



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

Íñigo Alberdi Páramo¹, Rafael Baena Mures², Beatriz Serván Rendón-Luna¹ y Dolores Saiz González¹

ialberdiparamo@gmail.com

Suicidio, autolesión, Trastorno Límite de la Personalidad

RESUMEN

El espectro de la conducta suicida (CS) es nuclear en la clínica y el manejo del trastorno límite de personalidad (TLP). Aunque en trabajos de investigación recientes las autolesiones sin finalidad suicida (ASFS) y la CS se diferencian en intencionalidad, frecuencia y letalidad, se ha descrito que estos dos comportamientos a menudo ocurren de manera concurrente, siendo la distinción entre ambas un tema controvertido. Pocos trabajos hablan del porqué de la coocurrencia entre ambas entidades en población psiquiátrica en general y en TLP en particular. El objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre CS y ASFS en TLP en un estudio realizado por nuestro grupo de investigación y realizar una distinción nosográfica de ambas entidades clínicas. Los resultados apuntan a que estas conductas son nucleares y frecuentes en el TLP. Ambas aparecen relacionadas entre sí de forma significativa.

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

INTRODUCCIÓN.ESFERAS DEL TLP

Actualmente, podemos definir lo que entendemos por TLP agrupando los síntomas del TLP en el DSM-5 según los sectores psicopatológicos de Gunderson. El sector afectivo que incluiría la inestabilidad emocional, la ira, rabia y el sentimiento crónico de vacío. El sector cognitivo, incluiría ese self/si mismo inestable y distorsionado, que se conoce como alteración de la identidad y la disociación o episodios paranoides breves. Estas dos esferas explicarían las vivencias internas del TLP.

La esfera interpersonal incluiría el patrón relacional intenso e inestable, personas de las que muchas veces se apegan hasta límites insospechados por el miedo al abandono. Por último, la esfera comportamental, que es la que nos interesa hoy, que incluye tanto las conductas impulsivas y las conductas suicidas. Estas dos últimas explicarían las vivencias externas del TLP.

TLP Y AUTOLESIONES SIN FINALIDAD SUICIDA

Ambas tienen una enorme importancia clínica y valor pronóstico siendo una de las manifestaciones que más afecta a la funcionalidad de estos pacientes (Hawton and van Heeringen, 2009; Kessler et al., 2017). Asimismo, pueden ser la cara oculta/"punta del iceberg" de ideación suicida o planes estructurados a corto y medio plazo, por lo que detectarlas es nuclear de cara poder intervenir a tiempo en estos pacientes (Arensman et al., 2018; Geulayov et al., 2019). Además, las cifras en población adolescente son cada vez mayores, como ejemplo de ello, Ferrer Vinardell et al., 2021 hablan de que 1 de cada 4 urgencias psiquiátricas en menores se deben a autolesiones (Ferrer Vinardell et al., 2021)

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

¿CÓMO DEFINIMOS AUTOLESIÓN?

Primero, en la **Tabla 1** se señala la distinción con otras entidades que podrían considerarse parejas.

Ideación suicida	Tener pensamientos sobre suicidarse.
Plan de suicidio	Contemplación de un método específico con el que una persona pretende acabar con su vida.
Intento de suicidio	Participación en un comportamiento potencialmente autodestructivo en el que existe la intención de morir.
Autolesión deliberada/no suicida (NSSI/ANS)	La destrucción y daño intencional de piel y tejidos corporales sin intención suicida.
Intención suicida	Voluntad o <u>intención de morir</u> y acabar con la vida.
Amenaza o gesto de suicidio	Un comportamiento en el que una persona lleva a otras personas a creer que tiene la intención de morir a causa de una acción, sin una intención real de morir.

Por eso, muchos autores como Turecki (grupo Montreal), Brent (grupo de Pittsburg) y el DSM-5 en el apartado de “afecciones que necesitan más estudio” distinguen entre intentos de suicidio y conductas autolesiva sin finalidad suicida en la finalidad última de querer morirse, como se muestra en la **tabla 2**.

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

Término	Definición
Suicidio	Daño hacia uno mismo con resultado fatal, con evidencia de intencionalidad en el acto de morir
Intento de suicidio	Conducta potencialmente dañina hacia uno mismo, asociada con al menos alguna intencionalidad de morir
Ideación suicida activa	Pensamientos sobre realizar acción para acabar con la vida de uno mismo, incluyendo tener un método identificado, un plan establecido o tener la intención de actuar
Ideación suicida pasiva	Pensamientos sobre la muerte o querer estar muerto sin ninguna planificación o intencionalidad
Conductas de autolesión sin finalidad suicida (NSSI)	Conductas dañinas hacia uno mismo sin intencionalidad de morir
Eventos suicidas	El inicio del empeoramiento en la ideación suicida o un intento de suicidio, una remisión urgente de la ideación, o conducta suicida
Autolesión deliberada	Cualquier tipo de conducta dañina hacia uno mismo, incluyendo intentos de suicidio y NSSI

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Con este marco introductorio, se publicó el artículo **Alberdi-Páramo Í, Díaz-Marsá M, Sáiz González MD, Carrasco Perera JL. Association between non-suicidal self-injury and suicidal behavior in borderline personality disorder: a retrospective study. Actas Españolas Psiquiatr. 2021;49(5):199–204.**

Se trata de un estudio transversal, observacional y retrospectivo de una muestra de 134 pacientes de entre 18 y 56 años, con diagnóstico de TLP de acuerdo con criterios DSM-

La asociación entre variables se analizó a través de un modelo de regresión logística multivariado y binomial negativa. Los resultados fueron que el 77,6 % refieren antecedentes de al menos un intento de suicidio mientras que el 22,4 % ninguno. La media del número de intentos es de 2,69.

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

Para las autolesiones, el 64,2 % las presentaban, mientras que el 35,8 % no. Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre ambas. Las autolesiones también se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de intentos de suicidio según el análisis multivariante.

Como conclusión del estudio se menciona que los resultados apuntan a que estas conductas son nucleares y frecuentes en el TLP. Ambas aparecen relacionadas entre sí de forma significativa. De cara al futuro, se recomiendan estudios longitudinales que puedan permitir esclarecer la dirección de dicha relación.

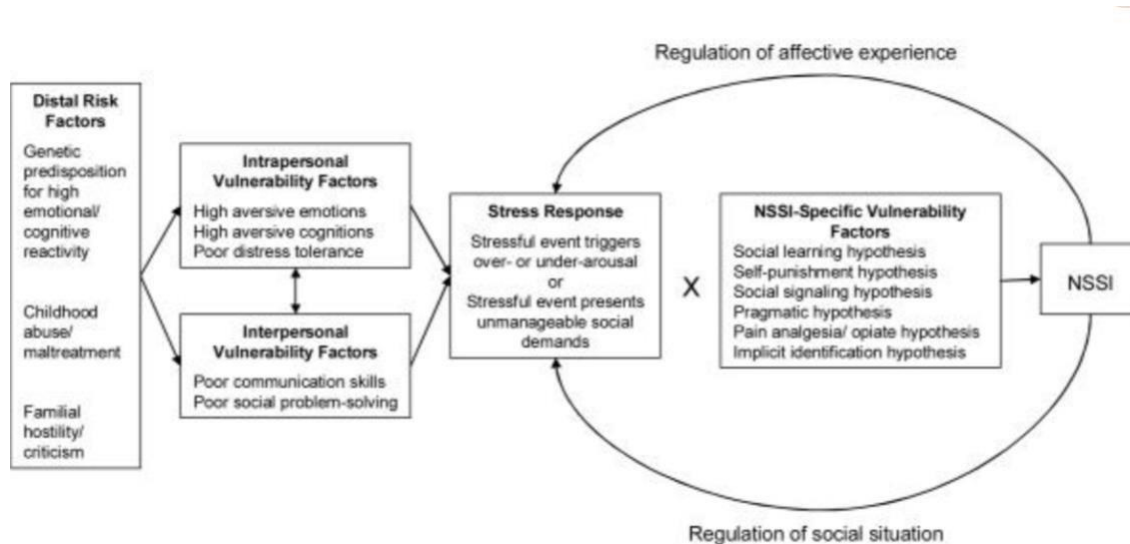
RAZONES PARA LA AUTOLESIÓN

Al hilo de las autolesiones, que son tan frecuentes en población TLP. Autores como Klonsky en su revisión de 2006, han propuesto diferentes funciones para las mismas, siendo la más frecuente la regulación emocional. Otras funciones distintas, se mencionan en la **tabla 3**:

Funciones de la autolesión deliberada (<i>deliberate self-injury</i>)	
Regulación emocional	Para aliviar el afecto negativo agudo o el <i>arousal</i> afectivo aversivo
Anti-disociativa	Para finalizar la experiencia de despersonalización o disociación
Anti-suicidio	Para reemplazar o evitar el impulso al acto suicida
Límites intrapersonales	Asegurar la autonomía o la diferencia entre el <i>self</i> y el otro
Influencia interpersonal	Para buscar ayuda o manipular a terceros
Auto-castigo	Para castigarse o producir dolor hacia uno mismo
Búsqueda de sensaciones	Para generar regocijo o excitación



Se señala en la **imagen 1**, un ilustrativo gráfico del artículo [Nock, M.K., 2009. Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. Curr.Dir. Psychol. Sci. 18, 78–83](#)



Aunque los estudios no han probado directamente este modelo completo, la investigación apoya el papel de múltiples factores conductuales y psicológicos, sociales interpersonales y factores biológicos que se corresponden con este modelo de autolesión no suicida.

Sin embargo, los estudios de la patogenia suelen utilizar diseños de forma transversal, por lo que no está claro si las anomalías en estos factores representan causas etiológicas, secuelas, ninguna o ambas; dado que este tipo de estudios no permiten inferir causalidad. Además, la mayoría de los estudios previos de factores etiológicos (por ejemplo, estudios de neuroimagen) fueron relativamente pequeños.

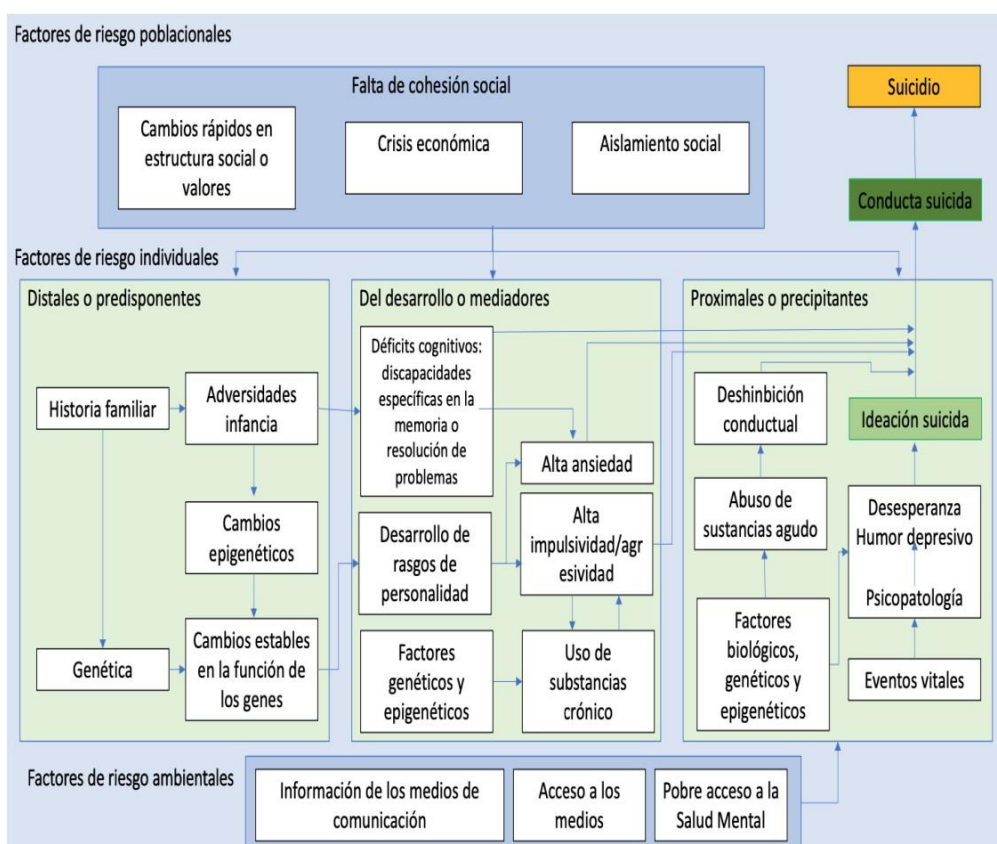
ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

MANEJO CLÍNICO DE LAS AUTOLESIONES

Lo más importante es identificar el riesgo suicida de las mismas. Para ello se recomienda:

1. Identificar factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida.
2. Preguntar por ideas, planes e intentos suicidas.
3. Evaluación del estado mental.
4. Distinguir entre riesgo crónico y riesgo agudo.
5. Toma de decisión.

Entre los factores de riesgo del suicidio, se muestra **gráfico 1**: adaptación propia a partir de Turecki, G., Brent, D.A., 2016. Suicide and suicidal behaviour. Lancet 387, 1227–1239



Se señalan los siguientes indicadores de riesgo de suicidio según la guía NICE 2018 (**tabla4**):

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

Cambios en el patrón habitual o tipo de autolesión. Incluida la frecuencia, el tipo y el nivel de las autolesiones
2. Cambio significativo en el estado mental
3. Empeoramiento en el TUS
4. Estado altamente regresivo y poco comunicativo .
5. Alta reciente después un ingreso hospitalario en una unidad de psiquiatría.
Alta reciente del tratamiento psiquiátrico debido al no cumplimiento de un contrato terapéutico .
7. Acontecimientos vitales adversos recientes

Por un lado, va a ser importante el **manejo psicoterapéutico**, en el que hay que considerar siempre opinión del paciente y utilizar los enfoques psicoterapéuticos estructurados que se centran en las relaciones terapéuticas colaborativas, la motivación

para el cambio y el abordaje directo de las conductas de autolesión sin finalidad suicida, que parecen ser más eficaces para reducirlas que las estrategias farmacológicas.

Los principios generales del tratamiento farmacológico son:

- o El manejo de la crisis no siempre requiere un ajuste farmacológico o inicio de nuevos fármacos
- o Intentar monodosis a la dosis mínima eficaz
- o Una vez resuelta la crisis, valorar estrategia global de tratamiento.
- o Evitar polifarmacia y fármacos de perfiles más adictivos

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

Si fuera necesario usar benzodiazepinas , se prefiere las de vida media larga. Debido al riesgo de abuso y a las posibles reacciones paradójicas, se recomienda minimizar su utilización. En los antipsicóticos, se prefieren los orales atípicos, por ejemplo el aripiprazol, y cada vez hay más evidencia para el uso de antipsicóticos Depot. Entre los antidepresivos, nos decantaríamos por los duales (ejemplo venlafaxina) o los ISRS (la fluoxetina puede ser interesante por su perfil “anti-impulsivo”. Por último, existe evidencia respaldada para el uso de la naltrexona, que bloquea los receptores de opioides mu, evitando que los opioides exógenos se unan allí y evitando así los efectos placenteros del consumo de opioides. También podría reducir el consumo de alcohol mediante la modulación de los citados sistemas opioides, reduciendo así los efectos reforzantes del alcohol.

CONCLUSIONES

- ✓ Los intentos autolíticos en TLP se asocian a la presencia de autolesiones sin finalidad suicida y viceversa, posible continuum sintomático.
- ✓ Detrás de las autolesiones en TLP está principalmente las pobres habilidades en regulación emocional
- ✓ Manejo de la autolesión del TLP debe formar parte de un plan integral de tratamiento
- ✓ En el manejo clínico de las autolesiones en TLP es primordial la valoración del riesgo suicida
- ✓ Los enfoques terapéuticos principales en el tratamiento del TLP y las autolesiones son psicoterapéuticos siendo necesario en muchas ocasiones la psicofarmacoterapia.

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi Páramo, Í., 2020. Factores clínicos y psicológicos asociados a las conductas autolíticas en el Trastorno Límite de Personalidad. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
2. Alberdi-Páramo Í, Díaz-Marsá M, Sáiz González MD, Carrasco Perera JL. Association between non-suicidal self-injury and suicidal behavior in borderline personality disorder: a retrospective study. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2021;49(5):199–204.
3. Arensman, E., Corcoran, P., McMahon, E., 2018. The iceberg model of self-harm: new evidence and insights.
4. The Lancet Psychiatry 5, 100–101. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30477-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30477-7)
5. Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., Moran, P., 2012. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 6.
6. Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
7. Ferrer Vinardell, M., Lara, B., Calvo, N., Andi6n, 6., P6rez Rodr6guez, V., Corominas Roso, M., Soncosmed Ron, M., Gonz6lez Peris, S., Gonzalo de Liria, R., Ramos- Quiroga, J.A., 2021. Prevalencia a 3 a6os de las
8. conductas autolesivas entre los motivos de consulta a urgencias en poblaci6n infantojuvenil. *Actas Españolas Psiquiatr.* 49, 35–42.
9. Geulayov, G., Casey, D., Bale, L., Brand, F., Clements, C., Farooq, B., Kapur, N., Ness, J., Waters, K., Tsiachristas, A., Hawton, K., 2019. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The Lancet Psychiatry* 6, 1021–1030. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30402-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30402-X)
10. Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing Theories of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 148–167. <http://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

11. Hanratty, D., Kilicaslan, J., Wilding, H., Castle, D., 2019. A systematic review of efficacy of Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in managing suicide risk and deliberate self-harm in adult populations. *Australas. Psychiatry* 27, 559–564. <https://doi.org/10.1177/1039856219848832>
12. Hawton, K., van Heeringen, K., 2009. Suicide. *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
13. Kessler, R.C., Hwang, I., Hoffmire, C.A., McCarthy, J.F., Petukhova, M. V, Rosellini, A.J., Sampson, N.A., Schneider, A.L., Bradley, P.A., Katz, I.R., Thompson, C., Bossarte, R.M., 2017. Developing a practical suicide risk prediction model for targeting high-risk patients in the Veterans health Administration. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 26, e1575. <https://doi.org/10.1002/mpr.1575>
14. Klonsky, E.D., 2007. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin. Psychol. Rev.* 27, 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
15. Lahera, G., Freund, N., & Sáiz-Ruiz, J. (2012). Asignación de relevancia (salience) y desregulación del sistema dopaminérgico. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(1), 45–51. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.05.003>
16. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S., Leweke, F., 2011. Borderline personality disorder. *Lancet* 377, 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
17. Liljedahl, S.I., Helleman, M., Daukantaité, D., Westrin, Å., Westling, S., 2017. A standardized crisis management model for self-harming and suicidal individuals with three or more diagnostic criteria of borderline personality disorder: The Brief Admission Skåne randomized controlled trial protocol (BASRCT). *BMC Psychiatry* 17, 220. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1371-6>
18. Morriss, R., Kapur, N., Byng, R., 2013. Assessing risk of suicide or self harm in adults. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4572>
19. National Health and Medical Research Council, 2013. *Caring for People with Borderline Personality Disorder: A reference guide for health professionals*. Melbourne.

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y SUICIDIO EN EL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

20. NICE, 2018. Managing self-harm in emergency departments. National Institute for Health and Care Excellence.
21. Nock, M.K., 2010. Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol* 6, 339–363.
22. Nock, M.K., 2009. Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self- injury. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 18, 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
23. Posner, K., Oquendo, M.A., Gould, M., Stanley, B., Davies, M., 2007. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am. J. Psychiatry* 164, 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
24. Schreiber, J., Culpepper, L., 2017. Suicidal ideation and behavior in adults.
25. Turecki, G., Brent, D.A., 2016. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 387, 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
26. Turner, B.J., Austin, S.B., Chapman, A.L., 2014. Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can. J. Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>
27. Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E., Barrigón, M.L., 2019. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatr. Biológica* 26, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003>
28. Witt, K.G., Hawton, K., Hetrick, S.E., Taylor Salisbury, T.L., Townsend, E., Hazell, P., 2020. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668>