

Íñigo Alberdi-Páramo<sup>a,b,\*</sup>

Marina Díaz-Marsá<sup>a,b,c</sup>

María D Sáiz González<sup>a,b</sup>

José L Carrasco Perera<sup>a,b,c</sup>

# Asociación entre las autolesiones sin finalidad suicida y la conducta suicida en trastorno límite de personalidad: un estudio retrospectivo

<sup>a</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup>Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina

<sup>c</sup>CIBERSAM, Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid

## RESUMEN

**Introducción.** 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.

**Metodología.** Se realiza 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-5. La asociación entre variables se analizó a través de un modelo de regresión logística multivariado y binomial negativa.

**Resultados.** El 77,6 % refieren antecedentes de al menos un IS, mientras que el 22,4 % ninguno. La media del número de IS es de 2,69. Para las ASFS, el 64,2 % las presentaban, mientras que el 35,8 % no. Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre ambas. Los ASFS también se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de IS según el análisis multivariante.

**Conclusiones.** 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,

estudios longitudinales permitirían esclarecer la dirección de dicha relación.

**Palabras clave.** Trastorno Límite de Personalidad, conductas autolesivas sin finalidad suicida, conducta suicida, suicidio, prevención.

*Actas Esp Psiquiatr 2021;49(5):199-204 | ISSN: 1578-2735*

## ASSOCIATION BETWEEN NON-SUICIDAL SELF-INJURY AND SUICIDAL BEHAVIOR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A RETROSPECTIVE STUDY

### ABSTRACT

**Introduction.** Suicidal behavior (SB) spectrum is nuclear in the clinic and management of Borderline Personality Disorder (BPD). Although in recent research papers non-suicidal self-injury behavior (NSSI) and suicidal behavior (SB) differ in intentionality, frequency and lethality; these two behaviors have been described concurrently with a controversial distinction. Few works talk about the reason for the co-occurrence between both entities in the psychiatric population in general and in BPD in particular. The aim of the report is to analyze the link between SB and NSSI in BPD.

**Methods.** A cross-sectional, observational and retrospective study was carried out on a sample of 134 patients between 18 and 56 years old, diagnosed with BPD according to DSM-5 criteria. The association between variables was analyzed through a negative binomial and multivariate logistic regression model.

**Results.** 77.6% report a history of at least one suicide attempt (SA), while 30.4% none. The average number of SA is 2.69. For NSSI, 64.2% presented them, while 35.8% did not. A statistically significant association is found between both of them. NSSI are also significantly related to performing a greater number of SA according to the multivariate analysis.

\*Autor para correspondencia

Íñigo Alberdi Páramo

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Clínico San Carlos

28040 Madrid (España)

Correo electrónico: inigoalb@ucm.es

**Conclusions.** The results suggest that these behaviors are nuclear and frequent in BPD. Both appear significantly related to each other. Looking ahead, longitudinal studies are needed to confirm the relationship between these variables.

**Keywords.** Borderline Personality Disorder, non-suicide self-injury, suicide behavior, suicide, prevention.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno de etiología multifactorial caracterizado por inestabilidad emocional, sentimiento de vacío y conductas impulsivas<sup>1</sup>. Entre las conductas impulsivas asociadas al TLP, la conducta suicida (CS) se considera un aspecto nuclear<sup>2-4</sup>. Entre el 40 y el 85 % de los pacientes con TLP realizan intentos de suicidio (IS), con una media de tres por paciente<sup>5,6</sup>. Las tasas de suicidio consumado se encuentran entre el 5 y el 10 %, siendo unas 400 veces superiores a las estimadas para la población general<sup>5,7</sup>. Se considera un síntoma con gran relevancia clínica e importante valor pronóstico, y es una de las manifestaciones que más afecta a la funcionalidad de estos pacientes<sup>6</sup>.

El espectro de la CS y conductas relacionadas tiene en cuenta comportamientos que causan daño directo y deliberado hacia uno mismo<sup>8</sup>. Se incluyen las autolesiones sin finalidad suicida (ASFS), las CS y el suicidio propiamente dicho<sup>9</sup>. Aunque en trabajos de investigación recientes las ASFS y la CS se diferencian en intencionalidad, frecuencia y letalidad<sup>10</sup>, se ha descrito que estos dos comportamientos a menudo ocurren de manera concurrente<sup>11,12</sup>. Para algunos autores, las conductas ASFS son un factor de riesgo y, de alguna manera, conductas precursoras para la futura aparición de IS<sup>13-16</sup>. Asimismo, se ha utilizado el modelo del iceberg para ilustrar la gran prevalencia de autolesiones no detectadas como parte de un espectro que abarca la CS y finaliza con el suicidio consumado<sup>17,18</sup>.

La distinción entre CS y ASFS es un tema controvertido, del que se han postulado distintas teorías como la "Teoría de la Compuerta (*Gateway*)", la de la "Tercera variable" y la de "Adquisición de capacidad para el suicidio" de Joiner<sup>19</sup>. Además, pocos trabajos hablan del porqué de la coocurrencia entre ambas entidades en población psiquiátrica en general y en trastorno límite de la personalidad (TLP) en particular.

Partiendo de la hipótesis de que los IS en pacientes con TLP se asocian a la presencia concomitante de ASFS y, de forma recíproca, las ASFS se asocian a la presencia de IS, los objetivos del presente trabajo son:

- Analizar la relación entre CS y ASFS en TLP.
- Determinar si los IS están relacionados con la presencia ASFS y viceversa.
- Conocer si la presencia de ASFS se relaciona con un mayor número de IS.

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio transversal, observacional y retrospectivo, que pretende analizar las relaciones entre las ASFS y la CS. Se trata de una muestra de 134 pacientes de entre 18 y 56 años, con diagnóstico de TLP de acuerdo con criterios DSM-5 (enumerados en Tabla 1). Estos pacientes fueron reclutados consecutivamente en el proceso de admisión a la Unidad de Día de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Se trata de una unidad específica y de referencia nacional para tratamiento de pacientes con este diagnóstico.

Tabla 1

Criterios diagnósticos para Trastorno Límite de Personalidad, según el DSM-5 (APA. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5]. Arlington V, editor. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.)

1. Esfuerzos desesperados o exagerados por evitar una vivencia de desamparo
2. Patrón de relaciones interpersonales caracterizadas por la inestabilidad, que oscila entre la idealización y el rechazo de otras personas
3. Alteración de la vivencia de la identidad propia
4. Impulsividad
5. Conductas suicidas
6. Inestabilidad afectiva
7. Sensación crónica de vacío
8. Episodios de enfados o de ira inapropiados
9. Ideas paranoides transitorias

Las principales características descriptivas de los pacientes se muestran en la Tabla 2.

Fueron excluidos los pacientes que cumplieran criterios para otros diagnósticos, aquellos con cociente intelectual menor de 85, enfermedad neurológica severa, historia de traumatismo craneoencefálico, enfermedad médica grave, abuso actual de sustancias psicoactivas –exceptuando el tabaco– o la negativa a participar en el estudio. El Comité de Ética del Hospital aprobó el protocolo de evaluación y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

La evaluación clínica se llevó a cabo con la validación al castellano de la *Columbia- Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*<sup>20</sup>, valorando la presencia o no de IS y ASFS, número de IS y modalidad de las tentativas de autolisis. Los sujetos

Tabla 2		
Variables descriptivas de la muestra estudiada		
	n	Porcentaje (%)
<b>Sexo (N = 134)</b>		
Hombre	37	27,6
Mujer	97	72,3
<b>Estado civil (N = 114)</b>		
Soltero/a	83	72,8
Casado/a o en pareja	26	22,8
Divorciados o separados	5	4,4
<b>Hijos (N = 134)</b>		
No	109	81,4
Sí	25	18,6
<b>Actividad actual (N = 134)</b>		
Desocupado	78	58,2
Trabajando	16	11,9
Estudiante	24	17,9
Baja laboral	16	11,9
<b>Nivel educativo (N = 134)</b>		
Estudios primarios	18	13,5
Estudios secundarios	53	39,8
Formación profesional	27	20,3
Estudios universitarios	35	26,6
<b>Nivel socioeconómico (N = 134)</b>		
Bajo	20	22,7
Intermedio	37	42
Alto	31	35,2
<b>Años de evolución de la enfermedad (N = 134)</b>		
Hasta cinco años	23	17,2
Entre cinco y diez años	26	19,4
Más de diez años	85	63,4
<b>Tipo de tratamiento previo (N = 134)</b>		
Ninguno	3	2,2
Psicofarmacológico	34	25,4
Psicoterapéutico	12	8,9
Psicofarmacológico + Psicoterapéutico	85	63,4

fueron evaluados de manera individual por un psiquiatra y psicólogo clínico durante aproximadamente 120 minutos en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España). Con el fin de minimizar la variabilidad, todas las pruebas fueron realizadas en horarios similares (entre las 10 y las 12 a.m.).

### Análisis estadístico

Se utilizaron la media y la desviación estándar para la descripción de los datos continuos y los porcentajes para los datos categóricos. Con respecto a las variables cuantitativas, se determinó su ajuste a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La muestra se dividió en dos grupos según la existencia o no de antecedentes de CS y según la existencia o no de ASFS. Se realizaron comparaciones por variables mediante el test Chi cuadrado y la T de Student. La asociación entre variables se analizó a través de un modelo de regresión logística multivariado y binomial negativa. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 19.0. El nivel de significación para todas las pruebas de contraste de hipótesis fue del 0,05.

### RESULTADOS

Para los intentos de suicidio/autolíticos (IS), 104 pacientes de los 134 (77,6 %) refieren antecedentes de al menos un IS, mientras 30 pacientes (22,4 %) no tienen ASFS, como muestra la Figura 1. La media del número de IS es de 2,69 para cada paciente, con una desviación estándar de 1,774.

Para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (ASFS), 86 pacientes (64,2 %) informan de antecedentes de ASFS, mientras que 48 pacientes (35,8 %) no presentan estos antecedentes, como también detalla la Figura 1.

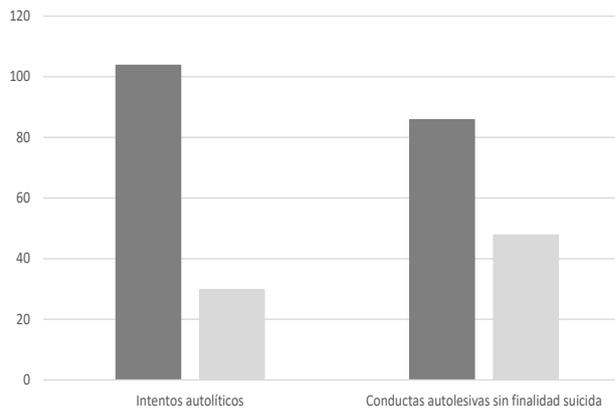


Figura 1 Conductas suicidas y relacionadas (n = 134)

Dentro del método seguido para realizar la tentativa suicida, se observa la distribución que muestra la Tabla 3. El método más frecuente es la combinación de métodos (53,5 %), seguido de sobreingesta medicamentosa (46,5 %).

Con el análisis multivariado mediante regresión logística, se encuentra una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,038$ ) con las ASFS, con una *odds ratio* de 3.218, para un intervalo de confianza del 95 % (1.069-9.690). Con el análisis multivariado mediante regresión binomial negativa, los ASFS (64,2 %) también se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de IS según el análisis multivariante.

Tabla 3		Método del intento autolítico en la muestra estudiada	
	N	Porcentaje (%)	
<b>Sobreingesta medicamentosa</b>			
Sí	40	46,5	
No	46	53,5	
<b>Venoclisis</b>			
Sí	6	7	
No	80	93	
<b>Envenenamiento</b>			
Sí	1	1,2	
No	85	98,8	
<b>Ahorcamiento</b>			
Sí	1	1,2	
No	85	98,8	
<b>Precipitación</b>			
Sí	6	7	
No	80	93	
<b>Arma blanca</b>			
Sí	1	1,2	
No	85	98,8	
<b>Arrojarse a vehículos</b>			
Sí	2	2,3	
No	84	97,7	
<b>Otros métodos/combinación de métodos</b>			
Sí	46	53,5	
No	40	46,5	

A su vez, las ASFS se asocian de forma estadísticamente significativa con los IS ( $p = 0,006$ ) con una *odds ratio* de 4.037, y un intervalo de confianza del 95 % (1.491-10.932).

## DISCUSIÓN

Los datos presentados muestran cifras de antecedentes de IS algo mayores (77,6 %) que las recogidas en la literatura (40-70 %) <sup>5,21,22</sup>. Esto puede ser debido a que los pacientes de la muestra estudiada provienen de una población clínica con características distintivas en comparación con otras poblaciones de pacientes con TLP. Son pacientes con TLP con un curso clínico calificado como grave y que han sido remitidos a la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, bien desde la propia área sanitaria del Hospital en el que se localiza la unidad o bien desde otros centros sanitarios, como unidad específica para tratamiento de TLP, para beneficiarse de programas más individualizados a este tipo de población <sup>23</sup>.

Otra característica peculiar de la muestra estudiada es que la presencia de antecedentes de intentos autolíticos (IS) (77,6 %) es más frecuente que la presencia de conductas autolesivas sin finalidad suicida (ASFS) (64,2 %). La literatura recoge precisamente el dato contrario, es decir, que las ASFS son más frecuentes que los IS <sup>24</sup>. Esta característica también podría estar asociada con la mayor gravedad clínica de la muestra de pacientes a la que se ha hecho mención previamente. Dado que, en el espectro de las conductas suicidas y conductas relacionadas, la manera de reaccionar ante circunstancias vividas como estresantes en momentos de desbordamiento emocional va a ser más tendente a realizar un acto o conducta disruptiva con finalidad de muerte que a un acto sin esa finalidad. Precisamente, el rasgo distintivo principal entre un IS y las NSSI es la intencionalidad de morir <sup>8,9,25</sup>.

La distinción entre CS y ASFS es un tema en debate en la literatura científica. Se ha aceptado el modelo de Hamza *et al.* 2012 <sup>19</sup>, en el que se propone un modelo que integra la "Teoría de la Compuerta (Gateway)", la de la "Tercera variable" y la de "Adquisición de capacidad para el suicidio" de Joiner para explicar la relación entre las ASFS y la CS. El TLP puede funcionar como esa tercera variable, aunque el modelo del estudio presentado, como se señalará más adelante, limita poder concluir que protagoniza una capacitación progresiva desde la ASFS hasta la CS propiamente dicha mediante un aumento de la carga percibida o el sentimiento de pertenencia frustrada.

El presente estudio encuentra una fuerte asociación estadística en el análisis multivariante entre ASFS y CS en los pacientes diagnosticados de TLP, hallazgo también presente en otros estudios <sup>14</sup>. El riesgo de suicidio está asociado con las ASFS, en particular con las autolesiones repetidas. Se encuentra asociación estadísticamente significativa en el análisis multivariante realizado mediante regresión binomial negativa entre

los ASFS y el número de IS. Es decir, el haber presentado ASFS se relaciona no solo con la presencia de IS, sino también con un mayor número de intentos. De esta forma, en el presente estudio se reproducen resultados encontrados por otros autores, quienes afirman que la historia de ASFS se asocia también al riesgo de repetición de la conducta autolesiva, especialmente el primer mes tras la valoración hospitalaria<sup>26</sup>.

Hay pocos estudios longitudinales que permitan establecer la dirección del nexo entre ASFS y CS. Pero, en cualquier caso, puede afirmarse la relación estadística entre antecedentes de ASFS y el riesgo de futuras CS<sup>19</sup>. Se encuentra que las conductas ASFS son un mayor predictor de IS que a la inversa, es decir, que los IS respecto a las NSSI, como señalan trabajos recientes<sup>15,27,28</sup>. Se observa que ambas están estrechamente relacionadas y pueden formar un continuo en la expresión de un malestar básico común a ellas<sup>29</sup>. Por tanto, la identificación de las ASFS podría tener interés de cara a la prevención de conductas más disruptivas y graves como los IS, basándonos en estos resultados.

La principal limitación del estudio es que se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, de temporalidad concurrente y retrospectivo. Este modelo de diseño no permite establecer nexos de causalidad entre las asociaciones estadísticas descritas y no tiene la potencia estadística equiparable a la de un estudio prospectivo. Asimismo, la presencia de un grupo control podría hacer el estudio más consistente, aspecto que se rechazó en un primer momento porque el servicio de estadística y el Comité de Ética lo consideraron innecesario.

## CONCLUSIONES

Las ASFS y las CS son comportamientos nucleares en el TLP. El TLP se asocia a tasas de IS y ASFS en cifras altas. Ambas aparecen relacionadas entre sí en el TLP en el presente estudio de forma significativa según el análisis multivariado. Asimismo, en su valoración cuantitativa, un mayor número de IS se asocia de forma significativa a las NSSI.

**Agradecimientos.** Queremos agradecer a todos los miembros del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos su apoyo y ayuda en la recogida de los datos para este estudio.

**Conflicto de intereses.** Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan PM, Bohus PM. Borderline personality disorder. *Lancet*, vol. 364, 2004, p. 453-61.
- Paris J. Borderline Personality Disorder. *Encycl. Hum. Behav. Second Ed.*, vol. 377, 2012, p. 372-6.
- Gunderson JG. Reducing Suicide Risk in Borderline Personality Disorder. *JAMA*. 2015;314:181.
- Baus N, Fischer-Kern M, Naderer A, Klein J, Doering S, Pastner B, et al. Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2014;218:129-33.
- Jopling EN, Khalid-Khan S, Chandrakumar SF, Segal SC. A retrospective chart review: Adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *Int J Adolesc Med Health*. 2018;30.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-81.
- Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *Encephale*. 2008;34:452-8.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227-39.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. 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*. 2007;164:1035-43.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010;178:101-5.
- 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.
16. 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.
  17. Arensman E, Corcoran P, McMahon E. The iceberg model of self-harm: new evidence and insights. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5:100-1.
  18. Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B, et al. 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*. 2019;6:1021-30.
  19. 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.
  20. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev Psiquiatr y Salud Ment*. 2016;9:134-42.
  21. Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011;377:74-84.
  22. Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline Personality Disorder in the Primary Care Setting. *Med Clin North Am*. 2014;98:1049-64.
  23. Lana F, Sánchez-Gil C, Ferrer L, López-Patón N, Litvan L, Marcos S, et al. Efectividad de un programa terapéutico integrado para trastornos graves de la personalidad. Seguimiento pragmático de 36 meses. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:3-10.
  24. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:885-90.
  25. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:226-39.
  26. Bennardi M, McMahon E, Corcoran P, Griffin E, Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*. 2016;16:421.
  27. Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, Aikins JW, Cheah CSL, Spirito A. Longitudinal Trajectories and Predictors of Adolescent Suicidal Ideation and Attempts Following Inpatient Hospitalization. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:92-103.
  28. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry*. 2011;168:495-501.
  29. Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:282-97.