

Marina Díaz-Marsa^{1,2,3}
Alejandra Gálvez-Merlín^{1,2*}
Ana I. Guillén⁴
Alejandro de la Torre-Luque^{2,3}
José M. López-Villatoro^{1,2}
Luis Beato-Fernández⁵
Filomena Polo-Montes⁵
Magdalena León-Velasco⁵
Andrés Gómez-del Barrio^{3,6,7}
Isabel Santos-Carrasco^{8,2}
Álvaro Carrasco-Díaz⁹
José L. Carrasco^{1,2,3}

Estudio Transdiagnóstico de la Impulsividad y de la Conducta Autolítica en los Trastornos Impulsivos e Inestables

- ¹ Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, Spain.
² Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain.
³ Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain.
⁴ Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain.
⁵ Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, Spain.
⁶ Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Spain.
⁷ Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL) Santander, Spain.
⁸ Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, Spain.
⁹ Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, Spain.

RESUMEN

Introducción. La elevada comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pone de manifiesto la necesidad de establecer modelos transdiagnósticos, donde la impulsividad podría tener un papel relevante en las manifestaciones de la conducta autolítica. Objetivos: 1) Comparar los niveles de impulsividad y conducta autolítica entre personas con TLP, personas con TCA y controles. 2) Predecir la presencia de conductas autolíticas a partir de la impulsividad y otras variables clínicas relevantes, como la vivencia de acontecimientos traumáticos y la sensibilidad al rechazo.

Método. 108 mujeres (23 controles; 29 con diagnóstico de TCA restrictivo (TCAR); 21 con diagnóstico de TCA purgativo (TCAP); y 35 con diagnóstico de TLP) fueron evaluadas a través de la Escala de Impulsividad de Barratt, el Cuestionario para Experiencias Traumáticas y el Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo. La información sobre conducta autolítica fue recogida a través de entrevista e historia clínica.

Resultados. Se encontraron diferencias en las puntuaciones de impulsividad y conducta autolítica entre los grupos, encontrándose mayor impulsividad en los grupos TLP y TCAP, y ma-

yores índices de conducta autolítica en el grupo TLP seguido de ambos grupos de TCA. Por otro lado, la impulsividad predecía los intentos de suicidio, y junto con la sensibilidad al rechazo interpersonal predecía las autolesiones no suicidas (ANS).

Conclusión. La impulsividad es una variable dimensional en el TLP y en los TCA, que a su vez juega un papel relevante en la predicción de las conductas autolíticas.

Palabras clave. Trastornos de la conducta alimentaria; Trastorno límite de la personalidad; Impulsividad; Sensibilidad al rechazo interpersonal; Conducta Autolítica.

Actas Esp Psiquiatr 2023;51(3): 120-29 | ISSN: 1578-2735

TRANSDIAGNOSTIC STUDY OF IMPULSIVITY AND SELF-INJURIOUS BEHAVIOUR IN UNSTABLE AND IMPULSIVE DISORDERS

ABSTRACT

Introduction. High comorbidity between borderline personality disorder (BPD) and eating disorders (ED) shows the necessity of developing transdiagnostic models, where impulsivity could play a relevant role in the manifestations of self-injurious behaviour. Objectives: 1) To compare the levels of impulsivity and self-injurious behaviour among people with BPD, people with ED and controls. 2) To predict the presence of self-injurious behaviour based on impulsivity and other relevant clinical variables, such as the experience of traumatic events and sensitivity to rejection.

*** Dirección de correspondencia:**

Alejandra Gálvez Merlín.
Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
Avenida de Séneca 2. CÓDIGO POSTAL: 28046. Madrid (España)
Teléfono: +(00) (34) 91 394 15 00
email: alegalve@ucm.es

Methods. 108 women (23 controls; 29 with a diagnosis of restrictive ACT (rED); 21 with a diagnosis of purgative ACT (pED); and 35 with a diagnosis of BPD) were assessed using the Barratt Impulsivity Scale, the Traumatic Experiences Questionnaire and the Sensitivity to Rejection Questionnaire. Information about self-injurious behaviour was collected through interview and clinical history.

Results. Differences in impulsivity and self-injurious behaviour scores were found between the groups, with higher impulsivity in the BPD and pED groups, and higher rates of self-injurious behaviour in the BPD group followed by both ED groups. On the other hand, impulsivity predicted suicide attempts, and together with sensitivity to interpersonal rejection predicted nonsuicidal self-harm (NSSH).

Conclusion. Impulsivity is a dimensional variable in BPD and ED, which in turn plays a relevant role in the prediction of self-injurious behaviour.

Keywords. Eating disorders; Borderline personality disorder; Impulsivity; Sensitivity to interpersonal rejection; Self-injurious behaviour.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos impulsivos e inestables como el trastorno límite de la personalidad (TLP) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen cuadros clínicos de importante gravedad, con elevados índices de prevalencia en contextos clínicos y sanitarios. Suponen un alto coste económico, un alto grado de sufrimiento y pérdida de calidad de vida para las personas afectadas y un importante deterioro en el entorno familiar y social^{1,2}.

A pesar de la heterogeneidad de ambos cuadros clínicos, presentan elevadas tasas de comorbilidad entre sí, y cuadros sindrómicos compartidos, tales como problemas afectivos, interpersonales, de autoconcepto y del control de impulsos^{3,4,5}. Esta sintomatología compartida sumada a la presencia de factores etiológicos comunes como la vivencia de acontecimientos traumáticos, ha impulsado la concepción de enfoques dimensionales y transdiagnósticos, que ponen el foco en la sintomatología y en los procesos comunes que subyacen a ambos cuadros clínicos. En este sentido, la impulsividad, es una variable presente en múltiples trastornos, que algunos autores han planteado como transdiagnóstica para la sintomatología límite y TCA^{6,7}.

Del mismo modo, la impulsividad ha demostrado ser un factor de riesgo crítico en el inicio y mantenimiento de las conductas autolíticas graves que suelen estar presentes en ambas patologías, como son las autolesiones no

suicidas (ANS)⁸ y los intentos de suicidio⁹. Las ANS hacen referencia a lesiones autoinflingidas (como cortes, quemaduras, etc.) que se hacen sin intención de provocar la muerte¹⁰. Concretamente, en el TLP se han registrado ANS en el 90% de los casos, e intentos de suicidio en el 75%¹¹. En los TCA las cifras de intentos de suicidio oscilan entre el 25 y 33%¹², y el 21% muestran ANS¹³.

Uno de los modelos más relevantes para explicar y predecir la conducta suicida es la Teoría Interpersonal del Suicidio¹⁴. Según este modelo, las variables interpersonales asociadas a la percepción del rechazo interpersonal, y la historia de relaciones interpersonales deficientes y traumáticas serían predictores relevantes de las ANS, la ideación suicida y los intentos de suicidio¹⁵. Paralelamente, los estudios muestran que la sensibilidad al rechazo predice un agravamiento de la sintomatología alimentaria¹⁶ y ha sido frecuentemente asociada la sintomatología límite¹⁷, siendo una variable mediadora entre la sintomatología límite y alimentaria¹⁸. En cuanto la historia de situaciones traumáticas pasadas, se han registrado tanto en pacientes con TCA^{19,20} como en pacientes con TLP^{21,22}. Algunos modelos establecen la existencia de acontecimientos traumáticos como factor etiológico común de ambos cuadros clínicos⁷.

En definitiva, la impulsividad es una variable de interés general en psicopatología, pero parece especialmente relevante su estudio como mecanismo transdiagnóstico en personas con TLP y personas con TCA. Por otro lado, debido a la importante presencia de intentos de suicidio y ANS en personas con diagnóstico de TLP y TCA y su complicado abordaje clínico, resulta también de interés estudiar la potencial conexión de la impulsividad y otras variables clínicas relevantes "como la sensibilidad al rechazo interpersonal y la vivencia de acontecimientos traumáticos" con la conducta autolítica en estos pacientes.

Por ello, los objetivos de este trabajo fueron comparar los niveles de impulsividad y conducta autolítica (intentos de suicidio y ANS) entre personas con TLP, personas con TCA -considerando sus subtipos clínicos (i.e., TCA restrictivo vs. TCA purgativo)- y controles sanos, y predecir la presencia de conducta autolítica a partir de la impulsividad y otras variables clínicas relevantes como la vivencia de acontecimientos traumáticos y la sensibilidad al rechazo.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estaba formada por 35 mujeres con diagnóstico primario de TLP, 29 mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria de tipo restrictivo (TCAR) -anorexia

nerviosa restrictiva (ANR)-, 21 mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria de tipo purgativo (TCAp) -anorexia nerviosa de tipo purgativo (ANP) o bulimia nerviosa (BN)-, y 22 controles sanas. Los grupos clínicos fueron definidos siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5²³.

Los criterios de exclusión para la muestra fueron: 1) historia previa de trastornos esquizofreniformes, trastorno bipolar o trastornos neuro-psiquiátricos o de cualquier enfermedad médica que pueda interferir en el desarrollo del estudio, 2) cociente intelectual por debajo de 85.

Las pacientes fueron reclutadas de tres hospitales en España (i.e., Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Hospital General Universitario de Ciudad Real y Hospital Marqués de Valdecilla de Santander). Se encontraban en tratamiento ambulatorio y se les ofreció participar en la investigación. Las participantes del grupo control fueron mujeres sanas procedentes de diversos ámbitos (hospitalario, educativo y otros), de características sociodemográficas similares a los grupos clínicos.

Todas las participantes firmaron el consentimiento informado donde se les informaba de los objetivos del estudio, la voluntariedad participación, y el tratamiento anónimo de sus datos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Humana de los hospitales participantes.

Instrumentos y procedimiento de recogida de datos

La recogida de las variables clínicas relevantes fue llevada a cabo por psicólogos y psiquiatras experimentados. Todos los instrumentos de evaluación se aplicaron a todas las participantes. La información relativa a la edad, el índice de masa corporal (IMC), la presencia o no de ANS y el número de intentos de suicidio fue recogida a través de una entrevista elaborada *ad hoc* y de su historial clínico.

Para evaluar la presencia de trastornos mentales del Eje I y del Eje II, se utilizaron la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)²⁴ y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)²⁵, respectivamente. Para evaluar el grado de impulsividad se utilizó la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)²⁶. La vivencia de acontecimientos traumáticos se evaluó a través del Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)²⁷, y la evaluación de la sensibilidad al rechazo interpersonal se realizó mediante el Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo (CSR)²⁸.

Análisis estadístico

En primer lugar, se describió la muestra usando medias y desviaciones típicas para las puntuaciones cuantitativas y proporción de casos para las variables categóricas. Los grupos se compararon entre sí a través de sus características clínicas, usando el análisis de la covarianza (ANCOVA) para la impulsividad, el test *H* de Kruskal-Wallis para la variable número de intentos de suicidio, y la prueba Chi Cuadrado para la variable dicotómica de ANS. El indicador del tamaño del efecto fue η^2_p para la variable impulsividad, y *V* de Cramer para la variable ANS.

Finalmente, se realizaron dos análisis de regresión lineal generalizada para identificar las variables predictoras de la conducta autolítica. Para el primer análisis, se dicotomizó la variable de criterio "intentos de suicidio" (0 = ausencia de intentos de suicidio, 1 = presencia de intentos de suicidio) y para el segundo análisis se utilizó la variable de criterio dicotómica "ANS" (0 = ausencia de ANS, 1 = presencia de ANS). Para cada análisis de regresión, se introdujeron como posibles variables predictoras las siguientes: puntuación total en BIS-11, puntuación total en TQ, y puntuación en la subescala de Expectativas de Rechazo del CSR. Se seleccionó la subescala de Expectativas de Rechazo del CSR debido a que el cuestionario no dispone de una puntuación total global de la prueba. El diagnóstico clínico se introdujo como covariable en los dos modelos de regresión. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa IBM SPSS versión 27,0, y con el software R Core, versión 4,0,2.

Resultados

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra han sido descritas en la Tabla 1. En cuanto a la información descriptiva de las variables clínicas, las medias en el número de intentos de suicidio son muy similares entre ambos grupos de TCA, e inferiores respecto a las pacientes con TLP. El grupo de pacientes con TLP es el que presenta con más frecuencia intentos de suicidio (91,4%), seguido del grupo de pacientes con TCAp (61,9%), y de pacientes con TCAr (31%). En cuanto a las ANS, el grupo de personas con TLP es el que presenta más prevalencia (45,7%), seguido de ambos grupos de TCA (en torno al 10% en ambos grupos). Por último, el grupo control no presenta ANS ni intentos de suicidio.

Para las puntuaciones en impulsividad, los resultados representados en la Tabla 2 muestran que hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de impulsividad entre los grupos ($p < ,01$), con un tamaño del efecto grande ($\eta^2_p = ,18$). Como se puede observar en la Ta-

Tabla 1	Características sociodemográficas y clínicas de la muestra									
	Grupo									
	Control (n=23)		TCAr (n=29)		TCAp (n=21)		TLP (n=35)			
	m	dt	m	dt	m	dt	m	dt		
Edad	23,35	2,53	26,34	6,61	26,90	6,03	30,51	10		
IMC	20,11	1,96	17,34	2,3	21,18	5,56	24,40	5,19		
Número de intentos de suicidio	0	0	1,03	2,49	0,90	0,83	2,86	2,76		
Estado civil										
	Soltera/Separada		87%		84,6%		91,3%		74,4%	
	Casada/En pareja		13%		15,4%		8,7%		25,7%	
Nivel de estudios										
	Secundaria/Formación profesional		4,5%		22,7%		36,3%		65,7%	
	Superiores		95,5%		77,2%		63,6%		31,5%	
Estatus laboral										
	Desempleada		0%		10%		4,8%		54,8%	
	Trabajadora		9,5%		25%		42,9%		12,9%	
	Estudiante		90,5%		50%		47,6%		9,7%	
	Baja laboral/Incapacidad		0%		10%		4,8%		22,6%	
Conducta Autolítica										
	ANS		0%		10,3%		9,5%		45,7%	
	Intentos de suicidio		0%		31%		61,9%		91,4%	

Nota. TCAR: pacientes con trastorno de la conducta alimentaria de tipo restrictivo. TCAp: pacientes con trastorno de la conducta alimentaria de tipo purgativo. TLP: pacientes con trastorno límite de la personalidad. IMC: índice de masa corporal. ANS: autolesiones no suicidas. n: tamaño muestral. m: media. dt: desviación típica.

Tabla 2	Resultados análisis de la covarianza (ANCOVA) para la variable impulsividad				
Grupo	n	m	dt	F	η^2_p
Control	23	35,39	16,65	7,736**	,18
TCAR	29	40,66	19,67		
TCAp	21	51,05	20,30		
TLP	35	59,26	24,42		

Nota. n: tamaño muestral. m: media. dt: desviación típica. F: cociente de varianzas. η^2_p : tamaño del efecto. TCAR: pacientes con trastorno de la conducta alimentaria de tipo restrictivo. TCAp: pacientes con trastorno de la conducta alimentaria de tipo purgativo. TLP: trastorno límite de la personalidad. **: $p < ,01$.

Tabla 2, el grupo control es el que presenta puntuaciones más bajas, seguido del de TCAR, mientras que el grupo de TLP es el que presenta las puntuaciones más altas, seguido del grupo TCAp. En las pruebas *post hoc* para la comparación

entre grupos, la prueba de Bonferroni muestra que el grupo de pacientes con TLP presenta una puntuación significativamente mayor que el grupo de pacientes TCAR ($p = ,003$) y que el grupo control ($p < ,001$); pero no existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con TLP y el grupo de pacientes con TCAp ($p = ,909$). A su vez, el grupo de pacientes con TCAp no presenta diferencias significativas con el grupo de pacientes con TCAR ($p = ,486$), ni con el grupo control, si bien en este último caso la diferencia se aproxima a la significación estadística ($p = ,08$). Por último, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en impulsividad entre el grupo de pacientes con TCAR y el grupo control ($p = 1$).

Para comparar los intentos de suicidio entre grupos se utilizó la prueba no paramétrica *H* de Kruskal-Wallis, debido a que la variable número de intentos de suicidio no sigue una distribución normal. Se encontraron diferencias entre los grupos, obteniendo el estadístico un valor de $H = 50,12$ ($p < ,001$), siendo el grupo de TLP el que presenta

mayores intentos de suicidio, seguido de los grupos TCAr y TCAp. El grupo control no presenta intentos de suicidio. En las pruebas *post hoc* para la comparación entre grupos, la prueba de Bonferroni muestra que las diferencias son significativas entre el grupo control y todos los grupos clínicos ($p = ,042$ para TCAr; $p = ,001$ para TCAp; y $p < ,001$ para TLP). El grupo de TLP muestra también diferencias significativas frente a TCAr ($p < ,001$) y TCAp ($p = ,003$). Sin embargo, entre los grupos TCAr y TCAp las diferencias no fueron significativas ($p = ,141$).

Para evaluar las diferencias en la presencia o no de ANS entre los grupos, se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson, que resultó ser significativa con un valor de $\chi^2 = 45,02$ ($p < ,001$), con un tamaño del efecto moderado (V de Cramer = $,47$). El grupo de TLP es el que presenta con mayor frecuencia ANS (45,7%), seguido de los grupos TCAr y TCAp (10,3% y 9,5%). El grupo control no presenta ANS.

Tabla 3	Resultados del análisis de regresión lineal generalizado para la variable intentos de suicidio		
	OR	I.C. 95%	t
Intercepto	2,84	[2,41, 3,37]	12,3**
Edad	1,21	[1,02, 1,44]	2,39*
Expectativas de rechazo	0,97	[0,81, 1,14]	- 0,41
Impulsividad	1,21	[1,01, 1,44]	2,27*
Experiencias traumáticas	0,89	[0,74, 1,09]	- 1,19

Nota. OR: razón de probabilidades. I.C.: intervalo de confianza. t: prueba t de Student. **: $p < ,01$. *: $p < ,05$.

Para las variables predictoras de la conducta autolítica, según el criterio de información de Akaike (AIC), el modelo con covariables es el que mejor explica la probabilidad de que se lleven a cabo intentos de suicidio ($AIC = 683,35$), ya que presenta un índice AIC inferior al del modelo sin covariables ($AIC = 705,9$). Como se muestra en la Tabla 3, las variables que han resultado ser significativas para predecir los intentos de suicidio han sido la edad ($OR = 1,21$, I.C. = [1,02, 1,44], $t = 2,39$, $p < ,05$) y la impulsividad ($OR = 1,21$, I.C. = [1,01, 1,44], $t = 2,27$, $p < ,05$).

Por su parte, los resultados del análisis de regresión lineal generalizado para la variable de ANS también indican que el modelo con covariables es el que mejor explica la probabilidad de que se lleven a cabo ANS ($AIC = 201,27$), ya que presenta un índice AIC inferior al del modelo sin covariables ($AIC = 220,62$). Como se muestra en la Tabla 4, las variables

Tabla 4

Resultados del análisis de regresión lineal generalizado para la variable autolesiones no suicidas

	OR	I.C. 95%	t
Intercepto	0,33	[0,22, 0,48]	- 5,57**
Edad	1,87	[1,35, 2,67]	3,61**
Expectativas de rechazo	0,59	[0,4, 0,86]	- 2,72*
Impulsividad	1,91	[1,3, 2,91]	3,15**
Experiencias traumáticas	1,15	[0,71, 1,74]	0,62

Nota. OR: razón de probabilidades. I.C.: intervalo de confianza. t: prueba t de Student. **: $p < ,01$. *: $p < ,05$.

que han resultado ser significativas para predecir las ANS han sido la edad ($OR = 1,87$, I.C. = [1,35, 2,67], $t = 3,61$, $p < 0,01$), la impulsividad ($OR = 1,95$, I.C. = [1,3, 2,91], $t = 3,15$, $p < ,01$) y las expectativas de rechazo ($OR = 0,59$, I.C. = [0,4, 0,86], $t = - 2,72$, $p < ,05$).

DISCUSIÓN

Los objetivos planteados para la elaboración de este trabajo fueron comparar los niveles de impulsividad y conducta autolítica (intentos de suicidio y ANS) entre personas con TLP, personas con TCA –considerando sus subtipos clínicos (i.e., TCA restrictivo vs. TCA purgativo)- y controles sanos, y predecir la presencia de conducta autolítica a partir de la impulsividad y otras variables clínicas relevantes como la vivencia de acontecimientos traumáticos y la sensibilidad al rechazo.

En relación con la impulsividad, los resultados muestran que las pacientes con TLP presentan las puntuaciones más altas, seguidas de las pacientes con TCAp, las TCAr y, por último, el grupo control. Es decir, podríamos hablar de tres perfiles clínicos; uno marcadamente más impulsivo, con prevalencia de sintomatología límite, otro moderadamente impulsivo, con prevalencia de sintomatología purgativa, y otro menos impulsivo, con sintomatología más restrictiva. Los resultados de este trabajo apoyan parcialmente el planteamiento de Newton⁷, en el sentido de que la impulsividad se podría plantear como un posible elemento transdiagnóstico entre ambas patologías. Sin embargo, los niveles de impulsividad se asemejan más entre las pacientes con TLP y las pacientes con TCAp, encontrándose una dimensionalidad en el continuo impulsivo.

Comparando nuestros resultados con la bibliografía científica disponible, múltiples estudios confirman la presencia de puntuaciones altas en impulsividad en personas con

TLP^{29,30}. Sin embargo, para los TCA la evidencia es más inconsistente y hay variaciones en función del tipo de TCA. Parece que el subtipo purgativo serían los TCA con mayor déficit en el control de impulsos frente al subtipo restrictivo^{31,32,33}.

En cuanto a los correlatos biológicos que se conocen sobre la impulsividad, se han registrado alteraciones en la amígdala y el sistema prefrontal cuando la impulsividad es elevada³⁴. Estas alteraciones en sistema límbico y prefrontal han sido confirmadas en otros estudios tanto en TLP^{35,36}, como en TCA^{37,38}, así como su relación con la conducta impulsiva. Con esos datos y basándonos en los resultados de este trabajo podríamos plantear que los niveles altos de impulsividad en las pacientes con TLP y TCAp pueden estar relacionados con una alteración común en las funciones límbicas y frontales, pudiendo ser esta alteración más grave en las pacientes con TLP.

Continuando con los objetivos del estudio, al comparar los niveles de conducta autolítica entre los distintos grupos clínicos, encontramos que el grupo de TLP es el que presenta con mayor frecuencia intentos de suicidio y ANS. Estos resultados coinciden con la literatura científica actual, ya que ambas problemáticas son frecuentes en el TLP¹¹. Dentro de los subtipos de TCA, el TCAp presenta mayor frecuencia de intentos de suicidio respecto al subgrupo TCAr, aunque en el caso de las ANS no parece haber grandes diferencias entre ambos subgrupos. Estos resultados coinciden con los de Mandelli, et al.³⁹, que también habían encontrado una mayor incidencia de intentos de suicidio en pacientes con TCAp respecto a TCAr, pero no con Riva et al.⁴⁰, que también habían encontrado estas mismas diferencias entre subgrupos para las ANS. Aunque los intentos de suicidio y las ANS suelen ser fenómenos concurrentes⁴¹, no siempre tienen por qué darse de manera conjunta. Las ANS cumplen generalmente una función de regulación emocional⁴². Por tanto, quizás los mayores niveles de impulsividad en las pacientes con TCAp puedan provocar esa mayor prevalencia de intentos de suicidio, mientras que las ANS pudieran estar moduladas por otras variables, al cumplir una función asociada a la regulación emocional y al bienestar psicológico.

Los resultados obtenidos en este estudio acerca de la impulsividad y las conductas autolíticas conllevan importantes implicaciones clínicas. La concepción de la impulsividad como variable común en el TLP y los TCAp puede orientar a los diferentes profesionales de salud mental a solventar los frecuentes problemas de comorbilidad entre el TLP y la bulimia nerviosa, orientándoles hacia un enfoque de tratamiento más transdiagnóstico, que tenga en cuenta el papel de la sintomatología impulsiva, y que a su vez permita el abordaje directo de las ANS y la reducción de los intentos de suicidio. Esto contribuye a una mejora del conocimiento fenotípico

de este grupo de pacientes y podría sentar las bases para la aplicación de tratamientos comunes en ambos trastornos, sobre todo los enfocados a las conductas impulsivas y autolíticas, mejorando la eficacia del trabajo de intervención de estas conductas que están suponiendo un colapso de los sistemas sanitarios actuales. Por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)⁴³ ha demostrado su eficacia en la reducción significativa de la conducta problemática impulsiva⁴⁴. La ACT se considera un tratamiento transdiagnóstico debido a que se basa en la funcionalidad de las conductas. Aunque la evidencia no es suficiente para afirmar la eficacia de la terapia ACT en las ANS y los intentos de suicidio, debido al escaso número de estudios disponibles, los resultados son prometedores⁴⁵. Por otro lado, la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)⁴⁶ es una terapia que fue diseñada para el tratamiento del TLP, pero que también ha demostrado su eficacia en TCA⁴⁷. Aunque las bases de la terapia se centran en la regulación emocional, la reducción de la impulsividad también puede ser un objetivo, por ejemplo, en el módulo de Mindfulness. En cuanto a la conducta suicida, en el metaanálisis de Wong et al.⁴⁸ hallaron que la psicoterapia reducía significativamente la sintomatología de TLP (con un tamaño del efecto grande) y también las ANS, si bien no hallaron una reducción significativa en el número de intentos de suicidio.

Por último, y en relación con el último objetivo (predecir la presencia de conducta autolítica a partir de la impulsividad y otras variables clínicas relevantes como la vivencia de acontecimientos traumáticos y la sensibilidad al rechazo), según los resultados obtenidos en los análisis de regresión, la impulsividad y la edad son variables que se relacionan de manera directa tanto con los intentos de suicidio como con las ANS. Como posible explicación, la impulsividad podría llevar a la toma de decisiones precipitadas, que pudieran no tener en cuenta todas las consecuencias negativas del suicidio. Parece esperable que las pacientes con mayor edad hayan acumulado más intentos de suicidio. En cuanto a las ANS, los resultados no coinciden con los de Cipriano et al.⁴⁹, que establece que las conductas autolíticas son más frecuentes en población joven y adolescente. No obstante, nuestros resultados podrían explicarse por las características de la muestra (las personas con TLP tienen mayor media de edad, y al mismo tiempo, es el subgrupo de pacientes que más presenta intentos de suicidio y ANS).

La sensibilidad al rechazo aparentemente no se ha visto relacionada con los intentos de suicidio en nuestro estudio. Estos resultados son contrarios a los esperados según la Teoría Interpersonal del Suicidio^{14,15}. Una posible explicación es el tipo de medida utilizada para evaluar la percepción del rechazo interpersonal. En el modelo de la Teoría Interpersonal del Suicidio se habla de la percepción del rechazo desde los constructos de pertenencia frustrada y la carga percibi-

da, dos constructos que no son medidos en el Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo³⁰ empleado en nuestro estudio. En el caso de las ANS, parece existir una relación inversa, siendo menos probable que cometan ANS aquellas personas que muestren mayores expectativas de rechazo. Estos resultados podrían explicarse por la presencia de otras variables intermedias que podrían suponer el foco de futuras investigaciones. Por otro lado, la presencia de acontecimientos traumáticos pasados no parece predecir la presencia de ANS ni de intentos de suicidio. Estos resultados no se asemejan a los obtenidos en investigaciones anteriores, donde los acontecimientos traumáticos pasados parecen ser un factor de riesgo crítico tanto en los intentos de suicidio⁵⁰ como en las ANS⁵¹. De nuevo una posible explicación es el tipo de medida utilizada, ya que el Cuestionario para Experiencias Traumáticas²⁸ fue elaborado para el cribaje del trastorno por estrés postraumático.

En conclusión, la impulsividad parece ser una variable de especial interés en el estudio y la intervención del TLP y de los TCAp, pudiendo tener un papel importante en los elevados índices de comorbilidad entre ambos. Se ha demostrado el poder predictivo de la impulsividad en la conducta autolítica, un problema clínico de importante gravedad y prevalencia en diversos cuadros clínicos, pero especialmente frecuente, en el TLP. Los resultados de este trabajo apuntan hacia una línea de intervención dimensional para el TLP y los TCAp, que tenga en cuenta el papel de la sintomatología impulsiva como una variable clave para la intervención de ambos cuadros clínicos, y, concretamente, para la reducción de las ANS e intentos de suicidio. Según la revisión de la literatura científica disponible actual, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia dialéctico-conductual se plantean como intervenciones eficaces y transdiagnósticas para la reducción de los niveles de impulsividad, cuyos resultados apuntan prometedores en la reducción de la conducta autolítica.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, la naturaleza del diseño de este estudio (transversal retrospectivo), y el análisis de datos (diferencia de medias y regresiones), no permite establecer explicaciones causales. Cabe mencionar también que, aunque los grupos diagnósticos fueron establecidos en función del DSM-5²³, los instrumentos utilizados para el *screening* de trastornos mentales del Eje I y Eje 2 son instrumentos elaborados a partir de las categorías establecidas en el DSM-IV-TR⁵². Por último, la muestra se compone exclusivamente de mujeres, por lo que los resultados no podrán extrapolarse a varones, aunque los TCA afectan mayoritariamente a mujeres (4:5)⁵³. Las limitaciones sobre la muestra fueron consecuencia de las dificultades del reclutamiento de varones con TCA.

Agradecimientos y conflictos de intereses

Este trabajo ha sido apoyado por el proyecto PI16/01949, integrado en el Plan Nacional de I+D+I, AES 2013-2016; financiado por el ISCIII y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). "Una forma de hacer Europa".

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornoLimitePersonalidad.pdf>
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01. http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Catalunya.pdf
3. Góngora, VC. Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria. *Psicodermatol. Psicológia, Cultura y Sociedad*. 2002;2:75-96. doi:10.18682/pd.v2i0.512
4. Moliner-Albero, R. Comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad. *Proyecto Hombre: Revista la Asociación Proyecto Hombre*. 2011;75:72-75.
5. Marucci S, Ragione LD, De Iaco G, et al. Anorexia Nervosa and Comorbid Psychopathology. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2018;18(4):316-324. doi:10.2174/1871530318666180213111637
6. Hasking P, Claes L. Transdiagnostic mechanisms involved in nonsuicidal self-injury, risky drinking and disordered eating: Impulsivity, emotion regulation and alexithymia. *J Am Coll Health*. 2020;68(6):603-609. doi:10.1080/07448481.2019.1583661
7. Newton JR. Borderline personality disorder and eating disorders: a trans-diagnostic approach to unra-

- velling diagnostic complexity. *Australas Psychiatry*. 2019;27(6):556-558. doi:10.1177/1039856219852297
8. Hamza CA, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and non-suicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;38:13-24. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.010
 9. Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Front Psychiatry*. 2018;9:56. Published 2018 Mar 7. doi:10.3389/fpsy.2018.00056
 10. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264-277. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264
 11. Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and mental health*, 11(3), 157-163. <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>
 12. Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current opinion in psychology*, 22, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.023>
 13. Islam, M. A., Steiger, H., Jimenez-Murcia, S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Riesco, N., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2015). Non-suicidal Self-injury in Different Eating Disorder Types: Relevance of Personality Traits and Gender. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 23(6), 553-560. <https://doi.org/10.1002/erv.2374>
 14. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 2005.
 15. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575-600. doi:10.1037/a0018697
 16. Bondü R, Bilgin A, Warschburger P. Justice sensitivity and rejection sensitivity as predictors and outcomes of eating disorder pathology: A 5-year longitudinal study. *International Journal Eating Disorder*. 2020;53(6):926-936. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.23273>
 17. Sato M, Fonagy P, Luyten P. Rejection Sensitivity and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Anxiety, Need to Belong, and Self-Criticism. *J Pers Disord*. 2020;34(2):273-288. doi:10.1521/pedi_2019_33_397
 18. Al-Salom P, Boylan K. Borderline Personality Disorder and Disordered Eating Behaviour: The Mediating Role of Rejection Sensitivity. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(2):72-81.
 19. Brustenghi F, Mezzetti FAF, Di Sarno C, Giulietti C, Morretti P, Tortorella A. Eating Disorders: the Role of Childhood Trauma and the Emotion Dysregulation. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 3):509-511.
 20. Gomez F, Kilpela LS, Middlemass KM, Becker CB. Sexual trauma uniquely associated with eating disorders: A replication study. *Psychol Trauma*. 2021;13(2):202-205. doi:10.1037/tra0000586
 21. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018;262:70-77. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.043
 22. Newnham EA, Janca A. Childhood adversity and borderline personality disorder: a focus on adolescence. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(1):68-72. doi:10.1097/YCO.000000000000028
 23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed.). Washington, DC: Autor; 2013.
 24. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(20):22-57.
 25. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Use's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II. Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1997.
 26. Barratt E S. Impulsiveness and aggression. En Monahan, J., Steadman, H. J. (Eds.), *Violence and mental disorder. Development in risk assessment*. (pp. 61-79). Chicago: The University of Chicago Press; 1995.
 27. Davidson JRT, Hughes D., Blazer DG. Traumatic experiences in psychiatric patients. *Journal Trauma Stress*. 1990;3:459-475.

28. Downey, G., y Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327–1343. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327>
29. Linhartová P, Látalová A, Barteček R, et al. Impulsivity in patients with borderline personality disorder: a comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychol Med*. 2020;50(11):1829–1838. doi:10.1017/S0033291719001892
30. Zamalloa, I., Iraurgi, I., Maruottolo, C., Mascaró, A., Landeta, O., y Malda, J. Impulsividad y función ejecutiva en el trastorno límite de personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(3),113–8.
31. Castro-Zamudio S, Castro-Barea J. Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología*. 2016;9(2).
32. Espel HM, Muratore AF, Lowe MR. An investigation of two dimensions of impulsivity as predictors of loss-of-control eating severity and frequency. *Appetite*. 2017;117:9–16. doi:10.1016/j.appet.2017.06.004
33. Claes L, Nederkoorn C, Vandereycken W, Guerrieri R, Vertommen H. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eat Behav*. 2006;7(3):196–203. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.05.001
34. Williams WA, Potenza MN. Neurobiología dos transtornos do controle dos impulsos [The neurobiology of impulse control disorders]. *Braz J Psychiatry*. 2008;30 Suppl 1(0 1):S24–S30. doi:10.1590/s1516-44462008005000003
35. Mak AD, Lam LC. Neurocognitive profiles of people with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(1):90–96. doi:10.1097/YCO.0b013e-32835b57a9
36. Sicorello M, Schmahl C. Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A fronto-limbic imbalance?. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:114–120. doi:10.1016/j.copsyc.2020.12.002
37. Simon JJ, Stopyra MA, Mönning E, et al. Neuroimaging of hypothalamic mechanisms related to glucose metabolism in anorexia nervosa and obesity. *J Clin Invest*. 2020;130(8):4094–4103. doi:10.1172/JCI136782
38. Veit R, Schag K, Schopf E, et al. Diminished prefrontal cortex activation in patients with binge eating disorder associates with trait impulsivity and improves after impulsivity-focused treatment based on a randomized controlled IMPULS trial. *Neuroimage Clin*. 2021;30:102679.
39. Mandelli L, Arminio A, Atti AR, De Ronchi D. Suicide attempts in eating disorder subtypes: a meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria. *Psychol Med*. 2019;49(8):1237–1249. doi:10.1017/S0033291718003549.
40. Riva A, Pigni M, Bomba M, Nacinovich R. Adolescents with anorexia nervosa with or without non-suicidal self-injury: clinical and psychopathological features. *Eat Weight Disord*. 2022;27(5):1729–1737. doi:10.1007/s40519-021-01311-4
41. Voss C, Hoyer J, Venz J, Pieper L, Beesdo-Baum K. Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: An epidemiological-study among adolescents and young adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(6):496–508. doi:10.1111/acps.13237
42. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury [published correction appears in J Affect Disord. 2019 Dec 1;259:440]. *J Affect Disord*. 2018;227:759–769. doi:10.1016/j.jad.2017.11.073
43. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
44. Morrison KL, Smith BM, Ong CW, et al. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Impulsive Decision-Making. *Behav Modif*. 2020;44(4):600–623. doi:10.1177/0145445519833041
45. Tighe J, Nicholas J, Shand F, Christensen H. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Ment Health*. 2018;5(2):10732. doi:10.2196/10732
46. Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline personality Disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
47. García-Palacios A, Navarro Haro MV, Guillén-Botella V, Marco JH., Botella-Arbona C. Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la per-

- sonalidad y bulimia nerviosa. *Behavioral psychology*, 2010;18(1):197-216.
48. Wong J, Bahji A, Khalid-Khan S. Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Psychiatry*. 2020;65(1):5-15. doi:10.1177/0706743719878975
49. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;8:1946. Published 2017 Nov 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946
50. Zatti C, Rosa V, Barros A, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res*. 2017;256:353-358. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.082
51. Shao C, Wang X, Ma Q, Zhao Y, Yun X. Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. *Ann Palliat Med*. 2021;10(9):9607-9613. doi:10.21037/apm-21-1951
52. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed. Revised Text). Washington, DC: Autor; 2000.
53. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(4):320-328. doi:10.1016/S2215-0366(21)00040-7