



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

CONDUCTA SUICIDA Y PARASUICIDA, ¿FORMAN PARTE AMBAS DEL MISMO ESPECTRO CLÍNICO O ESTAMOS ANTE ENTIDADES DIFERENCIADAS?

Íñigo Alberdi Páramo, Marta Pérez Lombardo

Ialberdiparamo@gmail.com

Suicidio, conductas autolesivas sin finalidad suicida, urgencias

RESUMEN

La conducta suicida es una variable de enorme importancia clínica y de difícil manejo en las urgencias hospitalarias. Las conductas autolesivas sin finalidad suicida se presentan como un factor de riesgo para el suicidio, y ambas forman parte del mismo espectro fenomenológico. No obstante, podemos distinguir las en tres aspectos fundamentales: la intencionalidad, la repetitividad y la letalidad. Asimismo, de igual forma que para los intentos de suicidio, existen factores predisponentes, precipitantes y de vulnerabilidad específicos de estas conductas. Una detección precoz y un manejo específico y protocolizado se señalan como aspectos destacables en el abordaje de estos síntomas/epifenómenos en la urgencia hospitalaria.

PONENCIA

El DSM-5¹ incluye la "autolesión no suicida" (ANS) en el apartado de "afecciones que necesitan más estudio", al igual que las "conductas suicidas" (CS), pero como capítulo distinto de éstas. Estas dos conductas son formas de epifenómenos clínicos en las que un paciente se hace daño a sí mismo. Ambas forman parte del espectro de las conductas o comportamientos suicidas².

Desde principios de los 90 la comunidad científica dentro del campo de la salud mental ha buscado unos rasgos comunes, clínicos, y bioquímicos, que permitieran establecer un *continuum* entre ambas entidades³. Stanley y colaboradores en 2001, teorizan sobre la heterogeneidad y los aspectos comunes de estas muestras clínicas, observando la presencia de rasgos distintivos⁴.

CONDUCTA SUICIDA Y PARASUICIDA, ¿FORMAN PARTE AMBAS DEL MISMO ESPECTRO CLÍNICO O ESTAMOS ANTE ENTIDADES DIFERENCIADAS?

Actualmente este debate sigue presente, aunque una amplia mayoría de autores distinguen ANS y CS en tres aspectos nucleares: intencionalidad, repetición de los actos y la letalidad⁵.

El primer rasgo distintivo es la intencionalidad. Para el DSM-5¹ el primer criterio para la definición de este diagnóstico es que el sujeto se autoinflige de manera intencionada una o varias lesiones (cortes, quemaduras, golpes, erosiones,...) en su superficie corporal con el objetivo de que la lesión produzca un daño físico leve o moderado, con la intención de aliviar una situación de estrés, eliminar un estado afectivo desagradable, o provocar un afecto placentero y de tranquilidad al hacerse daño, pero en ningún caso con la expectativa de causar la muerte. Este último aspecto, realizar una distinción entre el deseo de morir y la ausencia de objetivo tanático, CS o ANS respectivamente, no es fácil. Más aún en actos en los que predominan la urgencia, la impulsividad, el paso al acto sin premeditación, y con la funcionalidad cognitiva modulada por la ansiedad, el malestar o la ira intensa.

El paciente puede reconocer introspectivamente que el objetivo de sus lesiones no es la muerte, sino el alivio la liberación de una "tensión interna" ⁶. Pero no siempre es así, la introspección puede estar muy limitada, por la propia urgencia del momento de acción, e incluso por las características previas del paciente o del trastorno que padezca.

Por si las dificultades de análisis y de observación conductuales en estas situaciones fueran pocas, a veces los pacientes pueden dar incluso informaciones distorsionadas o que lleguen a ser categóricamente falsas¹. Es una dificultad metodológica añadida muy valorable, y que puede obedecer a motivos diversos: vergüenza, sistémicos, legales, etc.

En la siguiente tabla se exponen las distintas funciones que cumple la autolesión^{1,7}

Función	Descripción de la función
<i>Regulación del afecto</i>	Aliviar afecto negativo agudo
<i>Anti-disociación</i>	Acabar con la experiencia de despersonalización o disociación
<i>Anti-suicidio</i>	Reemplazar o abolir el impulso para cometer suicidio
<i>Límites interpersonales</i>	Asegurar la autonomía de uno mismo o la distinción entre el si mismo y el otro
<i>Influencia interpersonal</i>	Buscar ayuda de otro o para manipular a terceros
<i>Autocastigo</i>	Humillar o expresar daño hacia uno mismo
<i>Búsqueda de sensaciones</i>	Generar regocijo o excitación

CONDUCTA SUICIDA Y PARASUICIDA, ¿FORMAN PARTE AMBAS DEL MISMO ESPECTRO CLÍNICO O ESTAMOS ANTE ENTIDADES DIFERENCIADAS?

Tras la intencionalidad, decíamos que el segundo y tercer rasgo distintivo entre CS y ANS, son la frecuencia de los actos autolesivos, y su potencial letalidad. Las ANS tienden a ser más frecuentes que las CS⁸ pero los ANS tienden a emplear métodos autolesivos de baja letalidad como golpes o cortes, frente a la mayor letalidad de los métodos empleados con finalidad autolítica como la sobreingesta medicamentosa, la precipitación desde alturas o el ahorcamiento^{9,10}.

A pesar de sus diferencias, ambos tipos de conductas suelen darse en el mismo tipo de muestras clínicas, tanto estudiadas en la comunidad, como en poblaciones de pacientes^{11,12}. Y aunque ambos tipos de conducta son diferenciados, tienen una relación bastante próxima entre ellos⁴.

Para algunos autores, los comportamientos tipo ANS son un factor de riesgo y de alguna manera, conductas precursoras, para la futura aparición de intentos autolíticos^{10,13-15}. Y la asociación entre ANS y CS se mantiene después de controlar estadísticamente la edad, género, etnicidad, síntomas depresivos o desesperanza de los pacientes^{13,16}.

Hamza y colaboradores (2012) señalan una cuestión conceptual y metodológica nuclear y que en general, la mayor parte de los estudios que ellos revisan, no han contemplado². Es la valoración de la gravedad de los actos autolesivos. Catalogar un acto autolesivo como ANS incluye distintos tipos de conducta, desde una agresión de intensidad muy leve para el sujeto, a otras cuya gravedad está más próxima a un intento autolítico propiamente dicho. Hay datos que hacen pensar que cuando las autolesiones son graves, predisponen efectivamente a un riesgo alto para presentar intentos de suicidio, mientras que autolesiones leves se asocian de una forma más débil con el riesgo de intentos de suicidio.

Las conductas autolesivas en general producen un alivio a la persona que las realiza respecto al estado afectivo y a la ansiedad que precede el paso al acto. Pueden también entenderse como una forma de simbolizar y expresar gestualmente un estado anímico, a la vez que promueven o piden muchas veces un gesto de atención por parte de las personas allegadas, e incluso del propio terapeuta¹⁷.

Una vez realizadas estas conductas, tanto suicidas como no suicidas, al menos en ocasiones, se supone que el paciente encuentra un alivio a su tensión o malestar previos, de la misma forma que ocurre en algunas conductas suicidas (la intención de morir se confunde con la intención de salir de una situación que se vive como agobiante, de huir, de escapar de un estado de sufrimiento). No habría una distinción clara entre CS y ANS, serían todas variantes de un mismo tipo de conductas autolesivas. Esta opinión sería minoritaria, y no es la recogida en el DSM-5^{1,17}.

CONDUCTA SUICIDA Y PARASUICIDA, ¿FORMAN PARTE AMBAS DEL MISMO ESPECTRO CLÍNICO O ESTAMOS ANTE ENTIDADES DIFERENCIADAS?

Klosnky y colaboradores en 2013, exponen que la ANS y la ideación suicida se asocian con el riesgo de CS. Aunque distinguibles entre sí los distintos tipos de conductas están estrechamente relacionadas y pueden formar un continuo en la expresión de un malestar básico común a ellas¹⁸.

Victor & Klonsky en 2014 hacen una revisión de la literatura para distinguir las CS y las ANS. La correlación más fuerte para los intentos de suicidio es con la presencia de "ideas suicidas"¹⁹. En segundo lugar, tras las ideas suicidas, los intentos de suicidio se asocian con ANS, y con la desesperanza.

En menor medida se asocian con TLP, impulsividad, síndrome de estrés post-traumático o depresión. Y, por último, tienen una asociación muy débil con género, etnia, edad y otras variables sociodemográficas.

You y colaboradores en 2015, proponen la utilidad del Modelo de Nock para el desarrollo de ANS en estos pacientes, a través de la conjunción de varios factores de riesgo (predisponentes de conductas desadaptativas y precipitantes), que tienen un carácter general o inespecífico, y una serie de caracteres más específicos identificados como vulnerabilidad para estas conductas ANS²⁰.

Andrewes y colaboradores en 2017, encuentran que tanto los ANS como los intentos de suicidio decrecen en frecuencia según aumenta la edad de los pacientes²¹. Según este estudio, la impulsividad y los síntomas depresivos predicen con mayor fuerza estadística el riesgo de intento de suicidio que las ANS. Por lo tanto, a pesar de su aparente proximidad descriptiva entre las ANS y las CS, ya que ambas comparten la conducta agresiva hacia uno mismo, bien que, sin la intencionalidad manifiesta de muerte en los ANS, en este trabajo las ANS guardan menor relación con la CS que la que se atribuye a la impulsividad o a los síntomas depresivos.

En conclusión, la conceptualización más aceptada, es que, a pesar de las semejanzas, las CS y las ANS tienen un elemento distintivo esencial en esta teorización: la presencia o no de la intencionalidad suicida. La atención en Urgencias de estas conductas supone un reto en si mismo. Muchas veces estos actos clínicos son frustrantes para los especialistas y el encuadre legal resulta desconcertante y ambiguo, sintiéndonos muchas veces desamparados²². Precisamente este marco legal se irá desarrollando a lo largo de la Mesa.

CONDUCTA SUICIDA Y PARASUICIDA, ¿FORMAN PARTE AMBAS DEL MISMO ESPECTRO CLÍNICO O ESTAMOS ANTE ENTIDADES DIFERENCIADAS?

BIBLIOGRAFÍA

1. APA. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5ª). 5ª. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:482-95.
3. Stanley A, Winchell R, Molcho A, Simeon D, Stanley M. Suicide and the self-harm continuum: Phenomenological and biochemical evidence. *Int Rev psychiatry.* 1992;4:149-55.
4. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry.* 2001;158:427-32.
5. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res.* 2011;15:56-67.
6. Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice G. Reasons for Self-Mutilation Reported by Borderline Patients Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *J Pers Disord.* 2013;27:783-94.
7. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:226-39.
8. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:885-90.
9. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res.* 2007;11:69-82.
10. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2010;178:101-5.
11. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144:65-72.
12. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37:363-75.

CONDUCTA SUICIDA Y PARASUICIDA, ¿FORMAN PARTE AMBAS DEL MISMO ESPECTRO CLÍNICO O ESTAMOS ANTE ENTIDADES DIFERENCIADAS?

13. Portzky G, van Heeringen K, Brent B, Cheung C, Crowell D, Donaldson D, et al. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:337-42.
14. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:772-81.
15. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3:740-50.
16. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour. Chichester,UK: Wiley; 2000.
17. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi J-D, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *Encephale*. 2008;34:452-8.
18. Klonsky E, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*. 2013;122:231-7.
19. Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:282-97.
20. You J, Lin MP, Leung F. A Longitudinal Moderated Mediation Model of Nonsuicidal Self-injury among Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;43:381-90.
21. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2017.
22. Vera-Varela C, Giner L, Baca-García E, Barrigón ML. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatr Biológica*. 2019;26:1-6.