
2. Al relacionarse con otros de manera frecuente, sus actitudes suelen ser sexualmente seductoras o provocativamente inapropiadas.
3. Muestra cambios rápidos y expresiones emocionales planas.
4. Usa de manera constante su apariencia física para llamar la atención.
5. Presenta una forma de hablar basada de manera excesiva en impresionar y que no tiene detalles.
6. Demuestran auto dramatización, escenificación y expresa de manera sus emociones.
7. Se deja influenciar de manera fácil por otros o por las situaciones.
8. Entiende que las relaciones son más cercanas de cómo son en la realidad.<sup>5</sup>

## Trastorno de la personalidad narcisista

Modelo general exagerado (fantasía o comportamiento), necesidad constante de ser admirado, no presenta empatía, inicia en la adultez temprana y ocurre en una variedad de ambientes, y que se presenta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Muestra emociones de grandiosidad y arrogancia (extrema sus logros y capacidades, espera le reconozcan como un ser que es superior a pesar de que no cuenta con los éxitos necesarios).
2. Se encuentra envuelto en ilusiones de éxito, autoridad, inteligencia, atractivo o amor ideal infinito.
3. Asegura ser "singular" y único, y ser sólo comprendido o sólo debe estar relacionado con otros individuos (o instituciones) igual de especiales o de un muy alto estatus.
4. Necesita ser admirado excesivamente.
5. Demuestra emociones de ser privilegiado (es decir, presenta expectativas que no tienen razón de ser tratado de manera especial que le favorece o de que se debe cumplir automáticamente sus expectativas).
6. Abusa de las relaciones interpersonales que tiene (se suele aprovechar de los demás por su propio beneficio).
7. No tiene empatía: ya que no reconoce o ni puede identificarse con las emociones ni necesidades que podrían afectar a su entorno.
8. Frecuentemente siente envidia sobre los demás o piensa que el resto siente envidia hacia él.
9. Demuestra comportamientos de superioridad.<sup>5</sup>

El grupo C está formado por los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsivo.

## Trastorno de la personalidad evitativa

Patrones generalizados de contención socialmente, emociones de inadecuación y sensibilidad extrema a las evaluaciones negativas que inician en la edad adulta temprana y aparecen en múltiples entornos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Elude las actividades laborales que impliquen mucho contacto humano para evitar críticas, oposición o rechazo.
2. Evita la disposición a relaciones con otras personas hasta que no se sienta apreciado.
3. Se ve aislado en las relaciones cercanas debido a que siente miedo de ser avergonzado o ridiculizado.
4. Tiene miedo a que en un ambiente social le critiquen o rechacen.
5. Está inhibido en nuevos entornos interpersonales por falta de sentido de adaptación.
6. Tiene una autoimagen de ser inepto en el ámbito social y sentimientos de inferioridad al compararse con los demás.
7. Es muy renuente a tomar riesgos personales o a participar en actividades fuera de las comunes que puedan causarle incomodidad.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad dependiente

Deseo imperativo y exagerado de ser cuidado, lo que conduce actitudes sumisas y de apego excesivo, y terror a separarse, que se origina en las etapas iniciales de la adultez y se presenta en múltiples contextos, y que se muestra por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Se le es difícil la toma de elecciones del día a día sin recibir asesoría y/o ser reafirmado de manera constante por terceros.
2. Requiere de otros para hacerse cargo de obligaciones en casi todos o en todos los ámbitos fundamentales de su vida.
3. Conflicto para no estar de acuerdo con los demás por miedo a perder su protección o apoyo. (Nota: el miedo realista al castigo no está incluido).
4. Presenta inconvenientes al comenzar algún proyecto o para realizar alguna actividad solitaria (esto se debe a la desconfianza en el juicio propio o de sus capacidades pero no por falta de apoyo o ganas).
5. Con tal de sentirse aceptado y apoyado por su entorno suele ir muy lejos hasta el punto de participar e involucrarse de manera voluntaria en actividades que no son de su agrado.
6. No está cómodo o seguro cuando está sin compañía por miedo excesivo a no ser capaz de poder cuidarse.

7. Al perder una relación cercana inmediatamente busca un reemplazo de la misma para sentirse cuidado y apoyado.

8. Temiendo el abandono y tener que valerse por sí mismo, experimenta una ansiedad exagerada.<sup>5</sup>

#### Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Un enfoque general en el orden, tener todo perfecto y el control mental e interpersonal a costas de la permisividad y eficacia, que comienza en la edad adulta temprana y ocurre en una variedad de entornos, y que se presenta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Se inquieta de manera alarmante por los elementos, las reglas, el método, la estructura o los programas hasta el punto de que olvida la finalidad de la tarea a realizar.

2. Presenta una meticulosidad que obstaculiza el completar las tareas (p. ej., no puede terminar una actividad porque no se cumplen estándares puestos por el mismo a pesar de que son exageradamente estrictos).

3. Presenta una entrega exagerada en el trabajo y en ser productivo hasta llegar a eliminar actividades recreativas y amistades (esto no se puede explicar con una necesidad económica).

4. Demasiado concienzudo, cauteloso y rígido en la moral, la ética o los valores (no se puede explicar por la identidad cultural o religiosa).

5. No pueden desechar piezas dañadas o sin función a pesar de que no tienen valor emocional.

6. No está en disposición de confiar la realización de algún proyecto o tarea a menos que se realice de la manera exacta en que lo haría la persona.

7. Es mezquino de sí mismo y de los demás; ve el dinero como algo que se debe ahorrar para un futuro desastre.

8. Prueba ser inflexible y terco.<sup>5</sup>

#### IV.1.8. Diagnóstico diferencial

En el (DSM-5), se asignan los diagnósticos diferenciales de manera individual a cada trastorno de la personalidad, es decir, de la siguiente manera:<sup>5</sup>



En la personalidad paranoide debe distinguirse aquí de otros trastornos psiquiátricos con manifestaciones psicóticas, como los delirios de persecución, la esquizofrenia y los trastornos bipolares o depresivos con rasgos psicóticos. También se debe hacer diagnóstico diferencial con otra patología que cause alteraciones de las personalidades, con trastornos secundarios a la ingesta constante de sustancias y otros desórdenes de la personalidad con rasgos característicos similares como son la personalidad esquizoide y el paranoide ya que los dos presentan alienación interpersonal e ideas paranoides.<sup>5</sup>

El desorden esquizoide debe distinguirse aquí de otros trastornos psiquiátricos con síntomas psicóticos, como los delirios de persecución, la esquizofrenia y los trastornos bipolares o depresivos con rasgos psicóticos. Los trastornos del espectro autista también deben hacerse parte del proceso de diagnóstico diferencial junto con otros trastornos que causan cambios de personalidad incluidos los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos de personalidad con características similares.<sup>5</sup>

En el trastorno de la personalidad esquizotípica la diferenciación diagnóstica se hace con enfermedades psiquiátricas que presentan sintomatología psicótica como el trastorno de delirio persecutorio, la esquizofrenia y trastorno bipolar o depresivo con rasgos psicóticos. Otro diagnóstico diferencial que debe realizarse es con los trastornos del neurodesarrollo pero en este caso los desórdenes de la comunicación es posible diferenciarlos según la prevalencia y la gravedad de los trastornos del lenguaje y por las características de los cambios del lenguaje encontrados en la valoración. Y por último con otra patología que cause alteraciones de la personalidad, con trastornos por uso de sustancias y otros trastornos de la personalidad con rasgos característicos similares.<sup>5</sup>

El diagnóstico diferencial en el trastorno de personalidad antisocial se suele realizar con desórdenes mentales causados por la utilización de sustancias, esquizofrenia y trastornos bipolares, otros trastornos de la personalidad que tengan síntomas parecidos como es el caso del trastorno de la personalidad narcisista y esto se debe a que ambos presentan actitudes superficiales y carentes de empatía. Finalmente se puede hacer diagnóstico diferencial con los individuos que presentan actitudes criminales no asociadas con un trastorno de la personalidad pero la diferencia principal es que en la conducta criminal el fin principal se enfoca

en lograr algún provecho pero no presenta rasgos de la personalidad propios del trastorno de la personalidad antisocial.<sup>5</sup>

Al referirnos sobre el trastorno de la personalidad límite debemos destacar como diagnósticos diferenciales los trastornos depresivos y bipolares ya que suelen acompañar a dicho trastorno. También se puede hacer el diagnóstico diferencial con otros trastornos de la personalidad como el de la personalidad histriónica y esto se debe a la semejanza de la búsqueda de atención y la conducta manipuladora en el trastorno de la personalidad límite están presentes las conductas autodestructivas y y la sensación constante de soledad y vacío. Otros posibles diagnósticos diferenciales pueden ser trastornos por uso de sustancias o problemas de identidad lo cual está relacionado con alguna fase del desarrollo.<sup>5</sup>

En el diagnóstico diferencial del trastorno de la personalidad histriónica se deben incluir otros trastornos de la personalidad como el antes ya mencionado trastorno de la personalidad límite, alteración de la personalidad por otra patología y trastornos por consumir sustancias.<sup>5</sup>

En el trastorno de la personalidad narcisista los diagnósticos diferenciales se realizan con otros trastornos de la personalidad como en el caso del trastorno de la personalidad antisocial en el cual no es necesario el ser admirados y no muestran envidia hacia los demás como se ve en el trastorno de la personalidad narcisista. Otros diagnósticos diferenciales realizados son la manía o hipomanía debido a la grandiosidad pero en casos de manía o hipomanía están asociados a cambios del estado de ánimo. Y por último, se debe realizar con trastornos por uso de sustancias.<sup>5</sup>

En el trastorno de la personalidad evitativa los diagnósticos diferenciales se realizan con la ansiedad debido a la aparición constante de conductas evasivas, con otros trastornos de la personalidad como sería el de la personalidad dependiente quienes se diferencian en que el dependiente se centra en ser atendido. Y por último con trastornos por ingesta de sustancias y variación de la personalidad como consecuencia de otra patología.<sup>5</sup>

En el caso del trastorno de la personalidad dependiente los diagnósticos diferenciales se deben realizar con otros trastornos de la personalidad como el caso ya anteriormente mencionado de el trastorno de la personalidad evitativa, con

los cambios de la personalidad como consecuencia de otra patología y trastornos por ingestión de sustancias.<sup>5</sup>

Los diagnósticos diferenciales realizados en el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son con el desorden obsesivo-compulsivo que se diferencian en que el TOC presenta obsesiones y compulsiones reales, con el trastorno de acumular, el resto de los trastornos de la personalidad como con el trastorno de la personalidad narcisista debido a sus actitudes en búsqueda de perfección pero estos individuos suelen pensar que lograron la perfección, pero los pacientes con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva suelen ser autocríticos. Y por último, con trastornos por consumo de sustancias y alteraciones de la personalidad como consecuencia por otra afección médica.<sup>5</sup>

#### IV.1.9. Factores de riesgo

De igual forma hay factores de riesgo para los trastornos de la personalidad. En el caso de los trastornos de personalidad grupo A que son el paranoide, esquizoide y esquizotípico se tienen tanto factores de riesgo genéticos como fisiológicos ya que hay pruebas de un incremento en la frecuencia de dicho desorden en integrantes de la familia de los diagnósticos con esquizofrenia.<sup>24</sup>

En el grupo B, el trastorno de personalidad antisocial fue más frecuente en los pacientes que presentan familiares de primer grado que en el resto de la población. Las investigaciones científicas sobre adopción han demostrado que los factores biológicos y los ambientales aumentan el riesgo de trastorno de personalidad antisocial. Los hijos naturales y adoptivos de padres con diagnósticos de trastorno de personalidad antisocial tienen un mayor riesgo de padecer dicho trastorno. Para el trastorno límite de la personalidad, la prevalencia en parientes biológicos de primer grado de personas con el trastorno es aproximadamente cinco veces mayor que la de la población general según es explicado en el DSM 5.<sup>5</sup> El trastorno histriónico de la personalidad probablemente se desarrolla como un conglomerado de factores aprendidos y heredados, además, los progenitores que modelan actitudes sexuales dramáticas, erráticas, volátiles o inapropiadas ponen a sus hijos en alto riesgo de desarrollar este trastorno de personalidad.<sup>25</sup> Las experiencias de desarrollo, de naturaleza negativa, ser rechazado de niño y un ego frágil durante la primera infancia pueden contribuir a la aparición del trastorno de la personalidad

narcisista en la edad adulta y al igual que los elogios excesivos, incluida la creencia de que un niño puede tener habilidades extraordinarias, también pueden conducir a desarrollar trastorno de la personalidad narcisista.<sup>26</sup>

Los factores de riesgo del grupo C por igual presentan una mezcla de componentes genéticos y fisiológicos. Los rasgos del temperamento infantil asociados con una mayor predisposición para trastorno de la personalidad evitativa incluyen rigidez, hipersensibilidad, baja búsqueda de novedades, alta evitación del daño e inhibición conductual hiperactiva.<sup>27</sup> Los factores de riesgo principales para el trastorno de la personalidad dependiente incluyen las personas con historia de relaciones abusivas, historia de trauma o descuido infantil y la presencia de historia familiar de trastorno de personalidad dependiente o de ansiedad.<sup>28</sup> Los individuos diagnosticados con trastornos de ansiedad como es el caso de aquellos con trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y las fobias específicas, tienen más probabilidades de desarrollar un desorden de personalidad que satisfaga con los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.<sup>5</sup>

#### IV.1.10. Tratamiento

En un aspecto generalizado las distintas opciones terapéuticas ayudan a evitar algunas consecuencias que pudieran presentarse en estos individuos, debe buscarse la individualización del paciente, de forma que sea posible aprovechar la misma y priorizar la mejora del individuo.

#### Desorden de la personalidad tipo paranoide

Las opciones sobre el tratamiento para el desorden de personalidad paranoica incluyen una mezcla de psicoterapia y medicación. La psicoterapia es el tratamiento electivo para este desorden. Pero a pesar de esto, debido al comportamiento dominante de estos desórdenes, los especialistas en terapia deben ser firmes en los escenarios que enfrenten y tener pendiente que la paciencia y ser tolerante a la intimidad son temas problemáticos para estos pacientes, y esto hace que la psicoterapia individual necesita utilizar un tono profesional pero no un estilo totalmente cálido. Los pacientes paranoicos no

prosperan notoriamente en las terapias grupales, aunque pueden ayudar a mejorar sus habilidades sociales y reducir su desconfianza. Tanto la agitación como la ansiedad pueden ser tratadas con medicación. En casi todos los casos, el uso de ansiolíticos como el diazepam pueden ser suficientes. No obstante, puede ser necesario un curso breve de antipsicóticos en dosis bajas (como el haloperidol) para controlar la agitación intensa o los delirios.<sup>20</sup>

#### Desorden de la personalidad esquizoide

El tratamiento de los individuos con trastorno de la personalidad esquizoide es parecido al tratamiento utilizado en entes diagnosticados con desorden de personalidad paranoica. Mas sin embargo, las tendencias introspectivas de los pacientes esquizoides son consistentes con las expectativas de los psicoterapeutas de que pueden ser buenos pacientes, incluso si parecen apartados. En entornos de terapia grupal, los pacientes con desorden esquizoide de la personalidad pueden permanecer calladas durante largos períodos de tiempo, pero eventualmente se involucran. Farmacologicamente hablando el uso de dosis minimas de antipsicóticos, antidepresivos y psicoestimulantes ha revelado efectos positivos en algunos casos.<sup>20</sup>

#### Desorden de la personalidad esquizotípica

Los principios en cuanto al tratamiento del desorden esquizotípico de la personalidad no difieren de los prescritos para las personas con personalidad esquizoide. Los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar a eliminar o disminuir las ideas de referencia, los delirios y otras sintomatologías de la enfermedad y pueden usarse como complemento de la psicoterapia. Los antidepresivos tienen utilidad si la personalidad tiene un factor depresivo.<sup>20</sup>

#### Trastorno de la personalidad tipo antisocial

Si un individuo con desorden de personalidad antisocial está inmovilizado (p. ej., hospitalizado), normalmente suelen acceder a la psicoterapia. Deben establecerse límites estrictos antes de iniciar el tratamiento. El terapeuta debe descubrir cómo lidiar con el comportamiento autodestructivo del paciente. Los medicamentos se

utilizan como aliviantes de los síntomas debilitantes como ansiedad y depresión. Se ha intentado emplear fármacos que intentan alterar el metabolismo catecolaminérgico y controlar el comportamiento impulsivo con anticonvulsivos (por ejemplo, carbamazepina o ácido valproico), especialmente si se observan formas de onda anormales en el EEG.<sup>20</sup>

#### Desorden de la personalidad límite

El tratamiento en el desorden de la personalidad límite tiene distintos puntos de abordaje. La principal opción de tratamiento para estos trastornos es la psicoterapia, y los individuos con desorden límite de la personalidad mejoran en el hospital si reciben psicoterapia individual y grupal intensiva. También existe la terapia fundamentada en la mentalización, que se basa en la teoría de que los síntomas en diagnosticados con desorden límite de la personalidad, como la dificultad para controlar sus emociones y sus impulsos, son la consecuencia de la capacidad reducida del paciente para mentalizar. Por lo tanto, se cree que la rehabilitación psicológica ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades sociales mientras aprenden a regular mejor sus pensamientos y emociones.<sup>20</sup>

La terapia con medicamentos se puede usar para controlar ciertos aspectos de personalidad que no se encuentran alineados con el funcionamiento general de una persona. Los antipsicóticos se han utilizado para controlar la ira, la hostilidad y los episodios psicóticos a corto plazo. Los antidepresivos pueden mejorar el estado de ánimo depresivo que a menudo se puede observar en el desorden límite de la personalidad. Hay evidencia que los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) resultan efectivos para controlar el comportamiento impulsivo en algunos individuos.<sup>20</sup>

#### Desorden de la personalidad histriónica

La psicoterapia de orientación psicoanalítica, ya sea individual o colectiva, puede ser el tratamiento electivo para este desorden. Los individuos con desorden tipo histriónico de la personalidad a menudo no saben cómo se sienten realmente, por lo que averiguarlo es una parte importante del proceso de tratamiento. Se pueden usar medicamentos cuando los síntomas son evidentes (p. ej.,

antidepresivos para la depresión y los trastornos físicos, ansiolíticos para los trastornos de ansiedad y antipsicóticos para las alucinaciones y los delirios).<sup>20</sup>

#### Trastorno de la personalidad narcisista

El tratamiento del trastorno de personalidad narcisista es difícil porque los pacientes deben dejar de lado su narcisismo para seguir adelante. Psiquiatras como Kernberg y Heinz Kohut recomiendan la terapia psicoanalítica para lograr avances. Algunos médicos recomiendan la terapia grupal de forma que los pacientes puedan a través del aprendizaje a compartir sus vivencias con los demás e, idealmente, responder con empatía hacia los demás.<sup>20</sup>

#### Desorden de la personalidad evitativa

La psicoterapia depende de la alianza entre médico y paciente. Generar confianza requiere que acepte los temores del paciente (especialmente el temor al rechazo). El terapeuta alienta al individuo a explorar al mundo y aceptar lo que entiende como un gran riesgo de humillación, rechazo y fracaso. Sin embargo tiene que tener cuidado al instruir practicar diferentes y nuevas destrezas sociales fuera del entorno del terapeuta; la derrota refuerza la autoestima históricamente baja del individuo.<sup>20</sup>

El tratamiento farmacológico se ha utilizado para controlar la ansiedad y la depresión relacionadas con la enfermedad. Los antagonistas de los receptores beta-adrenérgicos, como el atenolol, han sido utilizado en algunos pacientes como tratamiento en la hiperactividad del sistema nervioso autónomo, la cual tiene tendencia al alta, especialmente en momentos de miedo.<sup>20</sup>

#### Trastorno de la personalidad dependiente

La terapia de tipo introspectiva permite a estos pacientes entender el contexto de su comportamiento y, con el respaldo terapéutico, independizarse un poco más, confiarse y estar seguros de sí mismos. La terapia conductual, el entrenamiento de tipo asertivo, la terapia en familia y la terapia grupal también han resultado positivas en una gran cantidad de casos.<sup>20</sup>

Los medicamentos se usan para tratar síntomas específicos, como la ansiedad y la depresión, que a menudo se asocian con trastornos de personalidad dependiente. Los pacientes que experimentan ataques de pánico o ansiedad severa por separación pueden mejorar con imipramina.<sup>20</sup>

#### Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Estos pacientes suelen buscar ayuda profesional por iniciativa propia. Debido a que están sobreeducados y socializados, valoran ser asociados libremente y el enfoque terapéutico no dirigido. Sin embargo, el tratamiento suele ser largo y difícil, y los problemas de contratransferencia son comunes. Evitar que terminen con su comportamiento habitual aumenta su ansiedad y les facilita aprender nuevos métodos de afrontamiento.<sup>20</sup>

Si se desarrollan signos y síntomas obsesivo-compulsivos, se pueden utilizar fármacos serotoninérgicos como la fluoxetina y antidepresivos tricíclicos como la clomipramina.<sup>20</sup>

#### IV.1.11 Pronóstico y evolución

Los desórdenes de la personalidad varían en dependencia al desorden per se, recordando que representan alteraciones crónicas que dificultan el desarrollo del individuo en el medio existente. Cada uno tiene un pronóstico y evolución distinta según lo explica Kaplan & Sadock en su sinopsis de psiquiatría.<sup>20</sup>

El desorden tipo paranoide de la personalidad condiciona a los individuos a una convivencia disfuncional crónica, abundan las situaciones laborales e interpersonales conflictivas. En algunos pacientes el trastorno se mantiene invariable, en otros la esquizofrenia forma parte del diagnóstico a medida que transcurre su vida.<sup>20</sup>

El desorden esquizoide de la personalidad al ser una enfermedad crónica que aparece durante la adolescencia marca la vida del paciente, que puede evolucionar a una esquizofrenia o disminuir la sintomatología a lo largo de la vida.<sup>20</sup>

El desorden esquizotípico de la personalidad mantiene un pensamiento comúnmente asociado a una conducta de pacientes posteriormente diagnosticados con esquizofrenia, por lo que un trastorno esquizotípico posee una mayor



probabilidad de desencadenar una esquizofrenia. Muchos pacientes logran estabilizar su condición e insertarse en la sociedad manteniendo relaciones interpersonales de pareja, laboral u otros a pesar de su trastorno. De acuerdo a un estudio de Thomas McGlashan y R. K. Heinssen publicado en 1988 desarrollado en Rockville, Estados Unidos, concluyó que el suicidio y el trastorno esquizotípico mantienen una estrecha relación, en la que, de dichos pacientes un porcentaje importante terminan suicidándose o cometiendo algún acto de esta magnitud atentando contra su vida.<sup>29</sup>

El trastorno antisocial de la personalidad posee un proceso evolutivo constante, en el que estas conductas tienen su pico más alto al finalizar los años adolescentes o al inicio de la vida adulta que luego puede disminuir o mantenerse. El pronóstico va a variar de persona a persona. Es común en estos pacientes tener un trastorno depresivo concomitante o trastornos por drogas o incluso por alcohol como comorbilidad del mismo trastorno base.<sup>29</sup>

El trastorno límite de la personalidad generalmente se diagnostica durante el final de la adolescencia y la vida adulta temprana debido a la incapacidad que presentan estos pacientes para tomar decisiones importantes y adaptarse a los cambios propios de la edad. Este trastorno presenta una evolución estable, con cambios mínimos durante la vida, mantienen una predisposición a presentar episodios depresivos mayores, estos no progresan generalmente hacia esquizofrenia.<sup>29</sup>

El desorden tipo histriónico de la personalidad al ser un modelo disruptivo de actitudes irreverentes y sexualizadas que conducen a situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente, pues tienden a recurrir al abuso de las drogas, actúan de forma promiscua y explorativa en las relaciones sexuales, estos pacientes son recurrentes en tener problemáticas con la ley y la autoridad. A medida que transcurre la vida los síntomas disminuyen respecto a la edad aparentemente.<sup>20</sup>

El desorden narcisista de la personalidad posee una dificultad para el proceso del envejecimiento, puesto que estos pacientes expresan una conducta superficial en torno a la belleza y los atributos propios de la juventud, por lo que son más vulnerables a desencadenar una crisis durante esta etapa de su vida. Son

pacientes difíciles para el tratamiento, pues de su conducta derivan situaciones altamente conflictivas en su entorno.<sup>20</sup>

El desorden de personalidad de tipo evitativo tiene una alta tasa de inserción en un matrimonio y familia funcional, siempre que sea en ambientes seguros para ellos, que tiende a ser un círculo pequeño de allegados y familia que gozan de la entera confianza de estos pacientes. Estos pacientes pueden sufrir de depresión y ansiedad si en algún momento de sus vidas su ambiente seguro se ve afectado. Dicho trastorno puede desarrollar fobias sociales durante el curso de su vida.<sup>20</sup>

El trastorno dependiente de la personalidad tiene una afectación directa a la vida funcional del que lo padece, pues a nivel social, laboral y afectivo son incapaces de realizar una acción por sí solos, necesitan supervisión constante y limitan su contacto solo a los individuos de los que dependen. Tienen un riesgo a desarrollar episodios de depresión, pero poseen un pronóstico favorable de ser tratados. Su evolución aún no está prescrita como una conducta única, sino que es variable de persona a persona.<sup>20</sup>

El desorden de tipo obsesivo compulsivo de la personalidad es de progresión variable e impredecible. Estos pacientes a lo largo de su vida pueden presentar episodios obsesivos o de compulsión, de igual manera con la edad pueden evolucionar a una etapa más controlada o en cambio pueden terminar padeciendo de esquizofrenia. El envejecimiento puede afectarlos de múltiples maneras, puede exacerbar los síntomas y desencadenar un trastorno depresivo mayor. La inserción laboral en estos pacientes puede ser efectiva en empleos que requieran orden, trabajo metódico, que impulse su nivel de detalle e invariable. Se ven muy afectados por los cambios repentinos por lo que tienden a evitar la adaptación a situaciones personales, laborales y sociales.<sup>20</sup>

De forma concluyente, los trastornos de la personalidad de forma general son de evolución relativamente variable y condicionada por el curso que tome la vida del paciente, apoyado en un buen cuidado y correcto tratamiento de su trastorno. Los pronósticos de igual forma van a depender del curso del trastorno y el manejo que se le esté dando en el caso particular de cada paciente. Las principales comorbilidades que estos pacientes pueden desarrollar a lo largo de su vida son la esquizofrenia y los episodios depresivos y de ansiedad, dependiendo claramente

del trastorno base. De igual forma el suicidio forma parte siempre del pronóstico y la evolución de estos pacientes, pues representa un factor de riesgo que puede concluir con la vida de dicho individuo o tener repercusiones de importancia que van a marcar un pronóstico desfavorable hacia estos pacientes.<sup>20</sup>

#### IV.1.12 Prevención

Los trastornos de la personalidad se describen como plurietiológicos, pues poseen diversas causas que aportan para que el trastorno o los trastornos puedan identificarse en un individuo. Muchas de estas causas son invariables, lo que quiere decir que no son modificables, tal es el caso de los factores genéticos, que se ha demostrado intervienen activamente en la formación de un trastorno de la personalidad, podemos resaltar que una base genética en estos trastornos implica que uno o más familiares posean una patología mental asociada al trastorno de la personalidad del individuo. Otros factores biológicos implicados a nivel hormonal, neuronal y sensitivo podrán afectar al individuo colaborando para producir un trastorno de la personalidad. Los factores psicoanalíticos por su parte trabajan los rasgos de la personalidad. Poco se sabe sobre la prevención de los desórdenes de la personalidad, si bien se pueden modificar ligeramente factores que intervienen directamente en la formación de un individuo, la personalidad una vez formada no es modificable, esta se mantiene a lo largo de la vida, y al ser problemas del desarrollo no existe una forma de prevenirlos.<sup>20</sup>

#### IV.2. Suicidio

##### IV.2.1. Historia

El suicidio ha representado en la historia de sí mismo una problemática generacional, que lo ha llevado no solo a ser interpretado en el ámbito médico y de salud, sino también ha tenido influencia en la política, el arte, la filosofía, la literatura y la religión. Esto lo ha llevado a ser un tópico de interés y motivo de estudio desde las primeras civilizaciones existentes. Dentro del marco histórico, el suicidio ha marcado un precedente, viéndose afectada la historia por conductas de este tipo, que han sido estudiadas y clasificadas dentro del acto mismo.<sup>30</sup>

De forma predecesora en los tiempos previos a la civilización, el suicidio implicaba un factor de supervivencia, en el que se recurría al acto de matarse en

casos de discapacidad, o individuos ancianos y enfermos, por considerarse poco útiles para la subsistencia de la comunidad. En muchos casos se plantea que estos individuos abandonaban su vivienda para irse a zonas no habitadas, sin comida ni agua, para luego morir.<sup>30</sup>

El suicidio desde la perspectiva histórica ha sido parte desde la misma conciencia del hombre, dentro de las civilizaciones de mayor relevancia en la historia, la antigua Grecia obtuvo un punto de vista en el que abordaba el tema del suicidio a través de la filosofía y que posteriormente se condenaba. Éste se consideraba un delito contra el Estado y se obtenían múltiples castigos para los que infringían estas leyes, castigos que podían cargarse generacionalmente por las familias de los que cometieran estos actos. Uno de los suicidios de esta época más trascendentales fue el de Sócrates, que fue sentenciado a morir por sus creencias, aceptando su condena y envenenándose con cicuta. Más tarde su discípulo Platón y posteriormente Aristóteles categorizaron el suicidio como un delito con ciertas excepciones. A partir de este punto, además de ser un problema, también el suicidio se convertía poco a poco en una respuesta social, justificada por el amor, la enfermedad y el autocastigo por un delito cometido contra el Estado, como en el caso de Sócrates. Platón así mismo lo expresa en varios escritos, principalmente en el Fedón y el libro de las Leyes.<sup>30</sup>

Por otra parte el imperio Romano al igual que los Griegos mantenían una postura contra los actos suicidas, penalizando, pero manteniendo excepciones equidistantes del pensamiento Griego. Cicerón y Constantino, que fueron figuras importantes del panorama político en el imperio Romano, contemplaban el suicidio como un acto que debía ser penalizado, pero en ciertos casos también se consideraban actos heroicos y admirables, signo de honor y abnegación. De igual manera los Griegos se abren paso hacia el pensamiento médico asociando las conductas suicidas bajo ciertas condiciones como una justificación a una enfermedad mental o del pensamiento, a lo que apodaron como *Non Compos Mentis* que en Español significa Desposeído de sus facultades mentales, cuyos casos se consideraron a la época no penalizables por el Estado, igual que en los casos por filosofía, amor, honor o condena.<sup>30</sup>

La edad media estuvo marcada por el Cristianismo y su punto de vista religioso, era un acto punible, que trascendía la vida misma, se consideraba que luego de la

muerte se pagaban estos delitos. La Biblia plantea varios escenarios de conductas de este tipo, como el caso de Judas Iscariotes, el discípulo de Jesús que se quita la vida luego de traicionarlo.<sup>30</sup>

En la edad moderna, junto al Renacimiento se comienza a despenalizar el suicidio en todas sus formas, e incluso a exaltar en algunos casos. Aún así el término *Non compos mentis* hacía referencia a un estado de insanidad y locura, y la estigmatización de las grandes sociedades lo consideraban un acto vergonzoso y propio de las clases pobres, la aristocracia no concebía esta conducta, y cuando debía excusarla, la denominaban *Duelo*, apodándolo así por ser un acto heroico en ocasiones.<sup>30</sup>

En esta época Robert Burton es uno de los primeros en asociar la melancolía de la época, luego llamada depresión junto a la conducta suicida en su libro, *Anatomía de la melancolía*, que buscaba darle un contexto clínico investigativo al tema. Más tarde, se comienzan a realizar estudios estadísticos sobre esta conducta, arrojando por primera vez, datos tangibles de las variables que en aquella época se consideraban suicidas.<sup>30</sup>

La época contemporánea va dándole al suicidio un contexto de enfermedad, sobretodo mental, lo que para el aspecto médico y la psiquiatría representan un progreso y un abordaje distinto al subsistente. Para algunos sociólogos, este enfoque implicaba perder la biología humana de la elección al suicidio y se contemplaba como la búsqueda de una entidad mental que lo provocara sin implicar la decisión del ser humano propio. Allí nace la idea de identificar el suicidio para posteriormente diagnosticarlo y tratarlo, aún existiendo campo inexplorado al entendimiento de esta conducta.<sup>30</sup>

En el 1971 en Filadelfia se clasificaron por primera vez las conductas suicidas en tres grandes categorías: El suicidio completo, el intento suicida y las ideas suicidas. Por otra parte, el sociólogo europeo Emile Durkheim en su literatura «*Le Suicide*» o *El suicidio* lo clasificó en categorías sociales: egoísta, altruista y anónimo. Otro personaje que trató de dar luz a este tema fue Walter Poldinguer, quien en su obra *La tendencia al Suicidio*, subdividió al suicidio en etapas; Etapa de consideración, etapa ambivalente y la etapa de decisión.<sup>30</sup>

Merece destacar también otros personajes de la historia que cometieron actos suicidas y que marcaron la misma. Tal es el caso de Adolf Hitler, bien conocido como el líder Nazi Alemán, instaurando una dictadura sanguinaria que finalmente acabó con la segunda guerra mundial, y con su vida. Existen diversas versiones con respecto al suicidio de Hitler, algunas hipótesis indican que el dictador no cometió suicidio, sino que escapó a la Argentina, donde vivió posteriormente los últimos años de su vida, mientras que otras investigaciones estiman que se suicidó junto a su esposa. El psiquiatra Henry Murray realizó el primer perfil psiquiátrico del que se tiene constancia de Adolf Hitler, en el año 1943 y lo describió con características de histeria, neurosis, esquizofrenia, paranoia, compulsivismo, altamente confiado en sí mismo, con pensamientos de grandeza hacia su persona y extremadamente perseverante ante la derrota. También añadió detalles hacia la raíz de su carácter y personalidad, y es que procedía de los abusos que cuando niño sufrió por parte de su padre, que su niñez y adolescencia se vieron marcadas por un maltrato constante de parte de sus progenitores.<sup>30</sup>

Por otra parte está la historia de Vincent Van Gogh, quien podría considerarse uno de los pintores más famosos de todos los tiempos, el cual se quitó la vida en 1890 con un revólver en el pecho. La historia lo define con rasgos paranoides, ideas de suicidio, episodios epilépticos, delirios, episodios psicóticos, alucinaciones visuales y auditivas.<sup>31</sup>

El caso de Virginia Wolf, una de las influencias más importantes en la literatura Inglesa, e ícono del feminismo, fué una figura intelectual importante durante el siglo XX, la cual se quitó la vida arrojándose al río Ouse con los bolsillos de su abrigo llenos de piedras. Virginia padecía una especie de trastorno bipolar, se describió con conductas disruptivas, en estado psicótico y depresivo variable, manía, tenía episodios de inanición, miedo a las relaciones sexuales y repulsión hacia su propio cuerpo.<sup>32</sup>

El caso del dominicano y ex presidente de la República, Silvestre Antonio Guzmán Fernández, quien se suicidó en el palacio presidencial el 4 de julio de 1982. Existen varias hipótesis con respecto a la muerte del mandatario. Según cuenta el también ex presidente de la república, el Dr. Joaquin Balaguer en su obra «Memorias de un cortesano de la Era de Trujillo» se reunió con el entonces presidente Guzmán, donde este le expresó una profunda preocupación y que se

sentía atormentado por los resultados de las últimas elecciones celebradas en el país.<sup>33</sup> Por otra parte el periodista Carlos Cepeda, en su libro «Los que mataron a Antonio Guzmán» definió al ex mandatario en un estado depresivo, decepcionado por la política.<sup>34</sup>

En la República Dominicana las fuentes históricas sobre el suicidio son escasas. El historiador dominicano Dr. Roberto Cassá en sus obras sobre los aborígenes habla de los suicidios colectivos que cometían éstos como resistencia hacia los Españoles, que trataban vivamente de confrontarlos. Así lo hace constar en un boletín del Archivo General de la Nación.<sup>35</sup>

#### IV.2.2. Definición

El suicidio, tal como lo define el CDC, es la muerte por un acto de violencia contra uno mismo con la intención de morir.<sup>36</sup> Existen múltiples factores influenciados en la decisión de cometer un acto suicida pero bien es cierto que existen poblaciones con mayor susceptibilidad como son aquellos que presentan lo que se define como factores de riesgo las cuales representan las características que facilitan una consideración, intento o muerte por suicidio. No pueden causar ni predecir un intento de suicidio, pero es importante tenerlos en cuenta.<sup>37</sup> Un intento de suicidio es una serie de acciones iniciadas por el mismo individuo y que inicialmente se espera conduzcan a su propia muerte.<sup>5</sup>

Dichos factores de riesgos pueden variar según la edad, la demografía, el sexo e incluso la religión pero dentro de los que tienen una mayor prevalencia podemos destacar historia familiar o propios de intentos de suicidio, tendencia a conductas impulsivas o agresivas, abuso de sustancias, abuso sexual, víctimas de violencia y aquellos que presentan historia familiar o antecedentes personales de enfermedades y trastornos mentales como los desorden de personalidad.<sup>38</sup>

El intento de suicidio es una de las únicas opciones que sienten disponibles las personas que no cuentan con los recursos suficientes en el proceso resolutorio de situaciones, tal como aquellas son marginadas de su entorno familiar, que tienen un sentimiento de inutilidad o que no pueden hacer frente a la realidad.<sup>39</sup>

La conducta suicida se clasifica por el tipo de violencia que se usa, es decir, un intento suicida por sobredosis con una sustancia ya sea legal o ilegal, se considera

un método no violento a diferencia de un intento o un acto suicida llevado a cabo a través de el uso de un arma de fuego.<sup>5</sup>

Si las actitudes suicidas ocurrieron de 12-24 meses anteriormente a la evaluación del individuo, se estima que el padecimiento se encuentra inicialmente en remisión. Si un individuo continúa en riesgo de más intentos suicidas, pensamiento y muerte dentro de los 24 meses del intento de suicidio, esto se define como "remisión inicial" de acuerdo con el comportamiento.<sup>5</sup>

Es importante destacar que suicidio, intento suicidio y conducta parasuicida no son terminos que se refieren a las mismas situaciones como se pudo ver con suicidio y con intento suicidio antes definidos y con conducta parasuicida ya que esta ultima se define como la conducta o la acción autodestructivo, que tiene como fin cambiar una situación, con el conocimiento y la creencia, de que la conducta no lo va a llevar a la muerte. <sup>40</sup>

Los trastornos de la personalidad representan un riesgo para las conductas suicidas ya sea si lo presentan como enfermedad principal o como comorbilidad.<sup>41</sup>

#### IV.2.3. Etiología

El suicidio suele estar relacionado con alguna patología psiquiatrica de base y/o situaciones emocionales que puede afectar al individuo, por lo cual su etiología consiste en multiples factores donde cada uno puede llevar a la presencia de pensamientos o a cometer el acto suicidio. Podemos hablar de que existen múltiples causas como son las sociológicas, psicológicas, genéticas y/o biológicas.

Al hablar desde la perspectiva psicológica debemos resaltar que no existe un patrón o estructura de personalidad asociada al suicidio, pero bien es cierto que podemos conocer de manera extensa a las personas suicidas al observar su comportamiento al imaginar su muerte y como impactará a quienes les conocen y las consecuencias que tendrá su muerte ya que es muy común que tengan sentimientos encontrados con respecto a cometer el suicidio. <sup>24</sup>

Al hablar de los factores sociológicos nos referimos a la circunstancia en la que se desenvuelve el individuo y como influye en su comportamiento. En esta área la primera contribución de importancia la hizo el sociólogo Émile Durkheim a finales del siglo XIX. Este sociólogo dividió el suicidio en tres categorías desde la



perspectiva social: egoístas, altruistas y anómicas; la primera es aplicada a los individuos que no se encuentran totalmente integrados en ningún grupo social, luego tenemos los suicidios altruistas que se refieren a las personas que tienen tendencias al suicidio debido a que están extremadamente integrados a un grupo y comete el acto suicida en honor a dicho grupo y, por último, tenemos el suicidio anómico cuyo término se aplica a las personas que su integración a un grupo está afectada porque no pueden cumplir las normas comunes de conducta ya que así mismo se trata a la inestabilidad social y a la pérdida de los valores sociales.<sup>20</sup>

Pero si bien es cierto que la causa principal de suicidio está relacionada a las enfermedades psiquiátricas como pasa con los trastornos de personalidad los cuales tienen por igual etiologías de origen genético, biológico y psicoanalítico. Un estudio de 15.000 gemelos en los Estados Unidos confirmó la existencia de un factor genético que muestra que la proporción de gemelos idénticos es mayor que la de gemelos fraternos, e incluso cuando los gemelos idénticos se criaron en espacios y con costumbres diferentes eran similares a los que crecieron juntos. Se ha detectado una asociación genética con los desórdenes de personalidad de la clase A en personas con historia familiar de esquizofrenia, los trastornos del grupo B están relacionados con trastorno de uso de sustancias y los desórdenes del grupo C se han asociado a presentar historia de ansiedad.<sup>21</sup>

A nivel biológico podemos hablar de los aspectos hormonales, neurológicos y electrofisiológicos. En el aspecto hormonal las personas con impulsividad suelen presentar cantidades altas de testosterona, 17-estradiol y estrona; de igual forma, en ciertas personas con diagnóstico esquizotípico también se ha visto cantidades disminuidas de Monoaminoxidasa plaquetaria (MAO) plaquetaria.<sup>42</sup>

El componente genético del suicidio ha sido investigado en toda la cadena de estudios epidemiológicos: en estudios de cadenas familiares, en gemelos, en estudios de adopción, de ligamiento y en los análisis de segregación. Adicionalmente, se ha demostrado que la herencia del suicidio es independiente de la herencia de los trastornos psiquiátricos que se encuentran asociados al suicidio. Así mismo es importante la investigación sobre adopciones, que a menudo muestra que el riesgo de desarrollar tal comportamiento depende más del padre biológico que del padre adoptivo.<sup>42</sup>

#### IV.2.4. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud realizó en el 2020 un estudio sobre las estimaciones por año de suicidios en el mundo. De manera general el suicidio representa una problemática prevenible, cada año mueren un estimado de 703,000 personas en el mundo, lo que cataloga el suicidio como un asunto a tratar, buscando definitivamente reducir estas cifras. Se realizaron estimados en base a estudios anteriores de la Organización que datan desde el año 2000 hasta el 2019, con demás evidencia encontrada hasta finales del 2020, añadiendo subclasificaciones como el sexo, la región, los factores económicos, edad, entre otros, que son factores de riesgo para cometer un acto suicida que pueda o no ser consumado.<sup>43</sup>

Globalmente, un 77 por ciento de los actos suicidas ocurren en naciones con ingresos de medianos a bajos, así como en países en desarrollo. Un 58 por ciento de los suicidios consumados se realizaron antes de los 50 años de edad. Se evidenció que el suicidio fue la cuarta causa de muerte más común en pacientes entre los 15 y los 30 años de edad, sólo siendo superadas por los accidentes de tránsito, la tuberculosis y la violencia interpersonal.<sup>43</sup>

La clasificación global ubicó al sexo masculino como predominante, con una estimación de 12.6 por cada 100,000 habitantes, por encima del sexo femenino, que se estimó un 5.4 por cada 100,000 habitantes. De manera que las clasificaciones más altas por países se ubicaron en un 10 por cada 100,000 habitantes en femeninas, mientras que en masculinos se observó un 45 por cada 100,000 habitantes.<sup>43</sup>

Se pudo evidenciar que las tasas de suicidio por edad han descendido en regiones como el Este Mediterráneo, la región Europea y el Pacífico Oeste, con unos niveles porcentuales de 17 por ciento, 47 por ciento y 49 por ciento. Se observó un aumento del 17 por ciento en la región de las Américas durante este período de tiempo.<sup>43</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2019 la República Dominicana presentó un estimado de 530 muertes, siendo 99 femeninas y 431 masculinos.<sup>43</sup> De acuerdo con el Ministerio de Interior y Policía de la República Dominicana en el 2019 se registraron unos 607 suicidios en territorio nacional, siendo 86 femeninos y

521 masculinos. El método más presentado fue el ahorcamiento, como segundo se presentó el envenenamiento con sustancias tóxicas. Las tres provincias donde se registraron la mayor cantidad de suicidios fueron Santo Domingo y el Distrito Nacional con 169, Santiago con 85, y La Vega con 40.<sup>12</sup>

En el año 2020 las cifras totales fueron de 597, siendo 98 femeninas y 499 masculinos. De igual forma el método más utilizado fué el ahorcamiento con un total de 392. Las provincias con los mayores índices fueron Santo Domingo y el Distrito Nacional con 104 y 57 respectivamente, Santiago con 81 y La Vega con 38, seguido muy de cerca por San Cristóbal con 33 suicidios en el 2020 registrados.<sup>12</sup>

La data que ofrece el Ministerio de Interior y Policía del 2021 abarca desde enero hasta el mes de junio, para un total de 303 suicidios, siendo 29 femeninas y 274 masculinos. El método más empleado fué el ahorcamiento con 189. Las provincias que registraron un mayor número de casos fueron Santo Domingo y el Distrito Nacional con 51 y 27 respectivamente, seguido por Santiago con 33 y La Vega y San Cristóbal con 22 y 20 respectivamente.<sup>12</sup>

#### IV.2.5. Fisiopatología o neurobiología

En el aspecto neurológico, debemos destacar que la disminución en los niveles serotoninérgicos a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) se asocia con el suicidio. El Instituto Karolinska de Suecia fue el primero en demostrar que las concentraciones reducidas de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el Líquido Cefalorraquídeo Lumbar (LCR), un metabolito de la serotonina, están asociadas con el comportamiento suicida. Este hallazgo se ha evidenciado en múltiples casos y en diferentes grupos diagnósticos.<sup>20</sup>

A nivel neuronal las endorfinas desempeñan una función importante en las enfermedades mentales en donde niveles altos de estas se caracterizan con un carácter flemático y los estudios realizados indican que hay una función activadora de estos neurotransmisores. Por igual que antes mencionado en la etiología del suicidio aquí podemos ver que las concecetraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) se encuentran en niveles bajos.<sup>20</sup>

La triptófano hidroxilasa (TPH) es una enzima implicada en la biosíntesis de la serotonina. Se ha detectado un polimorfismo con dos alelos (U y L) en el gen TPH

humano. Así mismo, se observó con mayor frecuencia un historial de múltiples intentos de suicidio en individuos con el genotipo LL y en menor cantidad en aquellos con el genotipo UL. Esta información indica que el alelo L se estaba asociado a actitudes suicidas reiteradas. La aparición del alelo TPH\*L consigue indicar una menor capacidad para hidroxilar el triptófano y obtener 5-hidroxitriptófano en la síntesis de la serotonina, lo que podría determinar un menor recambio central de la serotonina y, como resultado una disminución en la concentración de 5-HIAA en el LCR.<sup>20</sup>

#### IV.2.6. Cuadro clínico

El comportamiento suicida se refiere no solo a la acción que causa la muerte, sino también a las acciones realizadas con la intención de culminar la vida pero que no lograron cumplir con el objetivo. Comprende una variedad de conductas que van desde los pensamientos suicidas hasta la consumación del suicidio pasando por planes e intentos suicidas, así como el conocido suicidio indirecto, que hace referencia a las personas cuyo estilo de vida se caracteriza por constantes situaciones de riesgo físico.<sup>44</sup>

Los suicidios consumados tienden a usar métodos que son más violentos y fatales que los intentos de suicidio, así como el método más común para los intentos de suicidio es el envenenamiento por drogas u otras sustancias. Los métodos más utilizados para un suicidio consumado o un atentado suicida, van a variar dependiendo de múltiples factores como son la edad, el sexo y por factores sociodemográficos.<sup>44</sup>

#### IV.2.7. Factores de riesgo

Hay factores de riesgo que al conocerlos e identificarlos ayudan al diagnóstico y la orientación adecuada en beneficio al paciente y así estar siempre alerta.

Algunos de los principales factores de riesgo suicida son los pacientes con ideas suicidas, los que presentan antecedentes personales de intentos suicidas previos o antecedentes personales de trastornos psiquiátricos como trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad y de ansiedad, y personas con tendencias impulsivas. Aquellos pacientes con enfermedades médicas invalidantes

o de evolución tórpida, con mal pronóstico y dolor crónico. Si se tiene historia familiar de depresión, intentos suicidas o suicidio consumado, las personas que carecen de lazos afectivos significativos y redes de apoyo social. Otro factores de riesgo son la disfunción familiar, condiciones socioeconómicas adversas (desempleo, precariedad económica).<sup>45</sup>

En el caso de los jóvenes, existen riesgos particulares debido a los desafíos que enfrentan: deseos encontrados de estar más cerca de la familia o lograr una distancia emocional; conflictos relacionados con los padres, hermanos, compañeros y la escuela; y las experiencias en las relaciones románticas. En el caso de adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales corren un riesgo aún mayor, aunque no se dispone de estadísticas precisas.<sup>45</sup>

Respecto a los factores étnicos en general se observan tasas más bajas de suicidio en las comunidades de personas de color que entre las comunidades de raza blanca en Estados Unidos. En general, los ciudadanos de raza blanca tienen el doble de posibilidad de cometer suicidio que los de otras razas. Y en términos de religión, los católicos tienen menos posibilidad de cometer suicidio que los protestantes o los judíos.<sup>45</sup>

Bien es cierto que el estado civil también ejerce cierto efecto sobre las tasas de suicidio. Se observó una tasa más alta de suicidio entre aquellos que habían estado casados anteriormente pero enviudaron o se divorciaron cuando decidieron terminar con sus vidas. Y cuanto más alto es el nivel social de una persona, mayor es el riesgo de suicidio. Entre más grande es la caída, mayor es el riesgo. El trabajo protege en contra del suicidio, aunque ciertas ocupaciones se asocian con mayor riesgo del mismo.<sup>24</sup>

#### IV.2.8. Tratamiento

La mayoría de los suicidios de los pacientes con diagnósticos mentales y los que no se pueden prevenir, y esto se debe a que hay evidencia que muestran que el suicidio está asociado frecuentemente con una evaluación o un tratamiento inadecuado respectivamente. Algunos pacientes experimentan un dolor tan grande e intenso, o tan prolongado y resistente al tratamiento, que su suicidio puede considerarse como inevitable; por fortuna, estos casos relativamente son

infrecuentes. Otros tienen graves trastornos de la personalidad, son muy impulsivos y se suicidan espontáneamente, a menudo en un estado de irritabilidad o intoxicación, o ambos.<sup>45</sup>

#### IV.2.9. Prevención

El suicidio es un acto prevenible, dicho esto la tasa de suicidios anteriormente descrita sigue siendo una problemática para los organismos de salud tanto nacionales como internacionales, la sociedad se ha visto lacerada por estos actos que se pueden prevenir al 100%. En el 2001 se creó la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio, posteriormente en 2012 se realizó una revisión y modificación de la misma, donde se detallan 13 objetivos y 60 metas para la prevención del suicidio. Así mismo la estrategia busca transformar los sistemas de salud deficientes con respecto al suicidio, transformar las comunidades y entablar una conversación directa y clara con respecto al suicidio. De igual forma la investigación y el manejo continuo de datos, así mismo con el acceso a testimonios de experiencia por individuos que hayan cometido actos parasuicidas o un suicidio no consumado le da visibilidad al tema del suicidio. La idea a nivel de la comunidad es que se comprenda el suicidio como una problemática, con las herramientas correctas de cómo prevenirlo y empoderando a los individuos dándoles un rol activo en sus comunidades abriendo paso al diálogo.<sup>46</sup>

Las metas propuestas por la estrategia nacional para prevención del suicidio son las siguientes:

1. incorporar y clasificar los esfuerzos para prevenir el suicidio en múltiples entornos y sectores.
2. Aplicar esfuerzos de comunicación informados por investigaciones diseñados para prevenir el suicidio mediante el cambio de conocimientos, actitudes y comportamientos.
3. Aumentar la educación sobre los factores que dan protección frente a conductas suicidas y que favorecen el bienestar y la recuperación.
4. Promocionar la cobertura mediática responsable del suicidio, la representación precisa del mismo y de la enfermedad mental en la industria del entretenimiento y la seguridad del contenido en línea que tiene relación con el suicidio.

5. Crear, aplicar y supervisar programas efectivos para la promoción de la salud y la prevención del suicidio y las actitudes relacionadas.
6. Promover esfuerzos para la reducción al acceso a medios potencialmente letales para el suicidio entre personas con riesgo de suicidio identificado.
7. Ofrecer mejor preparación a los que ofrecen servicios clínicos y en las comunidades sobre la prevención del suicidio y comportamientos asociados.
8. Hacer de la prevención del suicidio una parte central de la atención médica.
9. Fomentar y aplicar prácticas clínicas y profesionales efectivas para la evaluación y tratamiento de personas en riesgo de conducta suicida.
10. Ofrecer atención y apoyo a las personas afectadas por el suicidio y buscar el promover la curación y aplicar estrategias comunitarias para ayudar a evitar futuros suicidios.
11. Mejorar oportunidades y eficacia de los sistemas de vigilancia que estén relacionados con la prevención del suicidio y la capacidad de recopilación, análisis y utilización de dicha información para la acción.
12. Promocionar y fomentar la investigación referida a prevenir el suicidio.
13. Valorar la impresión y eficacia de la participación y los sistemas para prevenir el suicidio y resumir y difundir los resultados.<sup>47</sup>

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>Variables</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Sexo	Una condición fenotípica determinada de manera genética que determina el género al que pertenece algún individuo.	Masculino y femenino.	Nominal.
Edad	Tiempo que transcurre desde que se nace hasta el momento donde se realiza el estudio.	Años cumplidos.	Numérica.
Nivel educativo	Es el nivel más alto de educación que una persona ha obtenido.	Analfabeto, primaria, secundaria y superior.	Ordinal.
Ocupación	Agrupación de tareas laboriosas que se verán definidas por el desarrollo de algún tecnicismo, de una división laboral y la tecnología.	Trabajo que realiza en el tiempo de la investigación.	Nominal.



Estado civil	Situación que define el estado marital del individuo.	Soltero Casado Viudo Divorciado	Nominal.
Procedencia	Es el lugar originario de la persona a participar en la investigación.	Provincia.	Nominal.
Motivo de ingreso	Se refiere a la razón que desencadena el ingreso del paciente en la unidad de intervención en crisis.	Intento suicida. Cuadro psicótico. Cuadro depresivo grave. Conducta violenta y agresiones. Dependencia de sustancias tóxicas.	Nominal.
Diagnóstico	Se refiere al diagnóstico psiquiátrico de base de algún trastorno de la personalidad.	Grupo A Paranoide Esquizoide Esquizotípico  Grupo B Antisocial Límite Histrionico Narcisista  Grupo C Dependiente Evasivo	Nominal.

		Obsesivo-Compulsivo.	
Conducta suicida	Es la acción autodestructiva, que tiene como fin llevar a la muerte.	Presente Ausente	Nominal
Métodos de intento suicida	Técnicas utilizadas para quitarse la vida o hacerse daño.	Ahorcamiento, ahogamiento, intoxicación medicamentosa, elementos cortopunzantes o armas de fuego.	Nominal
Conductas autolesivas	Conductas que el individuo ejerce sobre sí mismo con el objetivo de hacerse daño sin intención de quitarse la vida.	Presente Ausente	Nominal.
Método de la conducta autolesiva	Técnica usada sobre sí mismo con el objetivo de hacerse daño sin intención de quitarse la vida.	Ahogamiento Ahorcamiento Intoxicación medicamentos Elementos cortopunzante Armas de fuego	Nominal.
Escala de riesgo	Categorización del riesgo basado en la escala de Plutchik.	Bajo riesgo 6 Alto riesgo o 6	Numérico

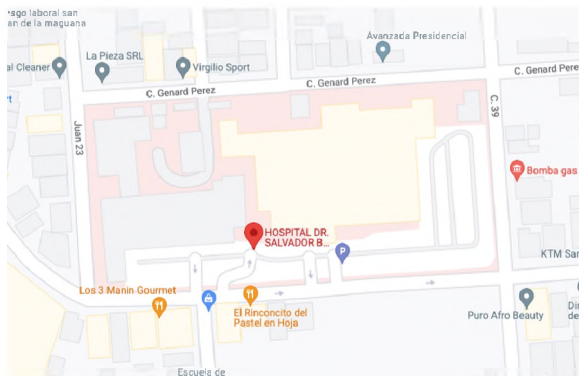
## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de recolección de datos prospectivos con el propósito de realizar la valoración del riesgo suicida entre los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo junio - noviembre de 2022.

### VI.2 Área de estudio

Esta investigación se realizó en C. Alexander Fleming 177, Esq, Santo Domingo 10514 en las instalaciones del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en la unidad de intervención en crisis en el periodo Junio - Noviembre. Se encuentra delimitado al norte por la calle Genard Perez; al este, la calle 39; al oeste, por la calle Juan 23 y al sur, por la calle Alexander Fleming.



Mapa cartográfico



Vista aérea

### VI.3 Universo

El universo estuvo conformado por todos los pacientes que acudían a la unidad de intervención en crisis del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante junio - noviembre del 2022.

### VI.4 Muestra

La muestra estuvo constituida por los pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad que acudieron a la unidad de intervención en crisis del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier durante junio - noviembre del 2022.

## VI.5 Criterios

### VI.5.1 De inclusión

1. Pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad.
2. Adultos ( $\geq$  18 años).
3. Ambos sexos.
4. Pacientes que presentan ideación o algún gesto suicida o intento fallido.
5. Pacientes dispuestos a participar en la entrevista para la realización de este estudio.

### VI.5.2 De exclusión

1. Oposición a ser parte del estudio.
2. Quienes no firmen el consentimiento informado.
3. Llenado incorrecto de los formularios.
4. Pacientes sin diagnóstico establecido de trastorno de la personalidad.
5. Menor a 18 años.
6. Pacientes con impedimentos en la comunicación, verbalización, comprensión básica de lectura.
7. Pacientes con trastornos en el desarrollo intelectual y pacientes del espectro autista.

## VI.6 Instrumento de recolección de datos

Se confeccionó un formulario para los datos de la investigación el cual ha sido diseñado por los sustentantes. El cuestionario tiene un formato 8 y  $\frac{1}{2}$  x 11 y contiene seis preguntas, tres de completa y tres de selección múltiple que son preguntas relacionadas con las variables influyentes del tema.

También se utilizó un instrumento estandarizado que incluía los criterios diagnósticos del DSM-V para trastornos de la personalidad que posteriormente se evaluó con la escala de riesgo suicida de Plutchik está basada en la evaluación de intentos de suicidio previos, intensidad actual de pensamientos suicidas, estado depresivo, sentimiento de desesperanza y demás. Se puntúa asignando un valor

de 1 a todas las respuestas positivas y 0 a las negativas. Una puntuación superior a 6 indica alto riesgo de suicidio.<sup>48</sup>

#### VI.7 Procedimientos

Luego de el anteproyecto ser aprobado por la unidad de investigación de la facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) se procedió a someter a la Unidad de Enseñanzas del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier para su revisión y posterior aprobación, con el fin de obtener permisos para la recolección de datos de este trabajo de investigación.

Los pacientes fueron seleccionados en el área de internamiento de la unidad de intervención en crisis. Acompañados de un familiar para que leyeran y firmaran el consentimiento informado que se les entregó. Luego se procedió a aplicarles el formulario de investigación elaborado por los sustentantes y a la vez se le aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik. Esto se realizó en un medio donde todo fué confidencial y con respeto destacando que estos cuestionarios son totalmente anónimos con el fin de que los datos obtenidos sean verídicos y seguros. Este proceso se realizó desde junio a noviembre del año 2022.

#### VI.8 Tabulación

Los datos e información que se obtuvieron fueron sometidos y procesados mediante el uso de tablas y gráficas en pastel y barras.

#### VI.9 Análisis

Las informaciones que se obtuvieron en la investigación fueron analizadas mediante frecuencia simple.

#### VI.10 Aspectos éticos

El actual estudio fue realizado apegándose a las reglas éticas internacionales, incluidos los aspectos relevantes de la declaración de Helsinki<sup>49</sup> y las pautas del consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS).<sup>50</sup> El protocolo del estudio y los instrumentos creados para este fueron sometidos para ser revisados por los asesores clínico y metodológico, a través de la escuela de

medicina y de la coordinación de la unidad de investigación de la universidad, así como a la unidad de enseñanza del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier cuya aprobación fue un requisito para el inicio del proceso de recolección y edificación de los datos.

## VII. RESULTADOS

Tabla 1. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según la edad.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
18	3	16,67%
19	3	16,67%
21	3	16,67%
23	3	16,67%
25	1	5,56%
27	1	5,56%
29	1	5,56%
34	1	5,56%
39	1	5,56%
46	1	5,56%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Gráfico 1.

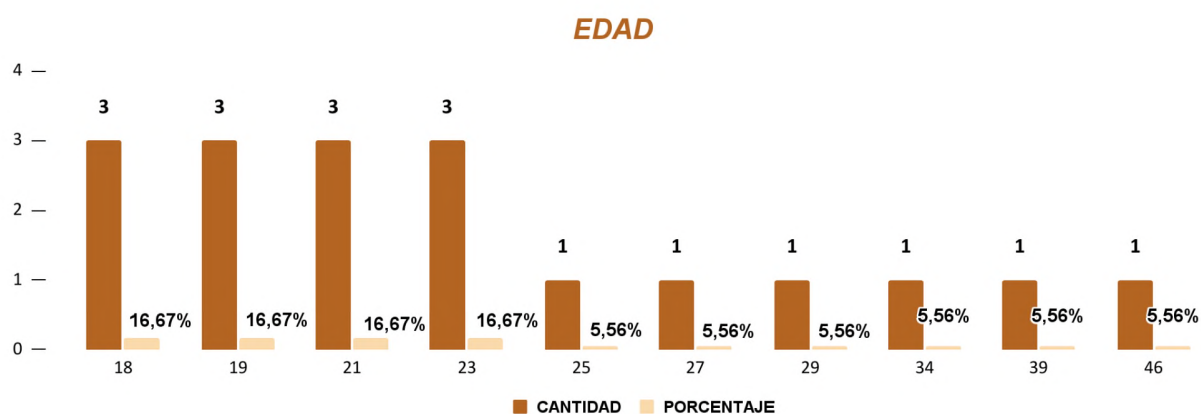


Tabla 2. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el sexo.

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	13	72,22%
MASCULINO	5	27,78%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

### SEXO

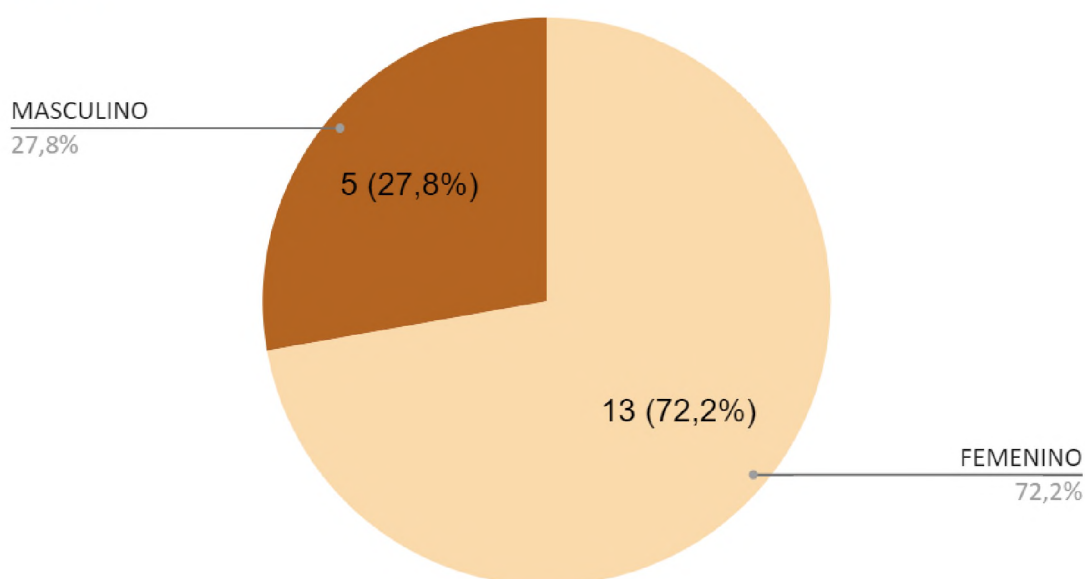


Gráfico 2.

Tabla 3. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según la procedencia.

PROCEDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SD	11	61,11%
Baní	1	5,56%
San Cristóbal	3	16,67%
Higüey	1	5,56%
Venezuela	1	5,56%
Puerto Rico	1	5,56%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.



### PROCEDENCIA

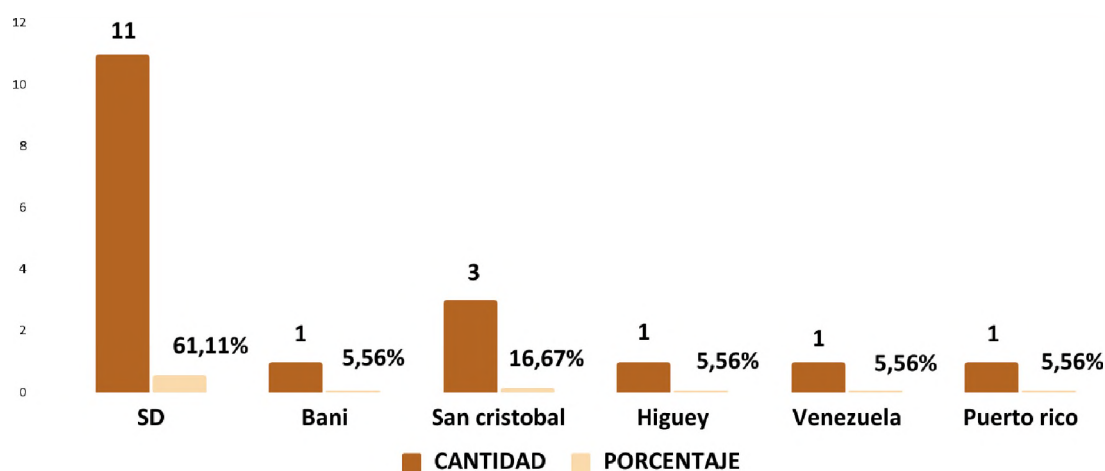


Gráfico 3.

Tabla 4. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según la ocupación.

OCUPACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Digitación	2	11,11%
Estudiante	6	33,33%
Desempleada	2	11,11%
Cajera	1	5,56%
Músico	1	5,56%
Carpintero	1	5,56%
Servicio al cliente	1	5,56%
Asistente Administrativa	1	5,56%
Asistente de Plomería	1	5,56%
Secretaria	1	5,56%
Emprendedora	1	5,56%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

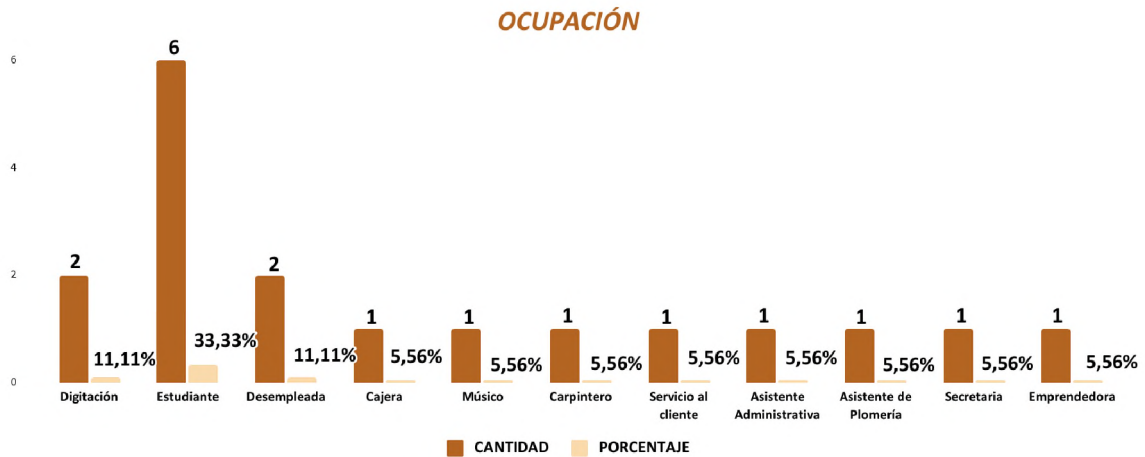


Gráfico 4.

Tabla 5. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el estado civil.

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Casado	0	0,00%
Soltero	16	88,89%
Viudo	1	5,56%
Divorciado	1	5,56%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

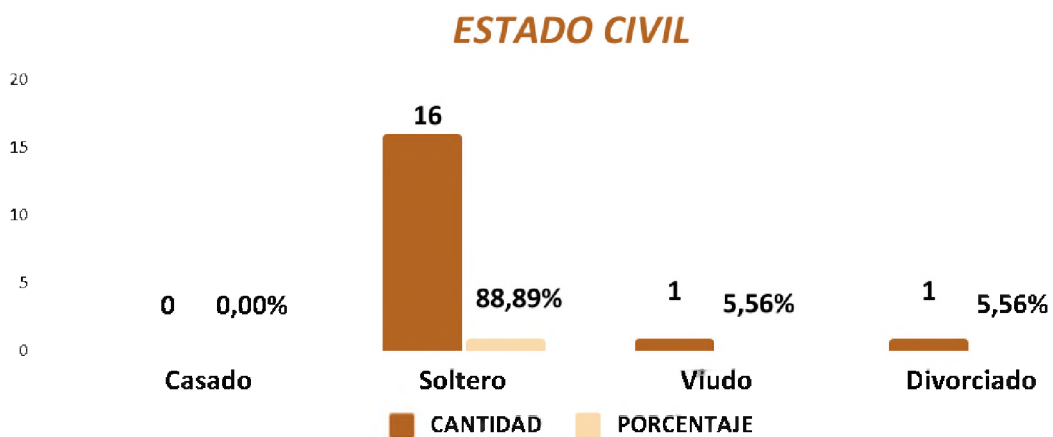


Gráfico 5.

Tabla 6. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el nivel educativo.

NIVEL EDUCATIVO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Primaria	3	16,67%
Secundaria	10	55,56%
Superior	3	16,67%
Analfabeta	2	11,11%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

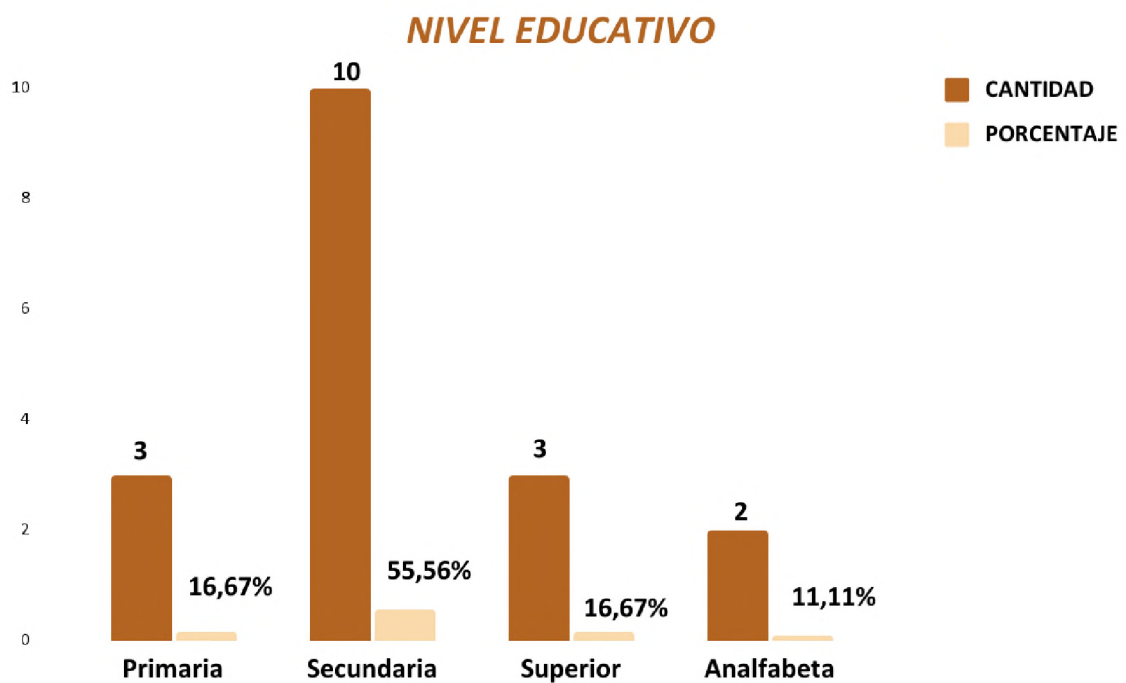


Gráfico 6.

Tabla 7. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el motivo de ingreso.

MOTIVO DE INGRESO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Episodio psicótico	1	5,56%
Intento Suicida	17	94,44%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

### **MOTIVO DE INGRESO**

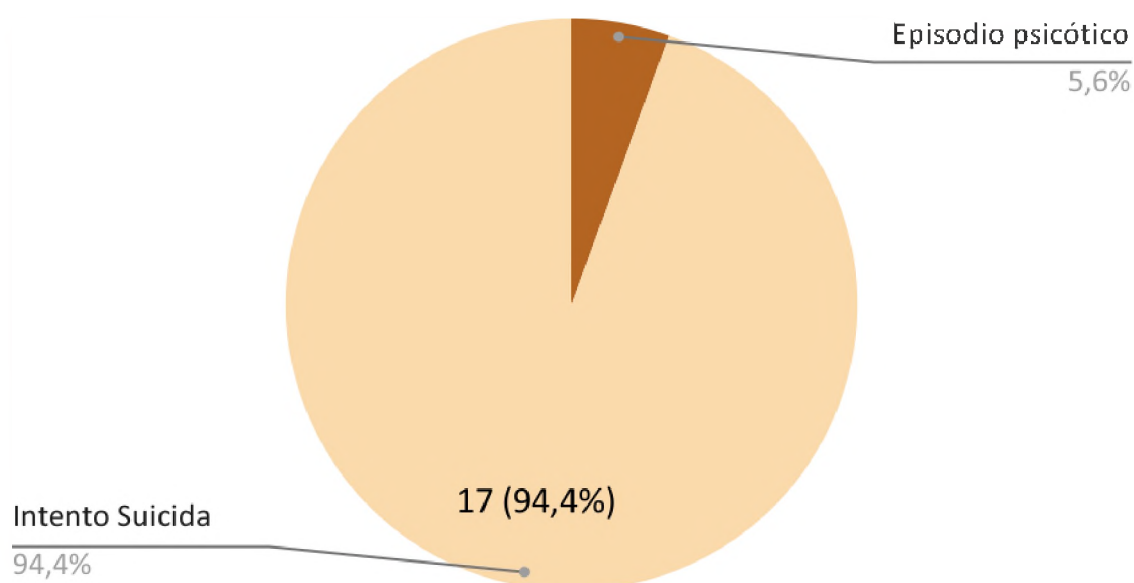


Gráfico 7.

Tabla 8. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el trastorno de personalidad.

TRASTORNO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Esquizoide	2	11,11%
Límite	11	61,11%
Antisocial	1	5,56%
Narcisista	1	5,56%
Esquizotípico	2	11,11%
Dependiente	1	5,56%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

### DIAGNÓSTICO

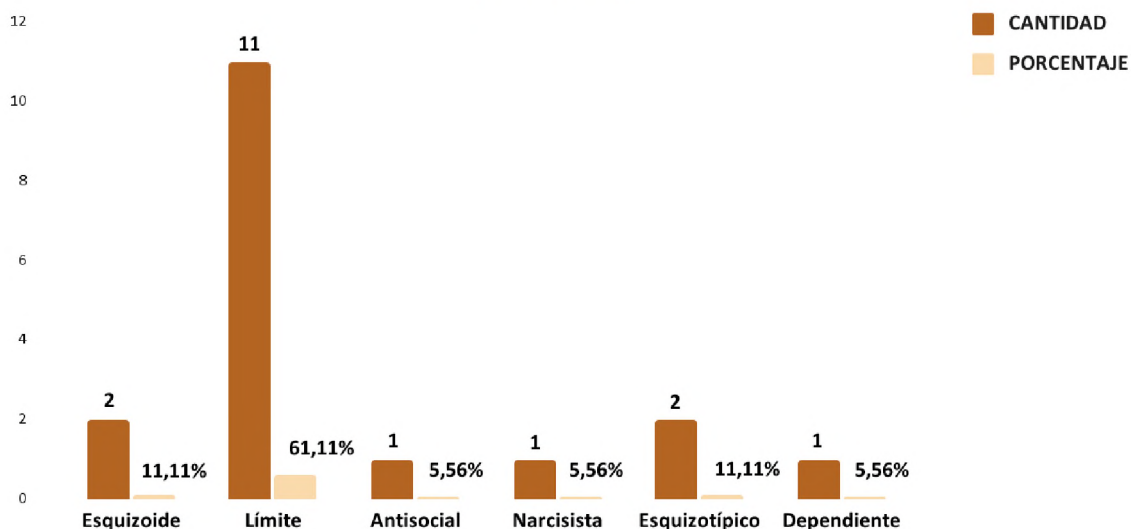


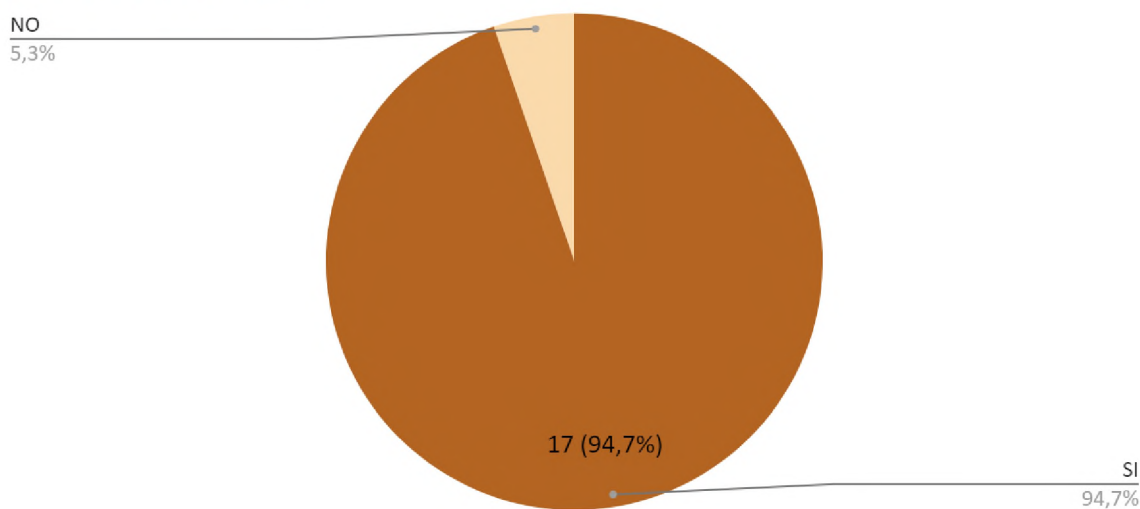
Gráfico 8.

Tabla 9. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según la presencia de conducta suicida.

CONDUCTA SUICIDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	1	5,56%
SI	17	94,44%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

### CONDUCTA SUICIDA

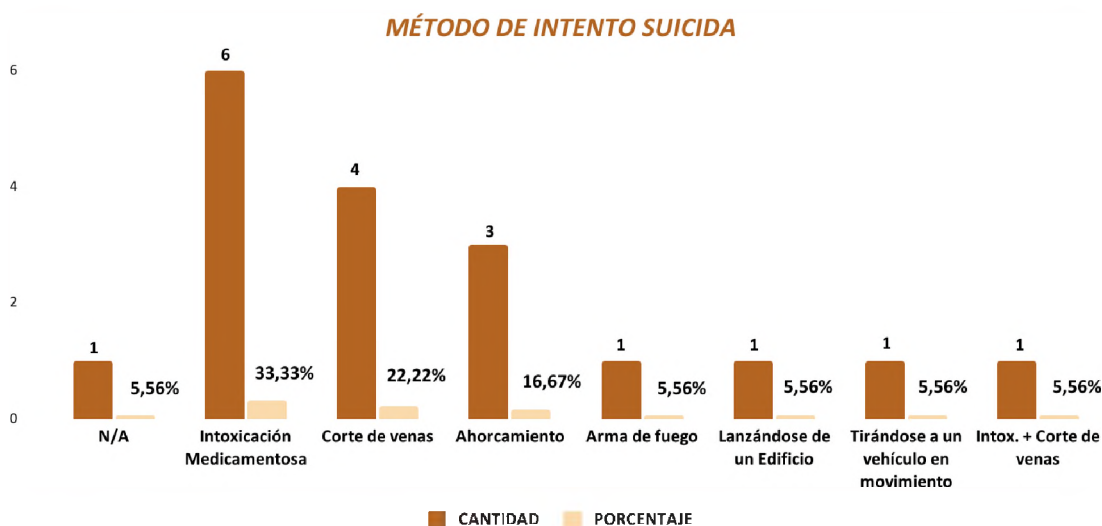


Gráfica 9.

Tabla 10. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el método suicida.

MÉTODO DE INTENTO SUICIDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
N/A	1	5,56%
Intoxicación Medicamentosa	6	33,33%
Corte de venas	4	22,22%
Ahorcamiento	3	16,67%
Arma de fuego	1	5,56%
Lanzándose de un Edificio	1	5,56%
Tirándose a un vehículo en movimiento	1	5,56%
Intox. + Corte de venas	1	5,56%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.



Gráfica 10.

Tabla 11. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el método suicida de acuerdo al trastorno.

Método suicida según el trastorno	Trastorno Esquizoide	Trastorno Esquizotípico	Trastorno Antisocial	Trastorno Límite	Trastorno Narcisista	Trastorno Dependiente
N/A	1	-	-	-	-	-
Intoxicación Medicamentosa	-	1	-	4	1	-
Corte de venas	-	1	1	2	-	-
Ahorcamiento	-	-	-	2	-	1
Arma de fuego	1	-	-	-	-	-
Lanzándose de un Edificio	-	-	-	1	-	-
Tirándose a un vehículo en movimiento	-	-	-	1	-	-
Intox. + Corte de venas	-	-	-	1	-	-
TOTAL	2	2	1	11	1	1

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

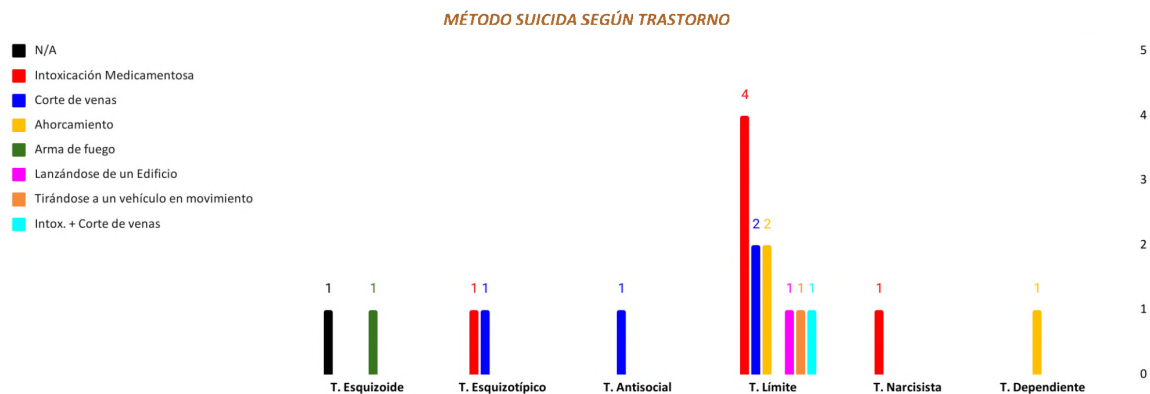


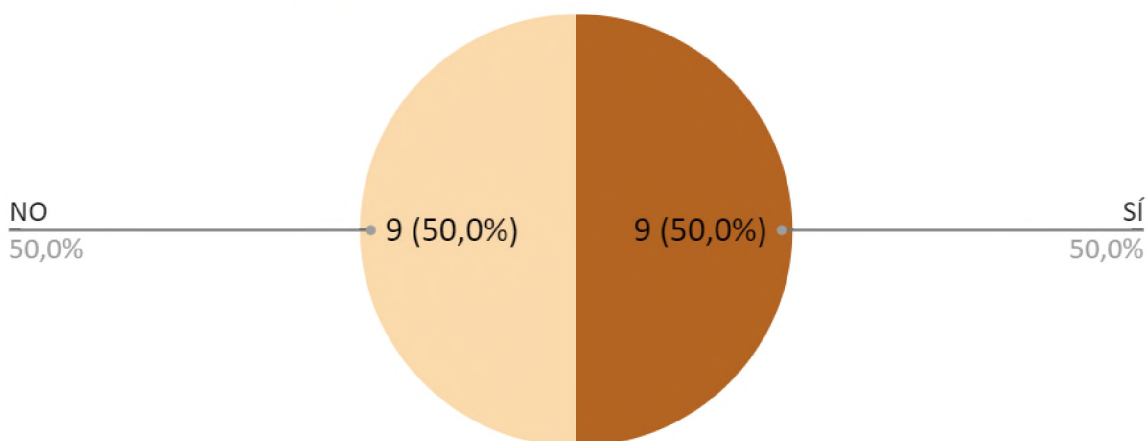
Gráfico 11

Tabla 12. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según la conducta autolesiva.

CONDUCTA AUTOLESIVA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SÍ	9	50,00%
NO	9	50,00%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

## CONDUCTA AUTOLESIVA



Gráfica 12.

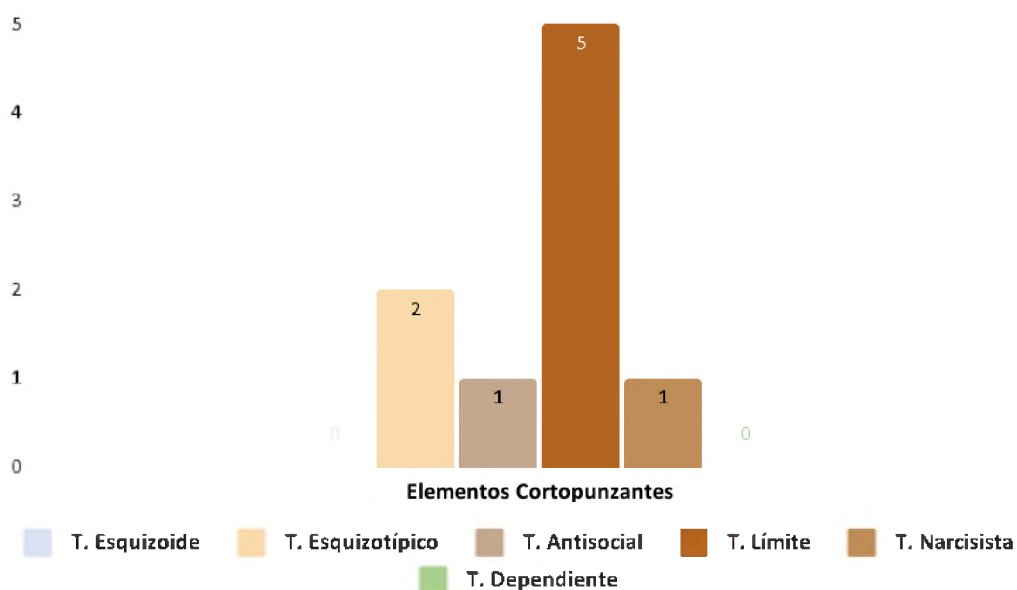
Tabla 13. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 de acuerdo al método autolesivo según el trastorno.

Método autolesivo de acuerdo al trastorno	Trastorno Esquizoide	Trastorno Esquizotípico	Trastorno Antisocial	Trastorno Límite	Trastorno Narcisista	Trastorno Dependiente
N/A	2	0	0	6	0	1
Elementos Cortopunzantes	0	2	1	5	1	0
TOTAL	2	2	1	11	1	1

Fuente: Instrumento de Recolección de datos



### MÉTODO AUTOLESIVO SEGÚN TRASTORNO



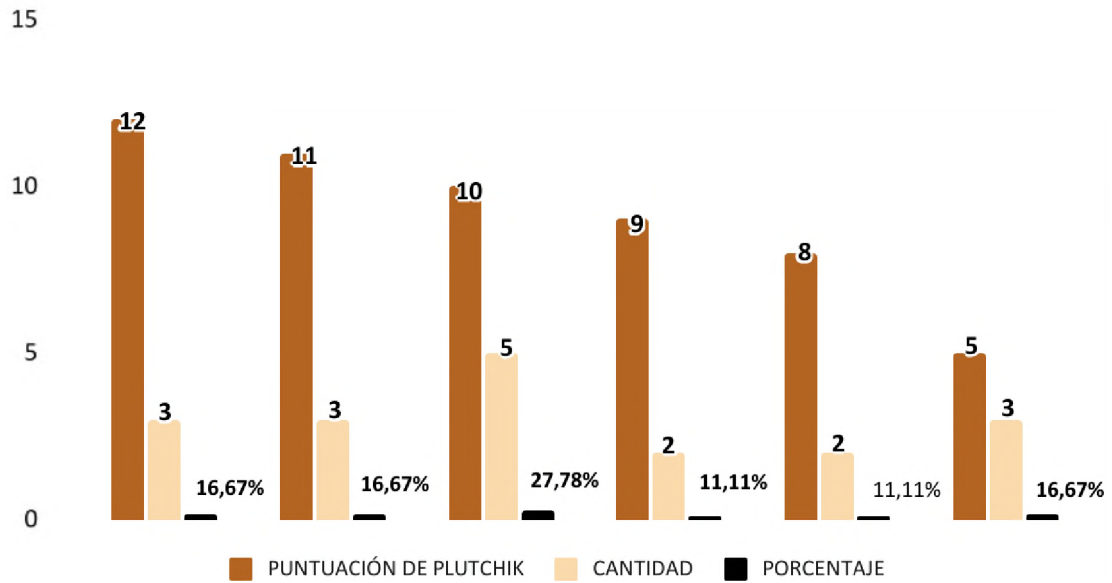
Gráfica 13.

Tabla 14. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el resultado del test de Plutchik.

PUNTUACIÓN DE PLUTCHIK	CANTIDAD	PORCENTAJE
5	3	16,67%
8	2	11,11%
9	2	11,11%
10	5	27,78%
11	3	16,67%
12	3	16,67%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

**PUNTUACIÓN DE PLUTCHIK**



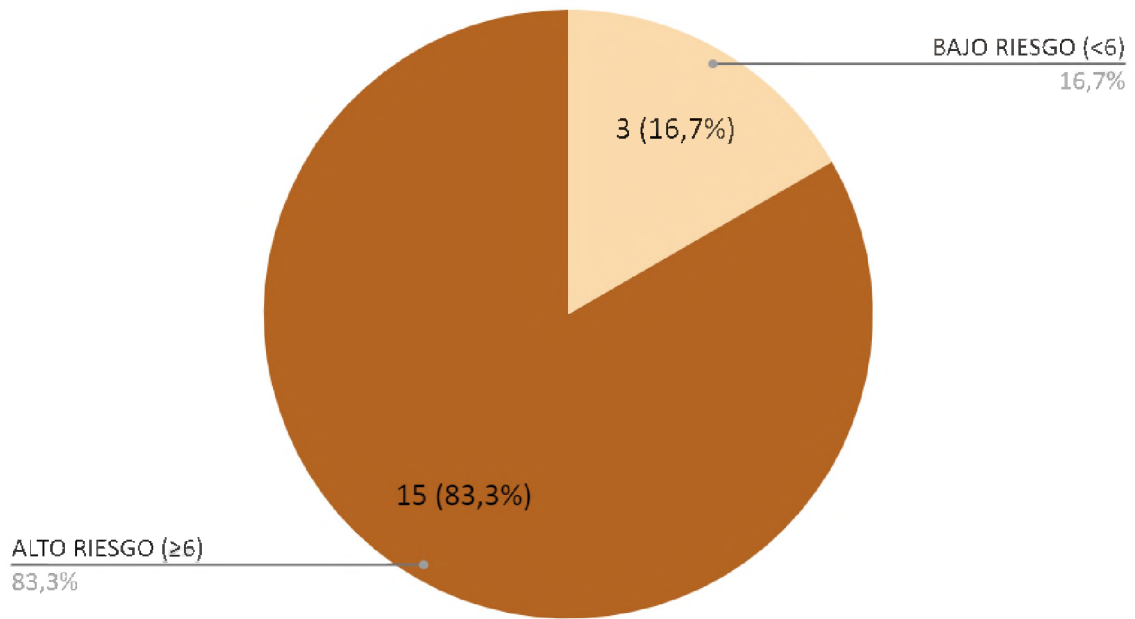
Gráfica 14.

Tabla 15. Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022 según el nivel de riesgo de acuerdo a la puntuación de Plutchik.

NIVEL DE RIESGO SEGÚN PUNTUACIÓN DE PLUTCHIK	CANTIDAD	PORCENTAJE
BAJO RIESGO (<6)	3	16,67%
ALTO RIESGO (≥6)	15	83,33%
TOTAL	18	100,00%

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

### NIVEL DE RIESGO SEGÚN PUNTUACIÓN DE PLUTCHIK



Gráfica 15.

## VIII. DISCUSIÓN

En esta investigación el objetivo principal era valorar el riesgo suicida que presentan los diferentes trastornos de personalidad entre los pacientes que se encuentran ingresados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

Se pudo evidenciar que el mayor porcentaje por edad fue de un 16.67 por ciento individual perteneciente a las edades de 18, 19, 21 y 23 cada una, con 3 pacientes por edad. Mientras que se obtuvo un porcentaje individual de 5.56 por ciento en las edades de 25, 27, 29, 34, 39 y 46 cada una, con un paciente por edad.

El sexo predominante fue el femenino quien presentó 13 pacientes con un porcentaje de 72.22 mientras que el masculino tuvo 5 pacientes para un valor porcentual del 27.78.

La procedencia predominante fue la de Santo Domingo con 11 pacientes lo que representa un porcentaje de 61.11, seguida por San Cristóbal con 3 pacientes para un por ciento de 16.67, luego Bani, Higuey, Venezuela y Puerto Rico presentaron 1 paciente cada lugar lo cual equivale a un 5.56 por ciento respectivamente, lo que resulta explicable por la localización del centro.

Según la ocupación de los participantes del estudio la predominante fue la de estudiantes con 6 pacientes lo que representa un 33.33 por ciento y esto fue seguido por la ocupación de digitación y el estado de desempleado con 2 pacientes cada uno y esto sería un porcentaje de 11.11 cada uno y por último las ocupaciones de cajera, músico, carpintero, servicio al cliente, asistente administrativa, asistente de plomería, secretaria y emprendedora tuvieron un paciente cada una lo cual representa un porcentaje de 5.56 respectivamente.

El estado civil más presentado fue el de soltero donde se reportaron 16 pacientes lo cual representa un 88.89 por ciento, luego el estado de viudo y divorciado tuvieron un paciente cada uno para un 5.56 por ciento. El estado de casado no presentó pacientes.

En cuanto al nivel educativo, en secundaria obtuvimos 10 pacientes para un porcentaje de 55.56, esto fue seguido de los niveles de primaria y superior donde ambos presentaron 3 pacientes con un porcentaje de 16.67 cada uno. Y por último 2 pacientes analfabetos para un porcentaje de 11.11.

El principal motivo de ingreso fue el de intento suicida ya que 17 pacientes fueron ingresados bajo el mismo con un porcentaje de 94.44, mientras que el episodio psicótico fue motivo de ingreso de 1 paciente lo que representa un 5.56 por ciento.

Según el trastorno de la personalidad el más representado fue el trastorno de personalidad límite con 11 pacientes para un 61.11 por ciento, luego tanto el trastorno de personalidad esquizoide y esquizotípico presentaron 2 pacientes cada trastorno con un porcentaje de 11.11 cada uno y por último los trastornos antisocial, narcisista y dependiente presentaron 1 solo paciente cada trastorno con un porcentaje de 5.56.

Sobre la conducta suicida un total de 17 pacientes respondió que sí a esta con un porcentaje de 94.44 mientras que un único paciente respondió que no lo que equivale a un 5.56 por ciento.

El método suicida más utilizado fue la intoxicación con medicamentos para un total de 6 pacientes con un porcentaje de 33.33, luego el corte de venas con 4 pacientes y un porcentaje de 22.22, seguido de el ahorcamiento utilizado por 3 pacientes con un porcentaje de 16.67, y por último el uso de arma de fuego, lanzarse de un edificio, el lanzarse de un vehículo en movimiento y la combinación de corte de venas junto con intoxicación medicamentosa solo fue utilizado por 1 paciente cada uno lo cual representa un 5.56 por ciento cada método.

De igual manera que el estudio realizado por Yomaira Pabon en el 2021 en el que se buscaba determinar la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos mentales concluyó que de los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad, un 83.1% presentó intento suicida. En nuestra investigación el trastorno de personalidad límite presentó 11 pacientes, donde el 100% de estos realizó intento suicida, de los cuales 4 intentaron suicidarse a través de intoxicación medicamentosa y esto equivale a un 36.36 por ciento de la muestra de este trastorno, 2 de los 11 pacientes límites utilizaron corte de venas y 2 adicionales intentaron suicidarse mediante ahorcamiento para un valor porcentual de 18.18 cada uno y por último 1 paciente límite lanzándose de un edificio, 1 lanzándose de un vehículo en movimiento y 1 que intentó cortarse las venas e intoxicarse con medicamentos con un valor porcentual de 9.09. El trastorno esquizoide con dos pacientes solo uno intentó suicidarse y el método de elección fue el de arma de fuego para un 50 por ciento del total de este trastorno. El esquizotípico presentó 2

pacientes donde 1 de ellos intentó suicidarse a través de una intoxicación medicamentosa y el otro a través de corte de venas para un 50 por ciento cada paciente. El desorden de personalidad antisocial presentó 1 paciente el cual utilizó el método suicida de corte de venas, seguido por el Narcisista que también presentó 1 paciente el cual utilizó el método de intoxicación medicamentosa y por ultimo el trastorno dependiente quien presentó un unico paciente e cual intentó ahorcarse y en los 3 casos representando un 100 por ciento.

En la investigación de Flynn, S., Graney, J., Nyathi, T., Raphael, J., Abraham, S., Singh-Dernevik, S., Williams, A., Kapur, N., Appleby, L., & Shaw, J. (2020), el cual estudiaba las características clínicas y vías de atención de pacientes con trastorno de personalidad fallecidos por suicidio concluyó que una gran cantidad de pacientes presentó antecedentes de autolesiones equivalente a un 95%. Mientras que en este estudio la presencia o no de la conducta autolesiva se representó de manera equitativa ya que 9 pacientes respondieron que sí la habían presentado y 9 respondieron que no, para un porcentaje de 50 en ambos casos.

El único método autolesivo utilizado fueron los elementos cortopunzante de los cuales en: de los 11 pacientes con trastorno límite 5 se autolesionarse con el método antes mencionado con un valor porcentual de 45, de los 2 esquizotípicos ambos, y por último de los pacientes con trastorno antisocial y narcisista que por igual solo presentaron un paciente con un 100 por ciento de su muestra cada trastorno.

En base a la puntuación obtenida en la escala de riesgo suicida de Plutchik 5 de los pacientes alcanzaron una puntuación de 10 para un porcentaje de 27.78, las puntuaciones 5, 11 y 12 presentaron un 16.67 por ciento ya que fue obtenida por 3 pacientes cada valor, y luego la puntuación de 8 y 9 fue obtenida por 2 paciente cada valor con un porcentaje de 11.11 en cada caso.

Observamos que en nuestra muestra según el nivel de riesgo 15 pacientes se encuentran en alto riesgo debido a que su puntuación fue mayor o igual a 6 para un valor porcentual de 83.33 mientras que los 3 restantes obtuvieron un bajo riesgo debido a que su puntuación fue menor de 6 lo que indica un 16.67 por ciento.

## VIX. CONCLUSIONES

1. Las edades más frecuentemente observadas en nuestro estudio fueron las de 18, 19, 21 y 23 con 3 pacientes cada edad y un porcentaje de 16.67 cada una.
2. El sexo predominante fue el femenino con 13 pacientes y un valor porcentual de 72.22.
3. La procedencia predominante fue Santo Domingo con 11 pacientes lo cual representa un 61.11 por ciento.
4. La ocupación más observada fue la de estudiante ya que 6 pacientes se encuentran en dicho estado y nos da un valor porcentual de 33.33.
5. El estado civil más común fue el de soltero con 16 pacientes y representando un 88.89 por ciento.
6. El nivel educativo más frecuente fue el de secundaria con 10 pacientes con un porcentaje 55.56.
7. El motivo de ingreso más visto fue el de intento suicida con 17 pacientes y un valor porcentual de 94.44.
8. El trastorno de la personalidad más representado fue el de la personalidad límite con 11 pacientes y un porcentaje de 61.11.
9. Al evaluar la conducta suicida 17 pacientes respondieron que sí con un valor de 94.44 por ciento.
10. El método suicida más visto en nuestra muestra fue la intoxicación con medicamentos la cual se observó en 6 pacientes y un valor porcentual de 33.33.
11. En la personalidad límite se evidenció que el método más utilizado fue la intoxicación por medicamentos por 4 pacientes equivalente a 36.36 por ciento. En la personalidad esquizoide solo se evidenció un intento suicidio con arma de fuego lo que equivale a un 50 por ciento. El esquizotípico presentó 2 pacientes donde 1 intentó suicidarse a través de intoxicación medicamentosa y el restante a través de corte de vena con un 50 por ciento ambos casos. En el caso del antisocial solo evidenciamos el corte de venas para un 100 por ciento. En el narcisista solo evidenciamos 1 paciente y fue por intoxicación medicamentosa y en el trastorno dependiente fue por ahorcamiento con un solo paciente y por igual 100 por ciento.

12. Al evaluar la presencia o no de la conducta autolesiva se representó de manera equitativa ya que 9 pacientes respondieron que sí la habían presentado y 9 respondieron que no para un porcentaje de 50 en ambos casos.
13. El único método autolesivo utilizado fueron los elementos cortopunzantes.
14. El mayor puntaje de la escala de riesgo de Plutchik fue de 10 para un porcentaje de 27.78.
15. Según el nivel de riesgo el predominante fue el de alto riesgo con 15 pacientes con un valor porcentual de 83.83.



## **X. RECOMENDACIONES**

1. Concientizar a la población sobre los trastornos de personalidad y el suicidio y su incidencia en el mundo actual.
2. Generar mayor enfoque en concientizar y educar jóvenes sobre el suicidio y los trastornos de personalidad, para identificar correctamente conductas de este tipo.
3. Individualizar los casos de trastorno de personalidad para disminuir el riesgo suicida en los pacientes.
4. Enseñar a la población en general a identificar las conductas suicidas y autolesivas en pacientes con trastornos de personalidad.
5. Diseñar plan estratégico ante una posible conducta suicida de forma que se pueda salvaguardar la vida del individuo.
6. Diseñar plan estratégico ante una posible conducta autolesiva de forma que sea posible una buena identificación y manejo de la misma.
7. Diagnosticar correctamente los trastornos de personalidad.
8. Identificar correctamente el nivel de riesgo suicida de cada paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad.
9. Estadificar los pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad en alto y bajo riesgo, dependiendo los requerimientos del mismo.
10. Ampliar estudio, evaluar de igual modo en diversas áreas de atención al paciente como la consulta, de forma que se pueda extender la muestra.

## XI. REFERENCIAS

1. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Who.int. 2022 [cited 12 April 2022]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
2. Suicidio [Internet]. Who.int. 2022 [cited 12 April 2022]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Las tasas de suicidio están aumentando por todos los EE. UU. [Internet]. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. 2022 [cited 12 April 2022]. Available from: [https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p\\_vs\\_suicidio\\_060718.html](https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_vs_suicidio_060718.html)
4. Trastornos de la personalidad - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2022 [cited 12 April 2022]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/personality-disorders/symptoms-causes/syc-20354463>
5. López-Ibor Aliño J, Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2014.
6. Marco R, Benítez M, Morera A. Conducta suicida en trastornos de personalidad [Internet]. Sanipe.es. 2006 [cited 8 March 2022]. Available from: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/123/290>
7. Basto A. Intentos de suicidio y trastornos mentales [Internet]. Redalyc.org. 2021 [cited 9 February 2022]. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180468227014/>
8. Vista de Actualización de los trastornos de personalidad | Revista Médica Sinergia [Internet]. Revistamedicasinergia.com. 2020 [cited 9 February 2022]. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/437/795>
9. Chorro Romero S. ¿Qué nos lleva al suicidio? Mentalidad, procesos y maneras. [Internet]. Academia. 2021 [cited 9 February 2022]. Available from: [https://www.academia.edu/51534935/Qu%C3%A9\\_nos\\_lleva\\_al\\_suicidio\\_Mentalidad\\_procesos\\_y\\_maneras](https://www.academia.edu/51534935/Qu%C3%A9_nos_lleva_al_suicidio_Mentalidad_procesos_y_maneras)
10. Flynn S, Graney J, Nyathi T, Raphael J, Abraham S, Singh-Dernevik S, et al. Clinical characteristics and care pathways of patients with personality

- disorder who died by suicide. *BJPsych Open*. Cambridge University Press; 2020;6(2):e29.
11. Suicidio [Internet]. Who.int. 2021 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%20se%20suicidan%20cerca,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>
  12. SUICIDIO [Internet]. Oscrdo.gob.do. 2022 [cited 13 April 2022]. Available from: <http://www.oscrd.gob.do/index.php/estadisticas/suicidios>
  13. [Internet]. Carlosbermejo.net. 2013 [cited 15 March 2022]. Available from: <http://www.carlosbermejo.net/Seminario%20virtual2%20-1/ATT00036.pdf>
  14. [Internet]. Psiquiatria.com. [cited 13 March 2022]. Available from: [https://psiquiatria.com/tratado/cap\\_31.pdf](https://psiquiatria.com/tratado/cap_31.pdf)
  15. Pinel P. Tratado médico filosófico sobre la alineación mental. Madrid: Impr. Real; 1804.
  16. Pinel P. Manie Sans Delire.
  17. Kraepelin, Emil (1856-1926) [Internet]. Psiquiatria.com. 1926 [cited 14 March 2022]. Available from: <https://psiquiatria.com/glosario/index.php?wurl=kraepelin-emil>
  18. Griesinger W. Aberraciones de la inteligencia, Wilhelm Griesinger. 1872.
  19. Jung C. Obras escogidas. Barcelona: RBA; 2006.
  20. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
  21. Personality disorder: a disease in disguise | Upsala Journal of Medical Sciences [Internet]. Ujms.net. 2018 [cited 13 April 2022]. Available from: [https://ujms.net/index.php/ujms/article/view/5773/11518#content/citation\\_reference\\_33](https://ujms.net/index.php/ujms/article/view/5773/11518#content/citation_reference_33)
  22. Giner Zaragoza Francesc, Lera Calatayud Guillem, Vidal Sánchez María Luisa, Puchades Muñoz Mari Paz, Rodenes Pérez Ainhoa, Císcar Pons Sonia et al . Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2022 Abr 30] ; 35( 128 ): 789-799. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352015000400007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000400007&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>.

23. Garzón Á, Sánchez González J. Factores neurobiológicos del trastorno de personalidad antisocial | [Internet]. Psicologiacientifica.com. 2007 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://www.psicologiacientifica.com/personalidad-antisocial-factores-neurobiologicos/>
24. Elkin G. Psiquiatría clínica. México: McGraw Hill; 2000.
25. French J, Shrestha S. Histrionic Personality Disorder [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/#article-38407.s5>
26. Otway L, Vignoles V. Narcissism and Childhood Recollections: A Quantitative Test of Psychoanalytic Predictions [Internet]. SAGE Journals. 2006 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167205279907>
27. Fariba K, Sapra A. Avoidant Personality Disorder [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559325/#article-96637.s3>
28. Dependent Personality Disorder: Definition, Symptoms, Treatment [Internet]. Cleveland Clinic. 2020 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9783-dependent-personality-disorder>
29. H. McGlashan T, K. Heinssen R. Hospital Discharge Status and Long-term Outcome for Patients With Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, Borderline Personality Disorder, and Unipolar Affective Disorder. JAMA Network. 1988.
30. Analysis of the Personality of Adolf Hitler [Internet]. Ibiblio.org. 1943 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://www.ibiblio.org/hyperwar/NHC/NewPDFs/USArmy/USArmy%20OSS%20Analysis%20of%20Personality%20Of%20Adolph%20Hitler.pdf>
31. Oiharbide M, Lasa N, Manterola A, Plaza J. Rasgos psicopatológicos de Vincent Van Gogh [Internet]. Psiquiatría.com. 2016 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/rasgos-psicopatologicos-de-vincent-van-gogh/#:~:text=En%20el%20historial%20psiqui%C3%A1trico%20de,de%20car%C3%A1cter%20%20saturnismo%20%20enfermedad%20de>

32. García Nieto Rebeca. Virginia Woolf: Caso Clínico. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2004 Dic [citado 2022 Abr 13]; (92): 69-87. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000400005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400005&lng=es).
33. Balaguer J. Memorias de un cortesano de la «era de Trujillo». Santo Domingo: [Editora Robiou]; 2018.
34. Cepeda Surriel C. Los que mataron a Antonio Guzmán. Santo Domingo; 1989.
35. Boletín del archivo general de la nación [Internet]. Agn.gov.do. 2007 [cited 13 April 2022]. Available from:  
[http://agn.gov.do/phocadownload/BAGN/BAGN\\_2007\\_No\\_117.pdf](http://agn.gov.do/phocadownload/BAGN/BAGN_2007_No_117.pdf)
36. ¿Qué es el suicidio? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [cited 13 April 2022]. Available from:  
<https://www.cdc.gov/cdctv/spanish/recursos-sobre-violencia/suicide.html>
37. We Can All Prevent Suicide [Internet]. Suicidepreventionlifeline.org. [cited 13 April 2022]. Available from:  
<https://suicidepreventionlifeline.org/how-we-can-all-prevent-suicide/>
38. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Suicide prevention. 2021 [cited 13 April 2022]. Available from:  
<https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>
39. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood [Internet]. Scielo. 2016 [cited 13 April 2022]. Available from:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/GnVdNw8QX4cMkQVdqSDR45R/?format=pdf&lang=en>
40. Baader T, Urra E, Millán R, Yáñez M. L. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento [Internet]. ScienceDirect. 2011 [cited 13 April 2022]. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704308>
41. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective [Internet]. MDPI. 2018 [cited 13 April 2022]. Available from:  
<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1425#cite>
42. Palomo T, Jiménez-Arriero M. Manual de Psiquiatría. 1st ed. Madrid, España; 2009.



43. Suicide worldwide in 2019 [Internet]. Apps.who.int. 2019 [cited 13 April 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
44. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8th ed. 2015.
45. Gonzalez Menéndez R, Sandoval Ferrer J. Manual de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
46. National Strategy for Suicide Prevention | National Action Alliance for Suicide Prevention [Internet]. Theactionalliance.org. 2021 [cited 15 April 2022]. Available from: <https://theactionalliance.org/our-strategy/national-strategy-suicide-prevention>
47. Goals and Objectives | National Action Alliance for Suicide Prevention [Internet]. Theactionalliance.org. 2022 [cited 15 April 2022]. Available from: <https://theactionalliance.org/our-strategy/national-strateg/2012-national-strategy>
48. Suárez-Colorado Y, Palacio-Sañudo J, Caballero-Domínguez C, Pineda-Roa C. Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos [Internet]. 2019 [cited 8 February 2022]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342019000300145](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342019000300145)
49. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. [cited 16 April 2022]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
50. [Internet]. Cioms.ch. 2016 [cited 16 April 2022]. Available from: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

## VIII. ANEXOS

### VIII.1 Cronograma

Eventos	Tiempo: enero 2022 - febrero 2023
Selección del tema	Enero 2022
Búsqueda de referencias	Enero 2022
Elaboración del anteproyecto	Febrero-Abril 2022
Sometimiento y aprobación	Abril-Mayo 2022
Ejecución de la recolección de datos	Junio-noviembre 2022
Tabulación y análisis de la información	Noviembre 2022
Redacción del informe	Noviembre 2022
Revisión del informe	Diciembre 2022
Encuadernación	Enero 2023
Presentación	Febrero 2023

### VIII.2 Consentimiento informado

Al firmar este documento afirmo que he sido invitado a participar e informado sobre la investigación científica **“Valoración del riesgo suicida en los pacientes con trastorno de personalidad en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Junio-Noviembre 2022”** la cual es llevada a cabo por las estudiantes **Karla Gixel Minaya Mendoza y Melba Isabel Soñé Núñez**, estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña UNPHU.

Comprendo que el objetivo inicial de esta investigación es evaluar el riesgo suicida que existe en los pacientes con trastorno de la personalidad ingresados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Sé que mi participación será llevada a cabo en el área de Intervención en crisis del

Hospital Salvador Bienvenido Gautier, ubicado en la calle Alexander Fleming 177, Ensanche la Fé, Distrito Nacional, República Dominicana. Mi participación consistirá en responder dos encuestas para la valoración del riesgo suicida, las cuales me tomarán alrededor de 20 minutos y se me ha explicado que las respuestas dadas a dicha encuesta serán confidenciales lo que quiere decir que no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco identificadas al publicar los resultados de la investigación.

Estoy consciente que los datos suministrados no me serán revelados ni entregados. Sé que esta información podrá ser de beneficio para la sociedad, debido a la investigación que se está realizando.

Acepto que no recibiré ninguna remuneración por participar y por igual sé que puedo negar mi participación o retirarme en cualquier momento y etapa de la investigación, expresando o no la causa, sin consecuencias negativas para mi persona.

Declaro que he sido informado con detalles respecto a mi participación en esta investigación y estoy conforme con las explicaciones y aclaraciones que he recibido.

Así \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ yo \_\_\_\_\_,  
acepto de manera voluntaria participar en el estudio antes mencionado.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



### VIII.3 Instrumentos de recolección de datos

#### VIII.3.1 Escala de riesgo suicida de Plutchik

<i>Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.</i>		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
<b>Puntuación total</b>		

#### **PUNTUACIÓN**

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

#### **INTERPRETACIÓN**

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

#### VIII.3.2 Valoración del riesgo suicida en trastornos de la personalidad

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Ocupación: \_\_\_\_\_
3. Procedencia: \_\_\_\_\_
4. Sexo:
  - A. Femenino

B. Masculino

5. Nivel Educativo:

A. Analfabeto

B. Primaria

C. Secundaria

D. Superior

6. Diagnóstico:

A. TP paranoide

B. TP esquizoide

C. TP esquizotípico

D. TP antisocial

E. TP límite

F. TP histriónico

G. TP narcisista

H. TP dependiente

I. TP evasivo

J. TP obsesivo- compulsivo

7. ¿Ha intentado suicidarse?

A. Sí

B. No

8. Si la respuesta anterior fue "Sí", ¿qué método ha utilizado?

A. Ahogamiento

B. Ahorcamiento

C. Intoxicación medicamentosa

D. Elementos cortopunzantes

E. Armas de fuego.

F. Otros: \_\_\_\_\_

9. ¿Se ha autolesionado?

A. Sí

B. No

10. Si la respuesta anterior fue "Sí", ¿qué método ha utilizado?

A. Ahogamiento

B. Ahorcamiento

C. Intoxicación medicamentosa

D. Elementos cortopunzantes

E. Armas de fuego.

F. Otros: \_\_\_\_\_

#### VIII.4 Costos y recursos

<b>1. Humanos</b>			
2 sustentantes 2 asesores (metodológico y clínico) Personal médico calificado Pacientes que formaron el estudio			
<b>2. Equipos y/o materiales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Precio</b>	<b>Total</b>
Resma de papel bond 20 (8 ½ x 11)	1 resma	RD\$ 498	RD\$ 498
Lapiceros	2 unidades	RD\$ 25	RD\$ 50
Lápices	2 unidades	RD\$ 15	RD\$ 30
Borras	2 unidades	RD\$ 8	RD\$ 16
Sacapuntas	2 unidades	RD\$ 12	RD\$ 24
Tinta negra impresora hp deskjet ink advantage 5075 cartuchos	2 unidades	RD\$ 826	RD\$ 1,652
<b>3. Información</b>			
Libros			
Otros documentos			
Referencias			
<b>4. Económicos</b>			
Papeleria (copias)			RD\$ 2,000
Encuadernación			RD\$ 4,500
Transporte			RD\$ 2,500
Inscripción cuatrimestre			RD\$ 15,000
Inscripción anteproyecto			RD\$ 16,500
Inscripcion de trabajo de grado			RD\$ 16,500
<b>5. Total</b>			<b>RD\$ 59, 270</b>

VIII. EVALUACIÓN

Sustentantes:

Karla Gixel Minaya Mendoza  
Karla Gixel Minaya Mendoza

Melba I. Soñé N.  
Melba Isabel Soñé Núñez

Asesores:

Dr. Alejandro Uribe  
Dr. Alejandro Uribe  
Metodológico

Dra. Edelmira Espallat  
Dra. Edelmira Espallat  
Clínico

Jurado

Dra. Karlyne Rodríguez

[Signature]

Dra. Cindy L. Rodríguez V.  
Dra. Cindy L. Rodríguez V.  
Médico-Psicoterapeuta / Exq. 456-19  
Coordinadora Ciclo Clínico  
UNPHU - MEDICINA

Autoridades:

Dr. William Duke  
Dr. William Duke  
Decano Facultad Ciencias de la Salud  
Santo Domingo, R.D.

Dra. Claudia María Scharf  
Dra. Claudia María Scharf  
Directora Escuela de Medicina  
UNPHU  
MEDICINA

Evaluación: 100 - A  
Fecha: 21/02/2023