

# PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA

## PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH DEPRESSION WITHIN THE PUBLIC MENTAL HEALTH SCOPE

Calzada Espanyol, Alba<sup>1</sup>; Farriols Hernando, Núria<sup>1,2</sup>; Bruna Rabassa, Olga,<sup>1</sup>; Palma Sevillano, Carol<sup>1,2</sup>; Frías Ibañez, Alvaro<sup>1,2</sup>; Aliaga Gómez; Ferran<sup>2</sup>

1: Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

2: Centro de Salud Mental de Adultos, Hospital de Mataró, Consorcio Sanitario del Maresme, Mataró, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Calzada Espanyol, A., Farriols Hernando, N., Bruna Rabassa, O., Palma Sevillano, C., Frías Ibañez, A., Aliaga Gómez, F. (2017). Perfil Psicopatológico de pacientes con Depresión en la Salud Mental Pública. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 1-12.

### Resumen

*Introducción: El suicidio es la segunda causa de muerte no natural a nivel mundial, por lo que es evidente que la prevención, evaluación y su tratamiento son imprescindibles. Objetivo: evaluar el perfil de un grupo de pacientes con depresión atendidos en un servicio de salud mental público en formato grupal. Las variables evaluadas son: la ideación suicida, la desesperanza, el perfil los trastornos de personalidad, los niveles ansiedad, la inteligencia emocional, la autoestima y la calidad de vida subjetiva. Método: esta evaluación forma parte del estudio AFRONTA, para la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental. La muestra estuvo formada por 80 pacientes con el diagnóstico de depresión tratados en el centro de salud mental del Consorci Sanitari del Maresme. Resultados y discusión: Se observan correlaciones significativas de la autoestima con casi la totalidad de las variables evaluadas, por lo que se muestra como un constructo crucial a evaluar en la población estudiada. Asimismo, la variable desesperanza se muestra más relacionada con otras variables clínicas que la de la depresión medida con el BDI. La reparación de las emociones (según el TMMS-24) correlaciona con ambas variables citadas, demostrándose como una variable básica a tener en cuenta tanto en la evaluación como en el tratamiento. No existen diferencias en las variables evaluadas entre los sujetos que presentan un trastorno de personalidad y los que no la presentan, a excepción de la autoestima. Tampoco se encuentran diferencias en ambos grupos en referencia al impulso suicida pero sí en los intentos autolíticos, que es superior en el grupo con trastorno de personalidad.*

*Palabras clave: trastornos de personalidad, depresión, ideación suicida, inteligencia emocional, autoestima, desesperanza.*

Fecha de recepción: 24 de abril de 2017. Fecha de aceptación: 26 de mayo de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: albace@blanquerna.url.edu

Dirección postal: C/Císter 34, 08022, Barcelona. España

© 2017 Revista de Psicoterapia



### **Abstract**

*Introduction: Suicide is the second leading cause of non natural death worldwide, therefore it is clear that prevention, evaluation and treatment of suicide is essential.*

*Objective: profile evaluation of a group of patients with depression attended at a public mental health service in a group format. Variables evaluated are: suicidal ideation, hopelessness, vitality, personality disorders, anxiety, emotional intelligence, self-esteem and subjective quality of life. Methodology: This evaluation is part of the AFRONTA study, whose aim is suicide prevention and mental health promotion. The sample consisted on 80 patients from the mental health centre of Consorci Sanitari del Maresme in Mataró, Spain.*

*Results and discussion: Significant correlations of self-esteem with almost all the evaluated variables are observed, which indicates that self-esteem is a crucial variable to be evaluated in the studied population. Likewise, the hopelessness variable has been found more correlated to other clinical variables than depression, measured with BDI. The repair of the emotions correlates with both cited variables, demonstrating as a basic variable to be taken into account both in the evaluation and in the treatment. There are no differences between subjects with a personality disorder and subjects with no personality disorders, except for self-esteem. No differences are appreciated in suicidal impulse between the two groups, but these differences become relevant when referring to suicide attempts.*

*Keywords: personality disorders, depression, suicidal ideation, emotional intelligence, self-esteem, hopelessness.*

El suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte no natural, según la Organización Mundial de la Salud (2013). En España, se producen unas 14.000 muertes anuales por causas externas (donde se encuentran codificados el suicidio, los accidentes, muerte por violencia, entre otros) según el Boletín Epidemiológico Semanal (2014).

La identificación y prevención, así como el posterior tratamiento de las personas que han hecho intentos de suicidio es una tarea imprescindible. Es prioritario y necesario que la conducta suicida sea atendida de forma eficaz. Por lo tanto, conviene conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes que puedan hacer referencia a la ideación suicida.

La ideación suicida incluye una amplia expansión de expresiones que van desde el deseo de morir hasta pensamientos más detallados del cómo realizar el acto suicida (Bhar, Ghahramanlou-Holloway, Brown, y Beck, 2008). En relación a esta idea, Schulberg et. al. (2005) encontraron que entre un 1% y un 10% de pacientes atendidos en los servicios de atención primaria presentaban pensamientos sobre el deseo de morir y que, por lo tanto, se necesita más información sobre la prevalencia de este tipo de ideación (así como de la ideación suicida) y sobre los diferentes factores de riesgo que se relacionan para atender y tratar de forma correcta a este colectivo de pacientes.

Un gran número de estudios ha identificado factores de riesgo que favorecen la aparición de la ideación suicida en pacientes diagnosticados con depresión, siendo los siguientes: la severidad de la depresión, la presencia de un trastorno de personalidad, un trastorno de ansiedad o bien el abuso de sustancias (Ando et. al., 2013).

### **La depresión y la ideación suicida**

Es un hecho muy establecido que la ideación suicida está estrechamente relacionada con la presencia de un diagnóstico de depresión (Bhar et. al., 2008; Keip et. al., 2012; Vandivort y Locke, 1979). A modo ilustrativo, Beck (1967) encontró que el deseo de muerte era mucho más frecuente en pacientes con depresión (74%) que los pacientes no diagnosticados con este trastorno (12%).

Beck (1967) observó en la práctica clínica que cuando los pacientes con depresión creen que no hay solución posible a los graves problemas que tienen en su vida, la única salida que ven es el suicidio. Ya en 1985, el equipo de Beck propuso que la desesperanza es un constructo psicológico muy importante para entender el suicidio, puesto que según estos autores se manifiesta un vínculo muy claro (Beck, Steer, y McElroy, 1985). En un estudio anterior realizado por Beck, Kovacs y Weissman (1975), 384 sujetos hospitalizados por un intento de suicidio obtuvieron una asociación significativa del 76% entre la desesperanza y el intento de suicidio. Por lo tanto, la desesperanza puede ser un constructo fiable para la identificación y prevención de las tentativas suicidas.

### **Los trastornos de personalidad y la ideación suicida**

Se dan relaciones muy significativas entre la ideación y las conductas suicidas con aquellos sujetos que presentan un trastorno de personalidad, especialmente los del *clúster* B. Según Conwell, et al. (1996) aproximadamente entre el 30% y 40% de todos los suicidios cometidos son de personas que presentan un trastorno de la personalidad. Es más, demostraciones empíricas muestran que este porcentaje puede ser mayor, entre un 55% y un 70% (Clarkin, Friedman, Hurt, Corn, y Aronoff, 1984). Al margen del tipo de *clúster* del trastorno de personalidad, Blasco-Fontecilla et. al. (2009) demostraron que no hay relación entre el grado de severidad del trastorno de personalidad y un mayor número de intentos de suicidio. Sin embargo, muchos estudios han demostrado que el trastorno límite de la personalidad tiene una relación más significativa con el suicidio que otros trastornos de personalidad (Links et. al., 2007; Pompili, Girardi, Ruberto, y Tatarelli, 2005; Sansone y Fierros, 2012).

Un estudio realizado por Schneider et. al. (2008) remarca la importancia de la presencia de un trastorno de personalidad en relación a la conducta suicida. Por lo tanto, las intervenciones terapéuticas relacionadas con la prevención del suicidio tienen que tener como objetivo también el tratamiento del trastorno de personalidad, además de la presencia de otros trastornos.

### **Los trastornos de ansiedad y la ideación suicida**

Por otro lado, estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado una asociación positiva entre los trastornos de ansiedad y la ideación suicida (Sareen, Houlihan, Cox, y Asmundson, 2005). Hay una clara evidencia de que los individuos con trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de ideación suicida y de tentativas suicidas, especialmente aquellos sujetos que presentan un diagnóstico conjunto de trastorno de ansiedad y depresión. En relación a estas evidencias algunos estudios presentan resultados que confirman esta relación y plantean que los programas de prevención tendrían que incluir el tratamiento de síntomas de ansiedad como la preocupación, la irritabilidad y la dificultad de relajación (Batterham, Christensen, y Calear, 2013). Los pacientes con trastornos de ansiedad deben además mejorar sus habilidades emocionales (Lizeretti, Vázquez y Gimeno-Bayón, 2014).

### **La autoestima y la ideación suicida**

Respecto a la autoestima, numerosos estudios han demostrado también una relación negativa con la ideación suicida, puesto que este fenómeno contribuye a una mayor vulnerabilidad por parte del sujeto para desarrollar conductas suicidas. Ante esta afirmación, el estudio de Bhar et. al. (2008) investigó si la baja autoestima correlaciona directamente con la ideación suicida independientemente de la presencia de la depresión y la desesperanza. Los resultados demuestran que la baja autoestima podría predecir la ideación suicida, a pesar de que esta relación no es tan

clara y evidente como en las otras dos variables.

Por lo tanto, la depresión, la desesperanza y la baja autoestima son factores de vulnerabilidad ante la ideación suicida (Bhar et. al., 2008).

### **La inteligencia emocional, la ideación suicida y la depresión**

Diversos estudios muestran como las personas que presentan depresión también manifiestan menores niveles de inteligencia emocional, especialmente en lo que corresponde a la regulación de las emociones (Lizeretti, 2009; Lizeretti, Oberst, Chamarro y Farriols, 2006:), de forma similar a la encontrada en otros estudios (Salguero y Irurozaga, 2006). Mientras que la tendencia a *atender* a los estados emocionales se relacionó de forma positiva con el rasgo de ansiedad, el rasgo y expresión de la ira, y el nivel de tristeza/depresión, tanto la *claridad emocional* como la *regulación emocional* mostraron un patrón opuesto; esto es, aquellas personas que se percibían capaces de poder comprender y regular sus estados emocionales informaban igualmente de menores síntomas de ansiedad, menor rasgo y expresión inadecuada de la ira y menores niveles de tristeza/depresión.

La falta de inteligencia emocional también se ha relacionado con la ideación suicida, aunque en poblaciones distintas (Abdollahi, Carlbring, Khanbani, Abdollahi Ghahfarokhi, 2016). Los adolescentes con depresión cuyo nivel de inteligencia emocional es inferior y con un alto nivel de estrés, tienen más probabilidades de tener ideación suicida. En cambio, aquellos adolescentes con el mismo nivel de estrés pero con una alta inteligencia emocional, tenían menos probabilidades de presentar ideación suicida. Así pues, se ve la importancia de la inteligencia emocional como factor de protección y el estrés, como factor de vulnerabilidad. Otros autores con resultados en la misma dirección, también afirman una relación positiva entre bienestar e inteligencia emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2016),

El objetivo principal del presente estudio es la evaluación del perfil de un grupo de pacientes ambulatorios con un diagnóstico primario de depresión mayor atendidos en un servicio de salud mental público en formato grupal. Las variables evaluadas son: la ideación suicida, la desesperanza, el sentido vital, los trastornos y/o rasgos de personalidad, la ansiedad, la inteligencia emocional, la autoestima y la calidad de vida subjetiva.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra forma parte del estudio Proyecto AFRONTA, realizado en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) del Hospital de Mataró del Consorci Sanitàri del Maresme. La muestra está formada por 80 personas que presentan un diagnóstico actual de depresión mayor según criterios, de las que un 78.8% son

mujeres mientras que el 21.3% son hombres, con una media de edad de 54.73 años (DS=8.58). El 76.7% de la muestra presenta un diagnóstico de trastorno y/o rasgo de personalidad mientras que el 23.3% de la muestra no presenta criterios diagnósticos ni presencia de ningún tipo de rasgo. La nacionalidad de la muestra es principalmente española (96.2%) y el 63.3% tiene pareja estable. El 88.2% de la muestra vive acompañado y únicamente el 15.6% tiene una situación laboral activa. El nivel de estudios de la muestra es principalmente primaria/EGB (51.9%) y el 47.4% se encuentra en una situación económica precaria, entendida como una dificultad económica para llegar a final del mes. El 50% de la muestra valora sus relaciones sociales como escasas y solo el 2.5% de ellos las califican como elevadas. A nivel de espiritualidad, el 84% se declara creyente no practicante.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados para el presente estudio es un conjunto de escalas autoaplicadas:

- Desesperanza: Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*). Adaptación Española de Aguilar et al. (1995).
- Depresión: BDI II (*Beck Depression Inventory*; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1996).
- Ansiedad: STAI (Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo; Spielberger; Gorsuch y Lushene, 1970; adaptación española Departamento de R+D de TEA Ediciones, 2002)
- Personalidad: Inventario Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) (2004).
- Inteligencia Emocional: Inteligencia Emocional Percibida TMMS-24: (*Trait Meta-Mood Scale*; Salovey et al., 1995; adaptación española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)
- Calidad de vida subjetiva general: Escala de Calidad de Vida (*Quality of Life Scale, QLS*) (QOL; Lehman, 1988; traducción española Bobes, González y Wallace, 1993).
- Autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg (1965; versión adaptada por Echeburúa, 1995).

Además se elaboró para el estudio un cuaderno de recogida de datos sociodemográficos con la finalidad de realizar un análisis descriptivo de las principales características de la muestra. Finalmente, también se entregó una hoja con el consentimiento informado del estudio.

### Procedimiento

La muestra forma parte de un grupo de sujetos que participan en el Proyecto Afronta, una investigación que evalúa la efectividad de dos tipos de tratamientos para personas que presentan depresión y en más de un 75% también trastornos de personalidad, y la mayoría de ellos, ideación suicida.

Los sujetos fueron derivados por el equipo de psiquiatras y psicólogos del CSMA y del Servicio de Urgencias de Psiquiatría del Consorci Sanitari del Maresme. El diagnóstico de depresión mayor, así como la presencia de un trastorno de personalidad era previamente ya establecido por los clínicos de referencia.

La batería de pruebas se administró antes de iniciar los grupos terapéuticos. La recogida de muestra se llevó a cabo desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2016. El 90% de los pacientes a los que se les entregó la batería de pruebas rellenaron los cuestionarios.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, tener un diagnóstico de depresión y de trastorno de personalidad. Los criterios de exclusión fueron no haber cometido un intento de suicidio en los últimos 6 meses y quedaron excluidas las personas con un retraso mental.

## Resultados

Los resultados muestran como la Calidad de vida subjetiva correlaciona negativa y significativamente con los niveles de ansiedad ( $p=0.000$ ) y los sentimientos de desesperanza ( $p=0.000$ ), aunque no se observa significación cuando se relaciona con la depresión (medida con el BDI). Se observa una correlación positiva en la evaluación de la inteligencia emocional sólo con la escala de la reparación ( $p=0.000$ ), pero no con la atención ni con la claridad emocional. La relación también es positiva y muy significativa con la escala de autoestima ( $p=0.000$ ) (ver tabla 1). Cabe mencionar que la diferencia de N en las variables responde a la dificultad que han presentado varios pacientes en contestar a todas las preguntas de los tests pasados.

En referencia a la ansiedad, los resultados muestran que correlaciona muy significativamente con la variable desesperanza ( $p=0.000$ ), así como con la escala de atención a las emociones ( $p=0.035$ ). Se relaciona de forma negativa con el resto de escalas de la inteligencia emocional: claridad ( $p=0.033$ ) y reparación ( $p=0.006$ ), así como también de forma muy significativa con la autoestima ( $p=0.000$ ). No se encuentra ninguna significación con el BDI.

Entre las escalas de inteligencia emocional los resultados muestran como la claridad correlaciona con la atención ( $p=0.007$ ) y con la reparación ( $p=0.003$ ), sin embargo, estas dos últimas escalas no correlacionan significativamente entre sí ( $p=0.563$ ).

Los resultados muestran una elevada correlación negativa entre la variable desesperanza y la escala de reparación de inteligencia emocional ( $p=0.000$ ), así como con la autoestima ( $p=0.000$ ).

No se han encontrado correlaciones significativas de la depresión (BDI) con el resto de variables, a excepción de una correlación negativa con la autoestima ( $p=0.000$ ).

Así pues, y en vista de los resultados, se observa que la variable autoestima presenta una correlación significativa con la mayoría de las variables evaluadas, a

excepción de la escala de atención a las emociones. Así vemos que las correlaciones positivas se dan, de forma muy significativa, con la escala de Calidad de vida y en menor intensidad con las escalas claridad y reparación de la variable inteligencia emocional. Las correlaciones negativas se encuentran de forma muy significativa en las variables ansiedad y desesperanza y, en menor intensidad, con la depresión (ver tabla 1).

**Tabla 1 Correlaciones entre las variables del estudio**

		P-T Rasgo	STAI TMMS-24	Atención TMMS-24	Claridad TMMS-24	Reparación TMMS-24	Deses- peranza	Rosen- berg	BDI
P-T <sup>1</sup>	Correlación de Pearson	1	-.672**	-.169	.168	.393**	-.533**	.539**	-.207
	Sig. (bilateral)		.000	.141	.144	.000	.000	.000	.075
	N		78	77	77	77	78	78	75
STAI Rasgo			.239*	-.241*		-.308**	.545**	-.527**	.085
	Sig. (bilateral)		.035	.033		.006	.000	.000	.466
	N		78	78		78	79	79	76
Atención TMMS-24				.305**		.066	-.114	-.091	.088
	Sig. (bilateral)			.007		.563	.320	.427	.452
	N			78		78	78	78	75
Claridad TMMS-24					.335**		-.208	.300**	.079
	Sig. (bilateral)				.003		.067	.008	.498
	N				78		78	78	75
Reparación TMMS-24							-.597**	.365**	.019
	Sig. (bilateral)						.000	.001	.873
	N						78	78	75
Desesperanza								-.437**	.076
	Sig. (bilateral)							.000	.514
	N							79	76
Rosenberg <sup>2</sup>									-.299**
	Sig. (bilateral)								.009
	N								76
BDI <sup>3</sup>									
	Sig. (bilateral)								
	N								

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

<sup>1</sup> Escala P-T: Calidad de Vida Subjetiva

<sup>2</sup> Escala Rosenberg para la evaluación de la autoestima

<sup>3</sup> BDI: Beck Depression Inventory

La autoestima es la única variable de las evaluadas que presenta diferencias significativas entre los sujetos que presentan un diagnóstico de trastorno de personalidad (TP) y los que no lo presentan ( $p=0.035$ ). Así pues, no hay diferencias significativas entre estos dos grupos en el resto de las variables (ver tabla 2).

**Tabla 2**  
**Relación entre la presencia o no de trastorno de personalidad y diversas variables estudiadas**

Escala	TP	No TP	T de Student	Valor P
	Media (DT) N=47	Media (DT) N=27		
P-T <sup>1</sup>	2,72 (1,54)	2,7 (1,84)	.034	.973
STAI Rasgo	89,4 (16,43)	89,04 (15,34)	.095	.925
Atención TMMS-24	24,09 (8,45)	25,92 (7,98)	-.907	.368
Claridad TMMS-24	21,36 (6,03)	22,85 (7,98)	-.896	.373
Reparación TMMS-24	19,11 (5,84)	20,27 (6,45)	-.785	.435
Desesperanza	12,77 (5,58)	13,56 (4,24)	-.637	.526
Rosenberg <sup>2</sup>	24,79 (5,71)	27,85 (6,19)	-2.154	.035
BDI <sup>3</sup>	27,59 (10,61)	26,38 (12,4)	.434	.665

<sup>1</sup> Escala P-T: Calidad de Vida Subjetiva

<sup>2</sup> Escala Rosenberg para la evaluación de la autoestima

<sup>3</sup> BDI: Beck Depression Inventory

Los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre los sujetos que presentan o no un trastorno de personalidad en referencia al impulso suicida ( $O\hat{u}^2$  Pearson,  $p=0,287$ ) sin embargo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos entre los que han cometido o no un intento de suicidio ( $p=0.019$ ). En el grupo de sujetos que presenta un trastorno de personalidad se encuentra un porcentaje del 54,3% de intentos de suicidio, en contraposición a un 25% de intentos en los sujetos que no presentan ningún tipo de trastorno de personalidad.

## Discusión

La depresión, medida con el BDI, no ha mostrado relación significativa con el resto de variables estudiadas, como hubiera sido de esperar, a excepción de la relación negativa con la autoestima. En cambio, la escala de desesperanza muestra mayor relación con otras variables relevantes en la práctica clínica: a mayor desesperanza se tiende a presentar menor autoestima, mayor ansiedad y menor capacidad de reparar las propias emociones. Por lo tanto, valoramos la desesperanza como una escala que aporta una información muy relevante a nivel asistencial, y en la investigación que se presenta, incluso mayor que la sintomatología depresiva medida con el BDI. En esta línea, como ya apuntaban los primeros estudios (Beck, Kovacs y Weissman, 1975; Beck, Steer, y McElroy, 1985), la desesperanza es un constructo muy importante para la práctica clínica, aunque no se encuentran relaciones significativas entre la desesperanza y la presencia de trastorno de personalidad en el presente estudio

La escala de ansiedad también aporta información relevante, correlacionando con todas las escalas de inteligencia emocional. Es decir, a mayor ansiedad más

atención a las emociones (hipervigilancia de las emociones y sensaciones), y menor capacidad de claridad (mayor dificultad para conocer y comprender las emociones), así como menor reparación (mayor dificultad para regular y controlar las emociones) (coincidiendo con Lizeretti, 2009; Lizeretti et al., 2006). También se encuentra que un elevado estado de ansiedad provoca mayor desesperanza, menor autoestima y menor calidad de vida subjetiva. Por lo tanto, se continúa observando la importancia de incorporar en los programas terapéuticos aspectos del tratamiento de la ansiedad como ya apuntaban Batterham, Christensen y Callear (2013), aunque el diagnóstico principal sea otro, como en el caso que nos ocupa, la depresión.

La escala de reparación emocional es la que obtiene relaciones significativas con el resto de variables (solo a excepción de la atención). Los déficits en este componente de la inteligencia emocional es el que se ha relacionado con la muestra de estudio, la depresión, coincidiendo con los resultados obtenidos por Lizeretti et al. (2006).

La variable autoestima ha resultado ser un constructo muy importante en los resultados obtenidos, correlacionado con la mayoría de variables. La autoestima es la única medida en la que se observan diferencias significativas cuando se comparan los sujetos por la presencia o no de un trastorno de personalidad. El grupo de sujetos que tienen dicho diagnóstico tiene una autoestima inferior respecto a los que no lo presentan. Estos resultados reafirman los propuestos por Bhar et al. (2008), en el que la autoestima es un fenómeno de vulnerabilidad y podría actuar como predictor.

No existen diferencias en relación al impulso de la ideación suicida entre los grupos de sujetos que presentan un trastorno de personalidad y los que no lo presentan, pero sí se observa una diferencia significativa entre estos dos grupos en la acción/intento suicida. Es decir, ambos grupos presentan ideación suicida pero las personas con trastorno de personalidad son las que tienen más probabilidad de terminar cometiendo un intento. Así que se corrobora la importancia de la presencia de un trastorno de personalidad en relación a la prevención y tratamiento de la ideación suicida tal y como señalan Lambert (2003) y Schneider et al., (2008).

Las limitaciones del presente estudio se relacionan con la dificultad de la población estudiada de contestar a las pruebas pasadas de forma completa, debido a las dificultades de concentración que presentan la mayoría de los participantes. Otras limitaciones a nivel metodológico son el factor de significación por azar en las correlaciones (error tipo I no controlado en análisis univariados) y la ausencia de un grupo comparativo que limita la especificación de algunas de las variables evaluadas, como en el caso de la autoestima.

En futuras investigaciones se recomienda continuar utilizando en la población estudiada, depresión e ideación autolítica, junto con la presencia de rasgos de personalidad patológicos, la medida de la autoestima, la ansiedad, la desesperanza y la inteligencia emocional, especialmente la capacidad de la reparación de las emociones. Asimismo tener presente estas variables en el diseño de programas preventivos y/o de tratamiento, tan necesarios ante el hecho tan relevante de

prevenir muertes por suicidio y la promoción de capacidades adaptativas, objetivos prioritarios de cualquier servicio de salud mental, como por ejemplo: trabajar el manejo de la ansiedad, favorecer la autoestima y la inteligencia emocional, etc. Coincidiendo con Lizeretti et al., (2014), las intervenciones dirigidas a desarrollar la inteligencia emocional contribuirán a la eficacia de dichos tratamientos.

## Conclusiones

La desesperanza es un constructo muy relevante para la práctica clínica, ya que se correlaciona con la autoestima, la ansiedad y con una menor capacidad de reparar las propias emociones. En cambio, la depresión solo ha tenido una correlación negativa con la autoestima.

La ansiedad se relaciona con la inteligencia emocional, ya que se presta una atención excesiva a las emociones, menor claridad y capacidad de reparación.

Las personas que presentan un trastorno de personalidad tienen una autoestima inferior y mayor probabilidad de realizar un intento suicida respecto a los que no lo presentan.

Por tanto, las intervenciones dirigidas a personas que presentan depresión e ideación autolítica, necesitan incorporar la promoción de capacidades adaptativas, trabajar el manejo de la ansiedad, favorecer la autoestima y la inteligencia emocional, especialmente la reparación de las emociones.

## Referencias bibliográficas

- Abdollahi, A., Carlbring, P., Khanbani, M., y Ghahfarokhi, S. A. (2016). Emotional intelligence moderates perceived stress and suicidal ideation among depressed adolescent inpatients. *Personality and Individual Differences, 102*, 223-228. doi: 10.1016/j.paid.2016.07.015
- Aguilar, E., Hidalgo, M., Cano, R., López, J., Campillo, M. y Hernández, J. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de Psiquiatría, 11*(4), 121-125.
- Ando, S., Kasai, K., Matamura, M., Hasegawa, Y., Hirakawa, H., y Asukai, N. (2013). Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. *Journal of Affective Disorders, 151*(2), 561-565. doi:10.1016/j.jad.2013.06.047
- Batterham, P. J., Christensen, H., y Calear, A. L. (2013). Anxiety symptoms as precursors of major depression and suicidal ideation. *Depression and Anxiety, 30*(10), 908-916. doi:10.1002/da.22066
- Beck, A. T. (1967). The diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. Steer, M. y Kovacs, B. G. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*(5), 559-563. doi:10.1176/ajp.142.5.559.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y McElroy, M. G. (1975). Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 43*(9), 1042-1046
- Bhar, S., Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G., y Beck, A. T. (2008). Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide y Life-Threatening Behavior, 38*, 511-516. doi:10.1521/suli.2008.38.5.511
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Dervic, K., Perez- Rodriguez, M. M., Saiz-Gonzalez, M. D., Saiz-Ruiz, J.; De León, J. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(2), 149-155. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01284.x
- Clarkin, J; Friedman, R; Hurt, S; Corn, R y Aronoff, M. (1984). *Affective and character pathology of suicidal adolescent and young adult inpatients*. *Journal Clinical Psychiatry, 45*(1), 19-22.

- Conwell, Y.; Duberstein, R.; Cox, C., Herrman, J.; Forbes, N.; Caine, E. (1996). *Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study*. American Journal of Psychiatry, (153), 1001–1008
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P. Luis Ángel Saúl Extremera, N. (2016). Ability Emotional Intelligence, Depression, and Well-Being. *Emotion review*, 8(4), 311-315. doi: 10.1177/1754073916650494.
- Fernández-Cuenca, R.; Llácer, A.; López-Curado, T y Gómez-Barroso, D (2014). Mortalidad por causas externas en España. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 6, 56-76
- Keilp, J. G., Grunebaum, M. F., Gorlyn, M., LeBlanc, S., Burke, A. K., Galfalvy, H., Mann, J. J. (2012). Suicidal ideation and the subjective aspects of depression. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 75–81.
- Lehman, (1988). *Quality of Life Interview-Short Versión* (QOL). (Traducción española Bobes, González y Wallace, 1993).
- Links, P. S., Eynan, R., Heisel, M. J., Barr, A., Korzekwa, M., McMain, S., y Ball, J. S. (2007). Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(1), 72-86
- Lizeretti, N.P. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional*. (Tesis doctoral). Recuperada de [http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis\\_Nathalie\\_P\\_Lizeretti.pdf?sequence=1](http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1)
- Lizeretti, N. P., Oberst, U. E., Chamarro, A. y Farriols, N. (2006). Evaluación de la Inteligencia Emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 355-364.
- Lizeretti, N., Vázquez, M., y Gimeno-Bayón, A. (2014). Emotional intelligence and personality in anxiety disorders. *Advances in Psychiatry*, 2014, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/968359>
- Millon, T. (1994). *MCMII-III Manual. Millon Clinical Multiaxial Inventory - III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., y Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319–24. doi:10.1080/08039480500320025
- Salguero, J. M. y Irurozaga, I. (2006). Relaciones entre Inteligencia Emocional percibida y emocionabilidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 207-221.
- Sansone, R. A., y Fierros, M. G. (2012). Chronic suicidal ideation in borderline personality disorder. *Suicide from a Global Perspective: Psychiatric Approaches*, pp. 209-214. Nueva York: Nova Science Publishers.
- Sanz, J; Perdigón, A y Vázquez (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B. J., y Asmundson, G. J. G. (2005). Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(7), 450–454. doi:10.1097/01.nmd.0000168263.89652.6b
- Schneider, B., Schnabel, A., Wetterling, T., Bartusch, B., Weber, B., y Georgi, K. (2008). How do personality disorders modify suicide risk? *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 233–45. doi:10.1521/pedi.2008.22.3.233
- Schulberg, H. C., Lee, P. W., Bruce, M. L., Raue, P. J., Lefever, J. J., Williams, J. W., ... Nutting, P. A. (2005). Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 523–528.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Vandivort, D. S., y Locke, B. Z. (1979). Suicide ideation: Its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9(4), 205-218