

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Factores clínicos y psicológicos asociados a las conductas autolíticas en el Trastorno Límite de Personalidad

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Íñigo Alberdi Páramo

DIRECTORES

José Luis Carrasco Perera
Marina Díaz-Marsá
María Dolores Saiz González

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatría



**UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID**

TESIS DOCTORAL

**Factores clínicos y psicológicos asociados a las conductas
autolíticas en el Trastorno Límite de Personalidad**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Íñigo Alberdi Páramo

DIRECTORES

Dr. José Luis Carrasco Perera

Dra. Marina Díaz-Marsá

Dra. María Dolores Saiz González

DEDICATORIA

Nire Aitari. Zubiri te enseñó la inteligencia sentiente, yo aprendí a entender y sentir que siempre estás ahí. Si esta tesis existe, es por tu eterno apoyo. Gracias por todo.

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Carrasco, a la Dra. Díaz-Marsá y a la Dra. Saiz, directores de esta tesis. Sin su confianza, apoyo y sabiduría, este trabajo no habría sido posible.

A Manuel Fuentes Ferrer y su paciencia en esas mañanas interminables de análisis estadístico.

A todos los integrantes del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos, principalmente a mis compañeros de Residencia, por su estímulo y cariño constante.

A mi familia y amigos, gracias por la ilusión y ánimo transmitido de forma incansable.

A cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, sin ellos no hubiera sido posible presentar estos datos.

"Inexplicable angustia, hondo dolor del alma, recuerdo que no muere, deseo que no acaba..."

Rosalía de Castro, En las orillas del Sar (1884)

"No puedo hacerte entender. No puedo hacer que nadie entienda lo que está sucediendo dentro de mí. Ni siquiera puedo explicarlo a mí mismo".

Franz Kafka, La metamorfosis (1915)

"Yo sé que existo porque tú me imaginas"

Ángel González, Áspero Mundo (1956)

"Pero al final, uno necesita mas coraje para vivir, que para quitarse la vida"

La muerte feliz, Albert Camus (1971)

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS.....	15
RESUMEN.....	17
PALABRAS CLAVE.....	18
ABSTRACT.....	19
KEY WORDS.....	20
1. INTRODUCCIÓN.....	21
1.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)	22
1.1.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA AL CONCEPTO DE TLP	22
1.1.2. DEFINICIÓN DEL TLP. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.	23
1.1.3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TLP.....	36
1.1.4. GENÉTICA DEL TLP	36
1.1.5. MARCADORES BIOLÓGICOS DEL TLP.....	38
1.1.6. NEUROIMAGEN EN TLP.....	41
1.1.7. NEUROPSICOLOGÍA EN EL TLP.....	43
1.1.8. COMORBILIDAD DEL TLP CON OTROS SÍNDROMES PSICOPATOLÓGICOS Y CON OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	44
1.2. CONDUCTAS SUICIDAS Y RELACIONADAS	45
1.2.1. CLASIFICACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS	45
1.2.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS	49
1.2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS CON LAS CONDUCTAS DE AUTOLESIÓN SIN INTENCIÓN SUICIDA	56
1.2.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS SUICIDAS.	61
1.3. RASGOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS SUICIDAS	73
1.3.1. IMPULSIVIDAD	74
1.3.2. ENFADO O IRA INAPROPIADOS	78
1.3.3. AGRESIVIDAD	79
1.3.4. DESESPERANZA.....	80
1.3.5. SÍNTOMAS O RASGOS DEPRESIVOS.....	80
1.3.6. SÍNTOMAS O RASGOS DE ANSIEDAD.....	81
1.3.7. OTROS RASGOS DE PERSONALIDAD EN EL TLP	82
1.3.8. ANTECEDENTES DE TRAUMA	82
1.3.9. COMORBILIDAD DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD CON OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS.....	84
1.4. TRES TÉRMINOS RELACIONADOS ENTRE SÍ: DIAGNÓSTICO CATEGORIAL DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, RASGOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, Y CONDUCTAS SUICIDAS Y RELACIONADAS	88
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	95
3. HIPÓTESIS. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	97

4. OBJETIVOS.....	99
4.1. OBJETIVO PRINCIPAL	100
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	100
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	102
5.1. DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	103
5.2. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.....	104
5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	105
5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	105
5.5. MEDICIONES. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA.	105
5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	110
6. RESULTADOS.....	112
6.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	113
6.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	113
6.1.2. VARIABLES CLÍNICAS, VARIABLES DE ADAPTACIÓN AL MEDIO Y VARIABLES ASOCIADAS AL DESARROLLO DE UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO.....	117
6.1.3. CONDUCTAS SUICIDAS Y CONDUCTAS RELACIONADAS.....	120
6.1.4. CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD.....	122
6.2. ANÁLISIS UNIVARIANTE.....	125
6.2.1. INTENTOS DE SUICIDIO.....	125
6.2.2. NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO	132
6.2.2. CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN FINALIDAD SUICIDA.....	142
6.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO	149
6.3.1. INTENTOS DE SUICIDIO.....	149
6.3.2. NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO	149
6.3.3. CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA (NSSI).....	150
7. DISCUSIÓN.....	151
7.1. RELACIÓN ENTRE LOS INTENTOS DE SUICIDIO Y LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN FINALIDAD SUICIDA.....	153
7.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	154
7.3. VARIABLES CLÍNICAS Y RELACIONADAS.....	156
7.3.1. TRAUMA	156
7.3.2. ANSIEDAD	158
7.3.3. COMORBILIDAD EJE 1 Y EJE 2	159
7.3.4. INGRESOS HOSPITALARIOS PREVIOS.....	160
7.4. RASGOS DE PERSONALIDAD	161
7.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	168
7.5.1. LIMITACIONES CONCEPTUALES	168
7.5.2. LIMITACIONES METODOLÓGICAS.....	169
8. CONCLUSIONES.....	171
9. BIBLIOGRAFÍA.....	173
10. ÍNDICE DE TABLAS.....	203

11.	<u>ÍNDICE DE FIGURAS.....</u>	<u>205</u>
-----	-------------------------------	------------

LISTA DE ABREVIATURAS

- APA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- ANS: Autolesión No Suicida (NSSI: Non Suicidal Self Injury).
- ASI: Abuso Sexual Infancia.
- BIS: Escala de Impulsividad de Barrat (Barrat Impulsiveness Scale).
- BPD: Borderline Personality Disorder (Trastorno Límite de la Personalidad).
- BSL-23: Lista de 23 síntomas del Trastorno Límite de Personalidad (Borderline Sympton List 23).
- CA: Conductas Autolesivas.
- C-CASA: Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (Algoritmo para la clasificación de la evaluación del suicidio de la Universidad de Columbia).
- CSA: Child Sexual Abuse (Abuso Sexual Infancia).
- DE: Desviación estándar.
- CGI: Clinical Global Impression /Escala de impresión clínica global.
- CIE-10 / ICD-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. O.M.S. 10ª edición.
- CS: Conductas Suicidas (SB: Suicidal Behavior).
- DHEA-S: Dehidroepiandrosterona.
- DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). 3ª edición.
- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). 4ª edición.
- DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). 5ª edición.
- GL: Grados de libertad.
- HARS: Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale)
- IA: Intento autolítico.
- IC: Intervalo de confianza.
- ICD-10/CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. O.M.S. 10ª edición.
- IS: Intento de Suicidio.

- MADRS: Escala de Depresión Montgomery-Åsberg (Montgomery-Åsberg Depression Scale).
- MAO-A: Monoamina oxidasa A,
- MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Millon Clinical Multiaxial Inventory).
- NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental Norteamericano.
- NSSI: Non Suicidal Self Injury (Autolesión No Suicida).
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OR: Odds Ratio.
- Pág.: Página.
- PD: Personality Disorder (TP: Trastorno de la Personalidad).
- RIQ: Rango intercuartílico.
- SB: Suicidal behavior (Conductas suicida).
- SCID-II. Entrevista Clínica Estructurada para el eje II del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV).
- SIB: Self-Injurious Behavior (Conductas Autolesivas).
- TB: Trastorno Bipolar.
- TDC: Terapia Dialéctico Conductual.
- TLP: Trastorno Límite de la Personalidad.
- TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- TP: Trastorno Personalidad.
- TPH1: Triptófano hidroxilasa 1.
- TPH2: Triptófano hidroxilasa 2.
- ZKPQ: Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire).
- 5-HT2C: Receptor de serotonina 2C (5-HT2C).

RESUMEN

Factores clínicos y psicológicos asociados a las conductas autolíticas en el Trastorno Límite de Personalidad

Introducción. La conducta suicida es una variable de enorme importancia clínica y de difícil manejo en el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Entre el 60 y el 70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizan 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida. Los rasgos patológicos de personalidad del TLP intervienen como factores de riesgo de conductas suicidas en confluencia con otras variables clínicas y sociodemográficas asociadas al TLP (como son algunos antecedentes personales, del tipo de abusos en la infancia, o antecedentes de intentos previos de suicidio), con otros diagnósticos psicopatológicos, y con variables biológicas, genéticas y ambientales. Asimismo, distintos autores señalan la importancia de los pacientes que han realizado autolesiones sin finalidad suicida (NSSI) como grupo que presenta alto riesgo de suicidio.

Objetivo. El objetivo del presente trabajo es detectar y cuantificar el valor de las variables sociodemográficas y clínicas asociadas al riesgo de presentación de intentos de suicidio (IS) y conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI), en una muestra de pacientes diagnosticados de TLP.

Material y métodos. Se plantea estudio observacional, descriptivo y transversal, de una cohorte de 134 pacientes diagnosticados de TLP según criterios diagnósticos del DSM-5, admitidos de forma consecutiva desde enero 2012 hasta junio de 2017 para tratamiento y seguimiento en Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España).

Se evalúan mediante la recogida de distintas variables sociodemográficas, clínicas y de adaptación al medio. Asimismo, se emplean los cuestionarios de personalidad de Millon y de Zuckerman-Kuhlman y las entrevistas SCID-II, BSL-23 y la escala de impulsividad de Barrat. Se realiza un análisis univariado para evaluar los factores que se asocian con las variables de resultado cualitativas dicotómicas IS (si/no) y NSSI (si/no). Se ajusta un modelo de regresión logística multivariado (uno para cada variable de resultado) con el objetivo de identificar aquellos factores que se relacionan de manera independiente con las variables de resultado. Para evaluar la relación entre los factores de interés y la variable de resultado número de intentos autolíticos

se realiza un análisis univariado y multivariado mediante una regresión binomial negativa.

Resultados. Se objetivan diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de IS y su asociación con las variables: número de hermanos, NSSI, SCID-Límite, puntuación en ZKPQ dimensión sociabilidad y el test de Hamilton para la ansiedad. Se objetivan diferencias estadísticamente significativas para un mayor número de intentos de suicidio con el sexo femenino, tener un hijo, el número de hijos, el trabajo permanente, estar de baja laboral, el número de ingresos, el antecedente de trauma, NSSI, el test de Hamilton para la ansiedad, SCID-Límite y la dimensión sociabilidad en el ZKPQ. Por último, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de NSSI y su asociación con las variables: antecedentes de prostitución, SCID para el trastorno narcisista, ZKPQ dimensión neuroticismo-ansiedad y test de Millon subescala fóbica y antisocial.

Conclusiones. Los IS y las NSSI son un comportamiento nuclear en el TLP. El TLP se asocia a tasas de IS y NSSI en cifras altas. Ambas, aparecen relacionadas entre sí y en su valoración cuantitativa, un mayor número de IS se asocia de forma significativa a las NSSI. La distribución de los IS y las NSSI en el TLP no es homogénea y se asocia a variables sociodemográficas, clínicas y de personalidad de los distintos pacientes. Dada la morbilidad y la gravedad de los IS y las NSSI, y la observación de que estas conductas se asocian a distintas características propias del TLP; procede continuar con los estudios sobre el tema en la línea de encontrar más marcadores clínicos, psicológicos y biológicos que permitan detectar los casos con mayor riesgo de conductas autolíticas en estos pacientes y poder elaborar programas de prevención de las mismas.

PALABRAS CLAVE

Trastorno Límite de la Personalidad, Conducta Suicida, Intento de suicidio, Autolesión sin finalidad suicida, variables sociodemográficas, rasgos de personalidad, ansiedad, trauma.

ABSTRACT

Clinical and psychological factors related to suicidal behaviors in Borderline Personality Disorder

Introduction. Suicidal behavior is a variable of enormous clinical importance and difficult to handle in Borderline Personality Disorder (BPD). Between 60 and 70% of patients with BPD carry out suicide attempts, and on average they make 3.3 suicide attempts throughout their lives. The pathological personality traits of BPD intervene as risk factors for suicidal behaviors in confluence with other clinical and sociodemographic variables associated with BPD (such as some personal history, the type of childhood abuse, or a history of previous suicide attempts), with other psychopathological diagnoses, and with biological, genetic and environmental variables. Likewise, different authors point out the importance of patients who have carried out Non Suicidal Self Injury (NSSI) as a group that presents a high risk of suicide.

Objective. The objective of this work is to detect and quantify the value of sociodemographic and clinical variables associated with the risk of presenting suicide attempts (SA) and Non Suicidal Self Injury (NSSI), in a sample of patients diagnosed with BPD.

Material and methods. An observational, descriptive and cross-sectional study of a cohort of 134 patients diagnosed with BPD according to DSM-5 diagnostic criteria, admitted consecutively from January 2012 to June 2017 for treatment and follow-up in Day Hospital of the Disorders Unit is proposed. of Personality of the San Carlos Clinical Hospital in Madrid (Spain).

They are evaluated by collecting different sociodemographic, clinical and adaptation variables. Likewise, the Millon and Zuckerman-Kuhlman personality questionnaires and the SCID-II, BSL-23 interviews and the Barrat impulsivity scale are used. A univariate analysis is performed to evaluate the factors that are associated with the dichotomous qualitative outcome variables SA (yes / no) and NSSI (yes / no). A multivariate logistic regression model (one for each outcome variable) is adjusted in order to identify those factors that are independently related to the outcome variables. In order to evaluate the relationship between the factors of interest and the result variable number of autolytic attempts, a univariate and multivariate analysis is carried out by means of a negative binomial regression.

Results. Statistically significant differences were observed between the presence of SA and its

association with the variables: number of siblings, NSSI, SCID-Limit, score in ZKPQ sociability dimension and Hamilton's test for anxiety. Statistically significant differences are observed for a greater number of suicide attempts with the female sex, having a child, the number of children, permanent work, being off work, the number of admissions, the history of trauma, NSSI, the test by Hamilton for anxiety, SCID- Limit and the sociability dimension in the ZKPQ. Finally, there are statistically significant differences between the presence of NSSI and its association with the variables: history of prostitution, SCID for narcissistic disorder, ZKPQ neuroticism-anxiety dimension and Millon phobic and antisocial subscale test.

Conclusions. SA and NSSI are a nuclear behavior in the TLP. The TLP is associated with high SA and NSSI rates. Both appear related to each other and in their quantitative assessment, a greater number of SA is significantly associated with NSSI. The distribution of SA and NSSI in the BPD is not homogeneous and is associated with sociodemographic, clinical and personality variables of the different patients. Given the morbidity and severity of SA and NSSI, and the observation that these behaviors are associated with different characteristics characteristic of BPD; It is necessary to continue with the studies on the subject in the line of finding more clinical, psychological and biological markers that allow to detect the cases with greater risk of autolytic behaviors in these patients and to be able to develop prevention programs for them.

KEY WORDS

Borderline Personality Disorder, Suicidal Behavior, Suicide Attempt Non Suicidal Self Injury, sociodemographic variables, personality traits, anxiety, trauma.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

1.1.1. Introducción histórica al concepto de TLP

El concepto de TLP o *borderline* ha sido objeto de numerosas discusiones a lo largo de su historia. Es un término que a día de hoy sigue generando cierta incertidumbre debido a su poca especificidad e importante ambigüedad, entre otras razones por la diferente conceptualización que hacen del término las distintas escuelas de las que se nutre la psiquiatría (González Vives et al., 2006). El concepto “límite” nace desde una perspectiva psicodinámica para definir el estado que se encuentra entre la neurosis y la psicosis, pero sin presentar criterios lo suficientemente definidos como para ser englobado en una u otra entidad.

El termino empezó a utilizarlo Stern en 1938, denominando a este tipo de pacientes como “grupo límite de la neurosis” (Stern, 1938). Hoch y Polatin en 1949, acuñaron el término “esquizofrenia pseudoneurótica” (Hoch and Polatin, 1949), término posteriormente revisado por Knight en 1953, estableciendo el término de “trastorno borderline” (Knight, 1953). En 1968, Grinker describió un modelo descriptivo basado en un continuum sintomatológico, que abarcaba desde el espectro neurótico hasta el psicótico (Grinker et al., 1968), y permitía clasificar a estos pacientes en cuatro grupos: border psicótico, síndrome borderline central, grupo “como si” y border neurótico (Garnés-Camarena Estruch, 2010).

En su artículo sobre la historia y la evolución del TLP, Matusevich, Ruiz y Vairo en 2010 proponen cinco conceptualizaciones del término “límite” (Matusevich et al., 2010). La primera se basa en las descripciones de Otto Kernberg (1975), para el cual el término límite se podía emplear para todas las formas severas de tipo patológico (Kernberg, 1975). La segunda se desarrolló a lo largo de los años sesenta, considerando el trastorno límite como parte del espectro de la esquizofrenia, dada la tendencia en estos pacientes a experimentar episodios psicóticos breves. La tercera, en la década de los ochenta, le dio mayor importancia a la disforia crónica y a la labilidad afectiva de los pacientes límites, valorándose la posibilidad de encuadrarlo dentro de los trastornos afectivos.

La cuarta conceptualización se basa en los trabajos de Gunderson (1984) donde límite se refiere a una forma específica de los trastornos de la personalidad (Gunderson, 1984). En 1989 propone, junto con Zanarini y Frankenburg, distintas características para definir el TLP: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la

contratransferencia (Zanarini et al., 1990).

Recapitulando, antes de la inclusión del “trastorno de personalidad borderline” en el DSM-III en 1980, predominaban dos posicionamientos teóricos: por un lado el modelo de organización estructural de Kernberg centrado en la psicodinámica del trastorno, y por otra, una aproximación a un síndrome complejo basada en la fenomenología descriptiva (Garnés-Camarena Estruch, 2010).

En los años 90 surgen otras conceptualizaciones del término, con autores como Herman (1992) quien consideró que el síndrome borderline se trataba de una presentación disfrazada de un trastorno por estrés postraumático (Herman, 1992), Zanarini (1993) que considera el TLP como un trastorno del control de impulsos (Zanarini, 1993), o Akiskal (1999) que consideraba el TLP como una variante de la enfermedad bipolar (Akiskal et al., 2000).

1.1.2. Definición del TLP. Criterios diagnósticos.

El TLP es un síndrome heterogéneo y de difícil delimitación nosológica. Como se comenta en el anterior epígrafe, el término TLP empezó a utilizarlo Stern en 1938, y no fue reconocido en el DSM hasta su tercera edición (DSM-III) en 1980 (Spitzer et al., 1980) y en la clasificación de la CIE hasta la actual CIE-10 (OMS, 1994) en 1994. Se han utilizado otros conceptos para definir el TLP como el trastorno ambivalente de la personalidad, personalidad cicloide, trastorno impulsivo de la personalidad, personalidad inestable, o trastorno lábil de la personalidad (Millon, 2003).

Su definición conceptual, clasificación y diagnóstico clínico resultan a menudo controvertidas (Carrasco and Lecic-Tosevski, 2000). Las evidencias acumuladas sugieren una notoria heterogeneidad a la hora de definir el TLP en función de su relación con distintas dimensiones psicobiológicas (Sims, 2008). Distintos autores afirman que a día de hoy no se tiene una definición precisa del concepto (González Vives et al., 2006), incluso autores como Rubio y Pérez han definido el término TLP como el “más desafortunado” para denominar esta entidad clínica (Rubio and Pérez, 2003).

Las cuatro teorías que caracterizarían psicopatológicamente en el momento actual el TLP serían, siguiendo la revisión de Gunderson et al 2018 (Gunderson et al., 2018):

- La **teoría de la hostilidad excesiva** (*excessive aggression*), cuya fuente principal es Kernberg (Kernberg, 1967), que considera la hostilidad como el instinto humano básico. Una hostilidad excesiva puede ser determinada genéticamente o debida a importantes frustraciones durante la infancia. Su expresividad clínica alterna entre una expresión inapropiada y ofensiva, y una expresión suprimida y disociada, en cuyo caso se dirige hacia uno mismo o se proyecta hacia otros.
- La **teoría de la disregulación emocional** (*emotional dysregulation*), cuya fuente principal es Linehan (Linehan, 1993), identifica en el paciente TLP un déficit en la capacidad para regular las emociones. Se piensa que esta deficiencia es una disposición neurobiológica que es evidente en emociones excesivamente intensas y prolongadas. Este déficit se manifiesta cuando las experiencias de la infancia del niño pre-TLP no son validadas. Las emociones desreguladas desencadenan los problemas de comportamiento e interpersonales del paciente TLP.
- La **teoría de la mentalización fallida** (*failed mentalization*), cuya fuente principal son Fonagy, Luyten y Bateman (Fonagy et al., 2015), se refiere a una incapacidad para identificar estados mentales (por ejemplo, actitudes o sentimientos) en uno mismo (similar a la atención plena o introspección) o en otros (similar a la empatía) y reconocer cómo estos estados mentales se influyen entre sí. Este fallo en la mentalización comienza en el desarrollo temprano debido a fallas de los padres para ayudar a los niños a identificar con precisión y verbalmente sus sentimientos o los que evocan.
- La **teoría de la hipersensibilidad interpersonal** (*interpersonal hypersensitivity*), cuya fuente principal es Gunderson (Gunderson and Lyons-Ruth, 2008), expone que la hipersensibilidad y la reactividad excesiva a las señales interpersonales son una disposición genética. El niño pre-TLP reacciona ante moderados estresores y desilusiones con mucho estrés. La persona con TLP reacciona ante los fallos percibidos de apoyo de los demás sintiendo que esto es cruelmente injusto ("otro malo") o que es intrínsecamente malo ("self malo"). Estar solo es intolerable, desencadenando experiencias disociativas o paranoicas o actos desesperadamente impulsivos que obligan a otros a involucrarse.

1.1.2.1. TLP en el DSM-5

Según la definición más reciente que da el DSM-5, al igual que el DSM-IV, los Trastornos de

Personalidad (TP) son “patrones permanentes” de modos de vivenciar internos (afectividad y cognición) y de comportamientos hacia los demás, poco flexibles, estables a lo largo del tiempo, y que dan lugar a malestar personal y/o deterioro en las relaciones interpersonales y en los rendimientos sociales (APA, 2014; López-Ibor Aliño and Valdés Miyar, 2002).

A pesar de propuestas conceptuales alternativas en Apéndices que promueven futuros estudios, el texto del DSM-5 (APA, 2014) ha mantenido, al igual que se hacía en el DSM-III (APA, 1980) y en el DSM-IV (López-Ibor Aliño and Valdés Miyar, 2002), el que se llama enfoque categorial para los TP. Son diez categorías de TP, agrupadas en tres *clústeres*:

- Clúster A. Son las personalidades “raras y excéntricas”. Incluye los TP esquizoide, esquizotípico, y paranoide.
- Clúster B. Son las personalidades “dramáticas, emotivas o erráticas”. Incluye los TP antisocial, histriónico, narcisista, y el que nos interesa en esta investigación, el Trastorno límite de la personalidad (TLP).
- Clúster C. Son las personalidades “ansiosas y temerosas”. Incluye los TP evitativo, el dependiente, y el obsesivo-compulsivo.

Entre los criterios diagnósticos del TLP, se incluyen como “rasgos de carácter”, o rasgos o características de su estructura de personalidad, los siguientes (APA, 2014):

- Los esfuerzos desesperados o exagerados por evitar una vivencia de desamparo (Criterio 1).
- Un patrón de relaciones interpersonales caracterizadas por la inestabilidad, que oscila entre la idealización y el rechazo de otras personas (Criterio 2).
- La alteración de la vivencia de la identidad propia. Con una inestabilidad intensa y persistente de la imagen de sí mismo, o de la configuración de esta imagen en el transcurso de las vivencias cotidianas. Es el Criterio 3.
- La impulsividad (que afecta a dos o más áreas de funcionalidad personal: gastos económicos, comportamientos sexuales, conductas de consumo de tóxicos, conducción temeraria de vehículos, alteraciones en las conductas alimentarias en forma de atracones alimentarios. La

impulsividad es el 4º de los criterios diagnósticos del DSM-5.

- Las conductas suicidas, conductas autolesivas con intencionalidad de causar la muerte a sí mismo. La característica que define como suicida un acto autolesivo es la intencionalidad o voluntariedad en la finalidad de muerte, según manifestación del paciente, información que el profesional considera fiable proveniente de personas cercanas o testigos, o interpretación del propio profesional. Es el 5º de los criterios diagnósticos en el DSM-5.
- La inestabilidad afectiva, como criterio evolutivo en la presentación cambiante del estado de ánimo, con una variabilidad cuantitativamente mayor que en el promedio de las personas consideradas sanas. Es el criterio 6º en el DSM-5.
- La vivencia de una sensación crónica de vacío en la percepción inmediata de la intimidad propia por el paciente. Es el 7º criterio en el DSM-5.
- La presentación de episodios de enfados o de ira inapropiados en el contexto observado, o al menos más intensos de lo esperable en su medio, y difíciles de controlar para el sujeto. Son situaciones en las que el paciente pierde el control de sus afectos, pierde el control voluntario de las reacciones emotivas de sí mismo. Es el 8º criterio en el DSM-5.
- Finalmente, las ideas paranoides transitorias, que son el criterio 9º en el DSM-5.

Estos nueve criterios se englobarían en las cuatro grandes esferas psicopatológicas del TLP: la interpersonal (los criterios 1 y 2), la comportamental (criterios 4 y 5), la afectiva (criterios 6,7 y 8) y la cognitiva (criterios 3 y 9) (Gunderson et al., 2018).

Ésta es la perspectiva actual para el diagnóstico de TLP en el DSM-5, y que apenas ofrece cambios respecto a la anterior edición del DSM-IV (APA, 2014; López-Ibor Aliño and Valdés Miyar, 2002).

El cambio más importante en el DSM-5 con respecto a anteriores ediciones, y en relación con los TP es que se ha eliminado el sistema multiaxial de diagnóstico. De tal forma que los TP han pasado del Eje II al sistema de clasificación único, a la par que los diagnósticos sindrómicos que antes figuraban en el Eje I.

No obstante, el DSM-5 ha recibido numerosas críticas, en particular en lo referente a los TP, y muy concretamente en relación con el TLP. Desde conflictos de intereses que han podido empañar el desarrollo de los trabajos, hasta las decepciones por haberse malogrado las esperanzas depositadas en un cambio de paradigma conceptual para los TP con respecto al vigente en el DSM-III y IV (Esbec and Echeburúa, 2015).

Se había llegado a proponer inicialmente, hacia 2010 y entre otros modelos conceptuales, un modelo “prototípico” de descripción de TP según criterios dimensionales. Esbec et al. (2011) indican que se seleccionaron 37 “rasgos” de personalidad y 6 dimensiones globales a partir de tales rasgos (Esbec and Echeburúa, 2011).

El asignar una categoría diagnóstica de personalidad a un paciente quiere decir que la descripción clínica que se haga de este paciente cumple la mitad más uno, al menos, de los criterios diagnósticos especificados para esa categoría. Pero no es necesario especificar cuáles son, en el sentido de que todos tienen el mismo valor a la hora de que cumpla unos u otros. Esto da lugar, inevitablemente, a una heterogeneidad en un mismo diagnóstico categorial porque un paciente puede cumplir unos criterios, y otro paciente otros distintos, siendo el diagnóstico categorial el mismo para ambos. Dicho de otro modo, hay maneras distintas o perfiles de personalidad distintos que pueden cumplir los criterios de un mismo diagnóstico. La consecuencia es el desarrollo de “subtipos” para un mismo diagnóstico categorial de TP (Hopwood et al., 2018).

El modelo categorial es objeto de otras críticas. Una de las deficiencias o insuficiencias detectadas es que un mismo paciente puede reunir criterios para más de un diagnóstico de TP (más adelante haremos referencia a la comorbilidad del TLP con otros diagnósticos de TP, por ejemplo, con el Trastorno antisocial de la personalidad). Es un número importante de pacientes diagnosticados de un TP los que presentan una comorbilidad con otro TP, incluso con más de uno. Este hecho disminuye la precisión de los diagnósticos.

Por otro lado, otra de las insuficiencias diagnósticas es que, entre los distintos tipos de TP, es frecuente emplear la categoría de “no especificado”. Y el “no especificado” es un diagnóstico con un pobre valor informativo.

Algunas de las críticas más frecuentes al modelo categorial se pueden resumir de la siguiente forma (Esbec and Echeburúa, 2015; Kraemer et al., 2012):

- Dificultades en la comparación de un paciente concreto y los prototipos.
- Solapamiento entre criterios propuestos para más de una categoría diagnóstica de TP, y con otros Trastornos mentales.
- Baja fiabilidad con el tiempo de evolución.
- Baja fiabilidad entre observadores.
- Escasa utilidad para los planes de tratamiento.

Son argumentos que limitan la validez del diagnóstico categorial de los TP. Diversos autores abogan por una definición dimensional, más que categorial del concepto de TP (Hopwood et al., 2018). Según Krueger, el modelo dimensional ofrece algunas ventajas con respecto al modelo categorial (Krueger and Markon, 2014):

1. Acepta los límites difusos, la continuidad, entre los trastornos como patología y la normalidad como estado sano de funcionalidad personal.
2. Se acerca con mayor precisión a la complejidad que se ofrece en la observación clínica de los pacientes reales.
3. Las medidas dimensionales pueden transformarse en medidas categoriales si es necesario, pero no puede hacerse a la inversa.
4. Al hacerse la operación anterior, la transformación de las medidas dimensionales en medidas categoriales, se pueden variar los puntos de corte, de acuerdo con los requerimientos individuales y culturales de la evaluación.
5. Permite hacer descripciones más detalladas de las características de los pacientes.
6. Se facilita al terapeuta áreas de intervención concreta.
7. Se mejora la fiabilidad entre observadores.
8. La comorbilidad es más fácil de integrar en los procesos patológicos.

De esta forma en la Sección 3, el DSM-5 ofrece de forma complementaria los que denomina “Modelos alternativos del DSM-5 para los trastornos de personalidad” (APA, 2014). Y entre ellos, para el TLP. Estos modelos alternativos recogen la idea descrita previamente, proponiendo un factor patológico central marcado por el déficit interpersonal y de la autoimagen, causantes de la discapacidad (Esguevillas et al., 2018). Alrededor de ellos, las distintas características adaptativas al déficit constituyen la gama de rasgos patológicos que proporcionan la adjetivación tipológica a los distintos trastornos (Reichborn-Kjennerud et al., 2017). El objetivo de esta nueva propuesta es el de intentar solucionar las deficiencias que se han ido detectando en la aplicación práctica de los criterios de TP antes descritos.

La nueva idea de TP está presidida por la disminución persistente y clara de la capacidad para subsistir en el entorno, es decir, por un déficit (Morey et al., 2016). De esta manera, se relacionaría con síndromes caracterizados por alteraciones en el neurodesarrollo, como por ejemplo la esquizofrenia o los Trastornos Generalizados del Desarrollo (Dudas et al., 2018; Niemantsverdriet et al., 2017).

En dicho modelo alternativo, los TP quedan definidos en torno a dos ejes de referencia o coordenadas conceptuales:

- a) El “funcionamiento” de la personalidad. Los TP presentan dificultades moderadas o graves en el funcionamiento personal, primero consigo mismo, por la inestabilidad afectiva interna, el desamparo, las lesiones en la autoestima o la imagen de sí mismo; y, en segundo lugar, en las relaciones personales, en una amplia diversidad de situaciones, en las que el paciente oscila con rapidez entre el odio y la idealización de otras personas.
- b) Los rasgos de la personalidad, las características de la personalidad son calificados como rasgos patológicos comparativamente con los rasgos de otras personas, que pueden calificarse como adaptativos. Por ejemplo, la impulsividad o la hostilidad.

Tanto las dificultades en el funcionamiento, como los rasgos de la personalidad, son además características bastante inflexibles y rígidas, difícilmente modificables al menos voluntariamente, que permanecen en el modo de funcionar de una persona durante mucho tiempo, no son algo transitorio o solo presente en algunas circunstancias biográficas, son una constante en su biografía. Y no son atribuibles a otra enfermedad mental concomitante, o al consumo de sustancias.

Si la definición convencional del TLP ofrece nueve “Criterios diagnósticos”, los ya mencionados más arriba (de los que una persona tiene que cumplir cinco o más para poder hacer el diagnóstico de TLP), por su parte el “Modelo alternativo” propone ordenar los criterios diagnósticos para el TLP en dos grandes apartados:

a) Primer apartado de criterios que caracterizan un deterioro moderado o grave en el “funcionamiento de la personalidad”, definido como “modelos cognitivos de uno mismo y otros que conforman el compromiso emocional y afiliativo”. Los pacientes presentan dificultades en dos o más de las cuatro áreas de funcionamiento siguientes (APA, 2014):

1. Identidad. Caracterizada por una imagen de sí mismo pobre, inestable, sometida a autocrítica, impregnada de sentimientos de vacuidad, y proclive a reacciones disociativas en situaciones de estrés.
2. Autodirección. Descrita como deficiente elaboración personal de metas, aspiraciones, proyectos personales o en comunidad, etc.
3. Empatía. Son personas caracterizadas por una deficiencia en la capacidad esperada de reconocer y compartir los sentimientos y deseos de los demás. A la vez, son muy sensibles y vulnerables ante lo que puedan percibir como menosprecio o rechazo por parte de otras personas, con facilidad se sienten heridas.
4. Intimidad. Las relaciones personales tienden a ser establecidas con una gran proximidad afectiva hacia la otra persona o una gran distancia, oscilan entre la sobreimplicación y el distanciamiento, son además relaciones inestables y conflictivas, con la ansiedad muy presente por el temor de ser abandonadas y caer en el desamparo.

b) Segundo apartado en el que se proponen “rasgos patológicos de personalidad”, definidos como “una tendencia a comportarse, sentir, percibir y pensar de una manera relativamente constante a lo largo del tiempo y en las situaciones en las que el rasgo se manifiesta” (APA, 2014).

Son siete rasgos los propuestos, de los que un paciente debe cumplir cuatro o más para poder ser diagnosticado como TLP, y entre los cuales, uno de ellos ha de ser necesariamente uno de los tres siguientes: la impulsividad (5, en el listado siguiente), la toma de riesgos (6) o la hostilidad (7) (APA, 2014).

Son siete rasgos que adquieren especial relevancia para la identificación de este diagnóstico, y necesariamente, al menos uno de ellos ha de estar presente. Los rasgos son los siguientes:

1. Labilidad emocional. Estados emocionales inestables y cambiantes, se altera con facilidad y de forma intensa y desproporcionada.
2. Ansiedad. Tensión o nerviosismo intenso, miedo a la incertidumbre, miedo a perder el control de sí mismo.
3. Inseguridad por la separación.
4. Depresión. Rasgos o síntomas depresivos, sin criterios diagnósticos de un síndrome depresivo. Incluye la ideación y el comportamiento suicida.
5. Impulsividad. Actuación repentina ante estímulos inmediatos, sin la mediación de un plan ni de la valoración de las consecuencias, “sentido de urgencia y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional”.
6. Asunción de riesgos. Conductas peligrosas sin una valoración adecuada de las posibles consecuencias, negación del peligro.
7. Hostilidad. Enfado o enojo frecuente o persistente. Ira e irritabilidad desproporcionados ante los desencadenantes.

Estos siete rasgos patológicos de personalidad se pueden agrupar en unos conceptos más generales, de la siguiente forma:

- Afectividad negativa (que incluye labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, depresión como rasgo – rasgo al que se atribuye la presentación, en su caso, de “ideación y comportamiento suicida”).
- La “conducta suicida” no aparece enumerada entre los rasgos patológicos de la personalidad en el “Modelo alternativo”, a diferencia de lo que ocurre en los criterios actualmente vigentes en el modelo convencional - Criterio 5-(APA, 2014).
- Desinhibición (incluye impulsividad, y asunción de riesgos)

- Antagonismo (hostilidad).

Como ya hemos señalado, el DSM-5 no presenta diferencias apenas con el DSM-IV en cuanto a su descripción de los TP. Excepto en lo referente al Modelo alternativo de los TP, que supone una novedad respecto a la edición anterior del DSM, haciéndose referencia explícita a este hecho en el DSM-5 (APA, 2014). Adquiere importancia la “funcionalidad” de la personalidad, cómo uno se vive a sí mismo y las relaciones con los demás, y cómo se traducen estas vivencias en los comportamientos ante sí mismo y frente a los demás. Se toman seis de los Trastornos específicos de la personalidad (Antisocial, Evasiva, Límite, Narcisista, Obsesivo-Compulsiva, y Esquizotípica), los de mayor respaldo empírico: genético, neuropsicológico y factorial (Esbec and Echeburúa, 2011; Krueger and Markon, 2014).

A modo de síntesis, este modelo alternativo para la clasificación de los TP, permite por un lado definir un concepto de enfermedad unitario, incluyendo el concepto de *self* e identidad, en la línea de autores como Kohut (Kohut, 1979, 1977), Kernberg (Kernberg, 1984, 1975); y de las relaciones interpersonales, en la línea de autores como Millon (Millon, 2003; Millon and Everly, 1985). A su vez, permite definir los rasgos predominantes de la personalidad (temperamento y carácter), definidos entre otros por Cloninger (Cloninger et al., 1993), Livesley (Livesley, 1998; Livesley and Jackson, 1999), Tyrer (Tyrer et al., 2015, 2011) o Costa y McCrae (Costa et al., 1995; Costa and Widiger, 2002; McCrae and Costa, 2004). Por ultimo, permite definir el síndrome patológico de la “personalidad enferma”, como describía entre otros Schneider (Schneider, 1950). Se consigue un fenómeno de reestructuración interna, quedando definidos los síntomas fundamentales del TP en el DSM-5, los rasgos caracteriales y los síntomas caracteriales/tipos patológicos (Carrasco, 2018). El TLP sería el cuadro más característico, dentro de los TP.

El TLP queda caracterizado por “la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el componente de riesgo y/o la hostilidad” (APA, 2014).

Como indicaremos más adelante, nuestro objeto de estudio es la hostilidad dirigida hacia mismo en estos pacientes con TLP, en forma de conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI), o de conductas suicidas (intentos de suicidio).

1.1.2.2.TLP en la CIE-10

En la CIE-10 (OMS, 1994) se utiliza el término “Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” para referirse a lo que hasta ahora, siguiendo el DSM, hemos llamado TLP. Ambos términos pueden considerarse sinónimos. A lo largo de este trabajo de investigación emplearemos habitualmente el de Trastorno Límite de la personalidad (TLP), o *Borderline Personality Disorder* (BPD) en su traducción inglesa, con preferencia al de Trastorno de inestabilidad emocional, por otro lado, próximo en su significado al de inestabilidad emocional, que para el DSM es un “rasgo” de la personalidad, y no tanto una denominación para la estructura de la personalidad de estos pacientes.

Con dos subtipos: Tipo Impulsivo (F60.30) y Tipo Limítrofe (“borderline”) (F60.31). Los criterios diagnósticos en la CIE-10 son similares a los del DSM-5.

1.1.2.3. Criterios diagnósticos del TLP en la literatura científica

Una serie de precisiones sobre el diagnóstico, recogidas en la literatura. Por un lado, debido a la dificultad en el diagnóstico y al solapamiento con múltiples patologías mentales, el diagnóstico de TLP se puede realizar de manera inadecuada. Y en estos casos, el principal factor de confusión para su correcto diagnóstico puede ser la comorbilidad del paciente con TLP con otras patologías del eje 1 y 2, y las dificultades que surgen en el diagnóstico diferencial con las mismas (Palomares et al., 2016).

Por otro lado, de cara a delimitar mejor la validez de los criterios diagnósticos, en su correspondencia con la realidad de los pacientes diagnosticados como tales, algunos autores han propuesto dividir el TLP en varios subtipos, dando así a su contenido una cierta heterogeneidad más acorde con la variabilidad clínica de las observaciones. Por ejemplo, podemos citar en este sentido a Sanislow (Sanislow et al., 2000), y a Oldham (Oldham, 2006).

Sanislow proponen tres dimensiones (Sanislow et al., 2000):

- Alteraciones en las relaciones personales. Relaciones inestables con otras personas, trastornos de la identidad, sentimientos crónicos de vacío.
- Disregulación afectiva. Labilidad afectiva, angustia excesiva, esfuerzos para evitar el abandono por otros.

- Disregulación conductual. Impulsividad, suicidabilidad, conductas autolesivas no suicidas.

Sanislow y colaboradores indican que las conductas impulsivas abarcan distintas formas de manifestación (Sanislow et al., 2000). Por ejemplo, conductas impetuosas en las que se agrede a sí mismo. También el abuso de sustancias, atracones de comida, conductas sexuales, gastos de dinero irresponsables, conducción arriesgada de vehículos. Puede también tener relación con dejar un trabajo de repente cuando iba aparentemente bien, o lo mismo en una relación personal, y a veces con la impresión de que en la decisión repentina y precipitada subyace una intencionalidad de perjudicarse a sí mismos o sabotear los propios logros.

Oldham propone la distinción de los siguientes cinco subtipos en el TLP (Oldham, 2006):

1. **Afectivo.** Su descripción enfatiza el criterio 6 de los vigentes en la clasificación del DSM-5 (APA, 2014). Inestabilidad afectiva con una marcada reactividad del estado afectivo (disforia o ansiedad).

Describe estos pacientes como afectos de una forma de trastorno afectivo atípico, con factores hereditarios, y con una sintomatología precipitada por estrés ambiental. A juicio del autor, “Trastorno subafectivo” de Akiskal et al. (Akiskal, 1981; Akiskal et al., 1985), y la “Disforia histeroide” de Klein y Liebowitz (Klein and Liebowitz, 1982) podrían tener un gran parecido con este subtipo de TLP con el predominio de la desregulación afectiva.

2. **Impulsivo.** Su descripción se apoya sobre todo en el criterio 4 de los vigentes en la clasificación del DSM-5 (APA, 2014). Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo.

Una forma de trastorno del control de impulsos, con gran componente temperamental. Además de su proximidad a los diagnósticos de Trastornos del control de impulsos, también la presentan con otros síndromes en los que la impulsividad es muy importante: Trastorno por consumo de tóxicos, y Trastorno antisocial de la personalidad.

3. **Agresivo.** Recurre al criterio 8 de los TLP en el DSM-5 (APA, 2014). Enfado o ira intensos, inapropiados, y con dificultad para manejarlos. Las consecuencias son una marcada inestabilidad afectiva con un estado de ánimo pendiente de su reactividad a distintas circunstancias internas y externas, reales y fantaseadas (Kernberg, 1975;

Zanarini and Frankenburg, 1997).

Se tiende a explicar como características constitucionales que conforman lo que se denomina temperamento de una persona, o bien son rasgos adquiridos en la infancia como consecuencia de traumas, abusos, abandono. La sintomatología en la que predomina la agresividad en TLP correlaciona con bajos niveles de función serotoninérgica en el Sistema Nervioso Central.

4. **Dependiente.** Enfatiza el criterio 1 del TLP: los esfuerzos por evitar la vivencia de abandono real o fantaseada. Al igual que en el subtipo anterior, la consecuencia es una inestabilidad afectiva grave, y muy vulnerable a la reactividad ante estímulos diversos.

Intolerancia de permanecer sólo. Puede estar determinado por unas relaciones parentales que no favorecieron la adquisición de una seguridad y confianza en permanecer sólo y adquirir una autonomía. La “intolerancia a la soledad” de Gunderson JG, sería un constructo teórico que recoge esta perspectiva, y que constituiría un rasgo común a bastantes pacientes con TLP(Gunderson, 1996).

5. **Vacío.** Subraya la importancia del criterio 7 en los criterios diagnósticos del DSM-5(APA, 2014). Su mayor consecuencia es una alteración en la identidad del sujeto. La imagen o el sentimiento de sí mismo es muy inestable y sometido a numerosas amenazas.

Hay una falta notable de un sentido familiar y confiado de sí mismo. Puede hacer referencia, al igual que en el subtipo anterior, a deficiencias en el desarrollo infantil, que no permitieron establecer unos modelos de confianza y empatía (Adler and Buie, 1979).

De cara al modelo psicoterapéutico a seguir, autores como Clarkin JF y colaboradores, proponen un modelo estructural funcional para dividir el TLP en: nivel bajo, nivel moderado y nivel neurótico, de peor a mejor respuesta terapéutica (Clarkin et al., 2007).

Los tratamientos psicoterapéuticos son una indicación habitual en pacientes con TLP como grupo diagnóstico (Pascual et al., 2015), pero la distinción en subgrupos o subtipos tiene también interés para el tratamiento psicofarmacológico, disminuye la heterogeneidad del síndrome y permite orientar las estrategias hacia síntomas concretos. En este sentido, Díaz-Marsá y colaboradores, desde el punto de vista de la indicación de tratamientos psicofarmacológicos, proponen la

subdivisión del TLP en torno a cuatro dimensiones clínicas: Impulsividad-agresividad, Inestabilidad afectiva, Alteraciones cognitivas-perceptivas y Ansiedad-Inhibición. Según predominen en unas dimensiones sintomáticas u otras, se puede elegir entre distintos psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, ...) (Díaz-Marsa et al., 2008).

1.1.3. Datos epidemiológicos del TLP

Con los criterios actualmente vigentes en el DSM-5, se estima que el TLP tiene una prevalencia a lo largo de la vida alrededor de un 6% de la población general (APA, 2014; Tyrer et al., 2015).

En poblaciones de pacientes en tratamiento psiquiátrico ambulatorio, cerca del 9% pueden reunir criterios para este diagnóstico. Y aproximadamente el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados cumplen también dichos criterios (APA, 2014; Gross et al., 2002; Tyrer et al., 2015; Zimmerman et al., 2005).

El TLP supone un 26% de los trastornos de la personalidad (Skodol, 2005) y es causa de una importante comorbilidad y mortalidad en la primera juventud, aunque parece que existe una mejoría con el paso del tiempo (Valdés, 2015). Grilo et al., 2004, en su estudio para el Instituto Nacional de Salud Mental Norteamericano (NIMH) comprobaron que solo el 44% de los pacientes estudiados mantenían un diagnóstico de TLP después de 2 años de seguimiento (Grilo et al., 2004). La mortalidad general de este Trastorno es del 18% y las tasas de suicidio son aproximadamente del 10% (Paris and Zweig-Frank, 2001).

1.1.4. Genética del TLP

El TLP presenta una etiología multifactorial compleja, resultante de la interacción entre los sustratos ambiental y genético (Bassir Nia et al., 2018). Aunque numerosos estudios en gemelos, estudios de adopción y familiares, han probado un componente hereditario del trastorno, aún no se conoce la localización y el complejo mecanismo de herencia subyacente (Sadock et al., 2015).

Una de los principales inconvenientes para la investigación genética en TLP, es la heterogeneidad del mismo, lo que dificulta su caracterización sindrómica, como hemos comentado a lo largo apartado 1.1.2 (Bassir Nia et al., 2018). En esta línea, algunos autores sugieren que el sustrato neurobiológico del TLP puede variar entre los distintos subtipos en función del síntoma principal presentado por el paciente (Calati et al., 2013). Las dimensiones clínicas descritas como caracterización diagnóstica, podrían suponer la base biológica del trastorno y relacionarse

directamente con los genes implicados en los rasgos responsables del TLP (Kendler et al., 2008).

Por este motivo, en la búsqueda de las bases genéticas del trastorno límite de la personalidad, se propone la identificación de “endofenotipos heredables”, que son definidos como algunos patrones de conductas patológicas estables o repetidas, y relacionadas con la impulsividad, la agresividad, la inestabilidad afectiva, u otros rasgos patológicos propios de la estructura de personalidad de estos pacientes (Bassir Nia et al., 2018).

Como datos más objetivos, el estudio de pruebas de laboratorio y test neuropsicológicos, psicopatológicos y de condicionamiento, se utiliza en ciertos estudios como vehículo para definir endofenotipos en pacientes y familiares sanos. En la búsqueda de “endofenotipos” (“endofenotipos” o “fenotipos intermedios heredables”, que los autores entienden como marcadores biológicos próximos en su desarrollo bioquímico y fisiológico a la estructura y la función específica de algunos genes) para la previsión de las conductas suicidas, el TLP puede ser un buen candidato para estas investigaciones, porque se asocia de forma muy estrecha con las conductas suicidas (J. J. Mann et al., 1999).

Siguiendo esta línea, Mann y colaboradores, exponen que tres agrupaciones sintomatológicas del TLP, pueden ser definidas mediante endofenotipos (Mann et al., 2009). El primero es el patrón de relaciones interpersonales disruptivas, donde un endofenotipo potencial podría ser la reactividad interpersonal. El segundo serían las alteraciones de conducta, que han sido descritas como un endofenotipo impulsivo-agresivo. El tercer endofenotipo sería la disregulación afectiva, caracterizada por labilidad en el afecto e intensa reactividad emocional. Estos tres endofenotipos se asociarían con la conducta suicida.

Tanto la impulsividad-agresividad como la disfunción en la regulación emocional, se han relacionado con alteraciones en la regulación del sistema serotoninérgico; como por ejemplo la Monoamina oxidasa A (MAO-A), el receptor de serotonina 2C (5-HT_{2C}) y la Tryptófano hidroxilasa 1 (TPH1) y 2 (TPH2) (Bassir Nia et al., 2018; Mercedes Perez-Rodriguez et al., 2010; Ni et al., 2009; Zaboli et al., 2006).

Carpenter y colaboradores (2013), en un trabajo de revisión, estudian la relación entre la predisposición genética a padecer un TLP, y la intervención simultánea de la interferencia o la influencia de factores vitales y ambientales (Carpenter et al., 2013). Para estos autores, puede hablarse ciertamente de una predisposición a padecer TLP, aunque las manifestaciones de la

personalidad patológica se desarrollan en interacción de la predisposición genética con complejos factores ambientales. Y las dificultades metodológicas para el estudio de estas variables ambientales y genéticas en interacción son muy importantes.

A nivel epigenético, se describen anomalías en pacientes TLP, relacionadas con cambios en los distintos genes debidos al estrés, neurodesarrollo y aspectos neuropsiquiátricos. Uno de los ejemplos mejor estudiados, es el del trauma en la infancia, que actúa como un condicionante ambiental causante de cambios a este nivel (Bassir Nia et al., 2018).

Como ejemplo de esta relación epigenética, Martín-Blanco y colaboradores, exponen como los genes noradrenérgicos COMT rs5993882, DBH rs77905 and SLC6A2 rs1814270 muestran asociación con el TLP, relación mediada por el trauma en la infancia (Martín-Blanco et al., 2015).

La investigación genética en TLP es notablemente menor en comparación con otros Trastornos Mentales como el Trastorno Bipolar o la Esquizofrenia, siendo una posible vía de descubrimiento de nuevas dianas terapéuticas para su tratamiento (Bassir Nia et al., 2018).

1.1.5. Marcadores biológicos del TLP

Se ha avanzado mucho en el conocimiento de los mecanismos asociados a los síntomas del TLP, sin embargo, no se puede establecer a día de hoy las bases del déficit fundamental. Debido a la importancia de factores o rasgos de la personalidad como son la agresividad o la impulsividad, se han estudiado varios neurotransmisores cerebrales, y entre ellos la función serotoninérgica en el cerebro.

De esta forma, Verkes y colaboradores sostienen que los hallazgos en varios estudios apoyan la hipótesis de que la serotonina está implicada en la conducta suicida impulsiva, conducta que puede ser explicada por la vinculación entre función serotoninérgica como factor biológico alterado, y la impulsividad como rasgo de personalidad (Verkes et al., 1998).

Además de la impulsividad, otros rasgos de personalidad del TLP, presentes en pacientes con intentos de suicidio repetidos, como es el sentimiento de vacío, también pueden tener relación con las alteraciones halladas de la función serotoninérgica.

Soloff y colaboradores estudian mediante Tomografía de Emisión de Positrones la unión al Receptor 2A de la Serotonina, en 33 pacientes diagnosticados de TLP en comparación con 27

controles sanos. Consideran que el TLP se asocia a las características de impulsividad, agresividad, y conductas suicidas. Son tres características que pueden entenderse como factores de riesgo de la personalidad, que a su vez correlacionan por su parte con la disminución de niveles de función serotoninérgica central. Esta disminución de la función serotoninérgica los autores la constatan en una menor unión a los receptores 2A de serotonina en el grupo de pacientes diagnosticados de TLP en comparación con los controles sanos, y con diferencias según el género (P. H. Soloff et al., 2014).

Oquendo y Mann, en un trabajo de revisión y resumen de la literatura, encuentran información que apoya la idea de que la impulsividad y el riesgo suicida tienen un sustrato biológico cerebral con algunas similitudes (M A Oquendo and Mann, 2000). Varios estudios apoyan la hipótesis una disminución de niveles de serotonina en el Sistema Nervioso Central en relación con la impulsividad agresiva.

El papel de la noradrenalina es menos claro en la impulsividad agresiva. Algunos estudios apoyan la disminución de sus niveles funcionantes, y otros estudios hablan a favor de una elevación (Carballo et al., 2008; Comings et al., 2000; Comings and Blum, 2000). En este sentido, algunos estudios avalan alteraciones de la función neurotransmisora serotoninérgica, y también noradrenérgica, en pacientes impulsivos y con riesgo de conductas suicidas (Maria A Oquendo and Mann, 2000). Estas alteraciones de los neurotransmisores están presentes en la Impulsividad agresiva de carácter patológico, en las conductas autolesivas y en las conductas suicidas.

Los datos sobre el sistema dopaminérgico y sobre el sistema GABA en estas alteraciones conductuales no son tampoco claramente definidos. Pacientes diagnosticados de depresión o de TLP presentan niveles bajos de serotonina y alteraciones de la función dopaminérgica (generalmente un incremento de función dopaminérgica, y en algunos estudios, también incremento de función noradrenérgica). Y esta relativa similitud, con parecidos hallazgos biológicos en pacientes con unos rasgos de impulsividad patológicos, se extiende a la presentación de conductas suicidas, y correlaciona con el grado de letalidad de estas. Se plantea por lo tanto una línea de continuidad en las características biológicas, entre impulsividad agresiva, conductas autolesivas sin intención suicida, conductas suicidas, y estas conductas presentes muchas veces en pacientes deprimidos y en pacientes con un TLP (Coccaro et al., 2015; Maria A Oquendo and Mann, 2000).

Pérez-Rodríguez y colaboradores, siguiendo la hipótesis de que la disminución de la función

serotoninérgica se asocia a impulsividad, agresividad, y diagnóstico de TLP, estudian el haplotipo TPH2 locus, identificado como factor de riesgo, y su relación con el diagnóstico de TLP (Mercedes Perez-Rodriguez et al., 2010). Esta variante génica se asocia a labilidad afectiva, agresividad y alteraciones de conducta: conductas suicidas y autolesiones sin finalidad suicida.

Díaz-Marsá y colaboradores encuentran que una baja actividad MAO en plaquetas podría caracterizar a pacientes diagnosticadas de Trastorno de la alimentación, con una comorbilidad entre rasgos de TLP, y podría reflejar una mayor disfunción serotoninérgica subyacente en estos pacientes (Díaz-Marsá et al., 2011).

Las personas que se caracterizan por rasgos de impulsividad pueden presentar cifras elevadas de testosterona, 17-estradiol y estrona (Sadock et al., 2015). En esta línea, Atmaca y colaboradores describen evidencia de que un bajo colesterol sérico y niveles de leptina se asocian con la impulsividad, agresividad y conducta suicida (Atmaca et al., 2002).

Horn y colaboradores estudian marcadores biológicos en pacientes diagnosticados de TLP y Personalidad antisocial (Horn et al., 2014). Encuentran niveles más altos de Testosterona en pacientes más jóvenes y con síntomas psicopatológicos más severos. Y los niveles de Cortisol son más altos en los grupos de pacientes con menor comorbilidad psiquiátrica. No encuentran diferencias en cuanto a Estradiol, Progesterona y DHEA-S.

Stanley B y colaboradores encuentran alteraciones en la función de los neuropéptidos (Stanley and Siever, 2010).

Como líneas de investigación de aparición más reciente destacan los estudios sobre el papel de la oxitocina en la discriminación emocional y en la hipersensibilidad al rechazo en pacientes TLP (Brüne, 2016; Ebert et al., 2018; Servan et al., 2018). Herpertz y Bertsch destacan el papel de la oxitocina en la modulación de distintas conductas que tienen relación con las alteraciones conductuales observadas en el TLP (Herpertz and Bertsch, 2016):

- Favoreciendo las conductas socialmente adaptativas.
- Regulando los circuitos afectivos
- En los circuitos mesolímbicos, interviene en los procesos de recompensa

- Modulando regiones cerebrales implicadas en aspectos emocionales y congestivos de la empatía.

La oxitocina modula la actividad y la conectividad en las regiones paralímbicas prefrontales, estructuras anatómicas que muestran un anormal funcionamiento en pacientes TLP, por lo que podría mejorar dicha alteración funcional (Lischke et al., 2017).

1.1.6. Neuroimagen en TLP

Varios estudios y meta-análisis describen anomalías estructurales y funcionales a nivel cerebral mediante neuroimagen en pacientes TLP, siendo las principales una disminución del volumen de la corteza prefrontal ventromedial y orbitofrontal, una disminución de la corteza cingulada anterior dorsal y disfunción de la amígdala (Carrasco et al., 2012; Denny et al., 2016; Kimmel et al., 2016; Visintin et al., 2016). Los estudios de neuroimagen muestran que existen algunas áreas de superposición y algunas diferencias entre el Trastorno Bipolar y el TLP (Sripada and Silk, 2007).

En la línea con el sustrato serotoninérgico del TLP, Tajima y colaboradores hacen referencia a los hallazgos de una doble alteración cerebral, que afectaría a circuitos neuronales, por un lado, y circuitos neuronales límbicos por otro. Estas áreas cerebrales serían el sustrato de alteraciones predominantemente en las redes neuronales mediadas por serotonina, con las que estarían en relación síntomas característicos de pacientes con TLP como alteraciones en el control de impulsos y conductas autoagresivas (Tajima et al., 2009).

Estas alteraciones estructurales se corresponden con los déficits de activación mostrados en estudios de resonancia magnética funcional en paradigmas de estimulación emocional (P. Soloff et al., 2014; Soloff et al., 2012). Soloff y colaboradores estudian con resonancia magnética las estructuras cerebrales de 68 pacientes diagnosticados de TLP, y comparados con controles sanos. Encuentran alteraciones estructurales cerebrales, prefrontales, y fronto-límbicas, regiones cerebrales relacionadas con el control de emociones e impulsos. Las alteraciones en estas regiones cerebrales incrementarán el riesgo de conducta suicida, distinguiéndose subgrupos de alta y baja letalidad (Soloff et al., 2012).

Pocos años más tarde, los autores replican sus hallazgos. Estudian con resonancia magnética 51 pacientes diagnosticados de TLP. 16 de ellos son calificados de alta letalidad, y 35 de baja

letalidad. Estos dos grupos son discriminados en las conclusiones del estudio por diferencias en los volúmenes de materia gris en regiones fronto-temporal y límbica. Regiones cerebrales implicadas en la regulación de la impulsividad, del humor y del paso a la conducta, en la ejecución de actos. Intervienen en la impulsividad y en la agresividad. En consecuencia, menores volúmenes de materia gris indicarían menor capacidad de control sobre estas conductas (P. Soloff et al., 2014).

Varios estudios señalan una disregulación emocional en los pacientes TLP, apuntando particularmente a la especificidad de la desconectividad del sistema límbico (amígdala y corteza cingulada anterior) con el prefrontal (córtex prefrontal ventromedial) en estos trastornos (Lischke et al., 2015; Whalley et al., 2015). Algunos estudios muestran como la psicoterapia puede mejorar el funcionamiento en estas zonas neuroanatómicas (Cristea et al., 2017; Faltinsen et al., 2017; Mancke et al., 2018).

Los pacientes TLP abusados podrían presentar distintos niveles de activación en la corteza prefrontal dorsolateral derecha y en el córtex cingulado anterior en respuesta al miedo en comparación con pacientes TLP no abusados (Buchheim et al., 2016).

Los componentes de esta disregulación emocional en el TLP son la hiper-reactividad a las emociones de los demás, el afecto predominante negativo, déficit de estrategias adaptativas de regulación emocional; predominantemente déficit de la función reflexiva, y uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional como la rumiación, la evitación o la impulsividad (Carpenter and Trull, 2013; Derks et al., 2016). En resumen, la disfunción amígdala-prefrontal se traduce en un funcionamiento conductual impulsivo e irreflexivo ante situaciones emocionales complejas y en una respuesta de cortisol exagerada e inestable, reflejada en una hipersensibilidad de los receptores corticoideos (Carrasco et al., 2007).

La alteración de la regulación corticoidea se relaciona con los hallazgos sobre el estado de inflamación que se encuentra en las células linfocitarias en pacientes TLP. En la línea de la búsqueda de un fenotipo inflamatorio en el TLP, Díaz-Marsá M y colaboradores han descrito un fenotipo de perfil pro-inflamatorio y oxidativo en estos pacientes, y tal vez extensible a otros síndromes en los que la impulsividad es un síntoma importante (Díaz-Marsá et al., 2012).

1.1.7. Neuropsicología en el TLP

Los hallazgos descritos en el anterior epígrafe sugieren que existe disfunción del córtex prefrontal ventromedial y del córtex cingulado anterior (Carrasco et al., 2012; Lischke et al., 2015; Whalley et al., 2015). Estas alteraciones pueden estar relacionadas con el déficit en el procesamiento cognitivo-emocional de los pacientes con TLP (Gvirtz et al., 2015).

Beck (Beck and Freeman, 1990), considera el TLP como un conjunto de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales. Para este autor, lo más destacado de estos pacientes son la intensidad de las reacciones emocionales y la variabilidad de su estado anímico. El pensamiento dicotómico es la tendencia a evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes. El efecto de este pensamiento es que obliga a interpretaciones extremas de sucesos que de normal se situarían en puntos más intermedios de su continuum.

Muchas de las teorías sobre la etiología del TLP postulan que es causada por un aumento de la sensibilidad emocional y una incapacidad para regular las respuestas emocionales. Se cree que estas alteraciones en el procesamiento de las emociones dan como resultado síntomas de TLP debilitantes y, en ocasiones, letales, que incluyen un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales y conductas impulsivas como autolesiones repetidas, conductas suicidas y agresión reactiva (Hazlett, 2016).

La rehabilitación cognitiva adquiere importancia para distintos autores a la hora del tratamiento y manejo del paciente TLP (Arza et al., 2009; Hawton et al., 2016; Pascual et al., 2015). Los déficits neurocognitivos pueden ser fundamentales para el desarrollo del TLP, con una evidencia creciente que apunta a déficits cognitivos en la función ejecutiva (Mcclure et al., 2016).

Ruocco realiza un estudio de revisión de varios trabajos, en los que se estudian distintos déficits neuropsicológicos que se han encontrado en pacientes con TLP. Muchos de ellos se han relacionado con el funcionamiento del lóbulo frontal, cuyas conexiones con otras regiones cerebrales estarían dañadas, disminuyendo sus posibilidades de regulación y control, lo que daría lugar a manifestaciones como la inestabilidad afectiva y las alteraciones de la identidad (Ruocco, 2005).

Arza y colaboradores señalan que los pacientes con TLP presentan un patrón de alteraciones neurocognitivas atribuibles a alteraciones en lóbulo prefrontal. Los pacientes con TLP tienen un

déficit en la ejecución de muchas de las pruebas neuropsicológicas: en algunos procesos de memoria, fluencia verbal, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, abstracción y planificación (Arza et al., 2009).

Los pacientes TLP muestran un peor funcionamiento psicosocial a lo largo de la vida (Gunderson et al., 2011). Esguevilas y colaboradores, evalúan la asociación entre organización de la personalidad y aspectos clínicos y funcionales en una muestra de 50 pacientes TLP, obteniendo como hallazgo principal que la identidad y su correlato patológico difusión de la identidad, pueden jugar un papel clave en el pronóstico funcional de estos pacientes (Esguevillas et al., 2018).

1.1.8. Comorbilidad del TLP con otros síndromes psicopatológicos y con otros trastornos de la personalidad

Es frecuente la comorbilidad de los TP, y en particular del TLP, con otros diagnósticos tanto en el Eje I como en el Eje II (Lieb et al., 2004; Oldham, 2006; Zanarini et al., 2004a). Según algunos estudios, hasta el 85% de pacientes diagnosticados de TLP tienen comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico. La comorbilidad se da muchas veces con más de un trastorno psiquiátrico, tanto del Eje I, como con otros TP en lo que se llamaba Eje II (Lenzenweger et al., 2007).

La comorbilidad más frecuente en el Eje I es con trastornos depresivos y bipolares, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (sobre todo bulimia), trastorno de estrés pos-traumático y trastorno por déficit de atención, así como con otros trastornos de la personalidad (APA, 2014; Shea et al., 2004; Zimmerman and Mattia, 1999).

La comorbilidad en el Eje I implica un inicio más temprano del TLP, una peor respuesta al tratamiento, mayor cronicidad y mayor riesgo de suicidio, aspecto éste último que se profundizará más adelante (Pascual et al., 2010).

En relación con la comorbilidad en el Eje II, Palomares y colaboradores, estudian la comorbilidad con otros TP en un grupo de pacientes diagnosticados de TLP grave (Palomares et al., 2016). El 87% de los pacientes estudiados cumplen criterios de comorbilidad con otros diagnósticos de trastorno de la personalidad, y el 42% los cumple con otros dos o más trastornos de personalidad, sobre todo con diagnósticos de los clústeres A (paranoide) y C (obsesivo y evitativo), más que con otros del clúster B.

1.2. Conductas suicidas y relacionadas

1.2.1. Clasificación y conceptualización de las Conductas suicidas

Los problemas a la hora de definir la conducta suicida (CS) dificultan de manera notoria su estudio y comprensión (Maes et al., 1989). El termino suicidio es relativamente moderno, apareciendo en la literatura anglosajona en el siglo XVII y en la francesa y española en el XVIII (Sarró, 1984).

La definición del suicidio para la Real Academia de la Lengua Española proviene del latín *sui* (de sí mismo) y *caedere* (matar), es decir la acción y efecto de suicidarse o la acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza (Real Academia Española, 2019). La definición también menciona el concepto de conducta suicida, esto es, cualquier acción de perjuicio que se realiza sobre uno mismo (Saiz González, 2006).

El desarrollo de la conceptualización del suicidio ha evolucionado desde una caracterización más sencilla del acto puntual tanático hacia una conducta compleja, de origen multifactorial (Saiz González, 2006). No existe una nomenclatura reconocida universalmente para la definición de la conducta suicida, existiendo alguna más o menos aceptada mundialmente como la de Silverman, pero no extendida de forma importante en los ámbitos clínicos o de investigación (Anseán, 2014). Silverman propone una clasificación de las conductas suicidas jerarquizándolas en tres bloques: comportamientos relacionados con la ideación suicida, comportamientos relacionados con la comunicación suicida y conductas relacionadas con el suicidio (Silverman et al., 2007)

Una de las clasificaciones más completas, que dota de una nomenclatura a los epifenómenos del suicidio y a las conductas relacionadas con el mismo es el Algoritmo para la clasificación de la evaluación del suicidio de la Universidad de Columbia (*Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)*)(Posner et al., 2007). El objetivo de esta clasificación, realizada en un inicio para la valoración del riesgo de suicidio asociado a distintos antidepresivos en población pediátrica, es definir de manera práctica y operacional, una serie de conceptos relacionados con la CS. La C-CASA define los conceptos de: suicidio (*suicide*), intento de suicidio (*suicide attempt*), ideación de suicidio activa (*active suicide ideation*), ideación de suicidio pasiva (*passive suicide ideation*), autolesión no suicida (*Non-suicidal self-injury, NSSI*), eventos suicidas (*suicidal events*), actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente (*preparatory acts toward imminent suicidal behaviours*) y autolesión deliberada (*deliberate self-*

harm) (**Tabla A**) (Posner et al., 2007; Turecki and Brent, 2016).

Tabla A. Nomenclatura para el suicidio y conductas relacionadas e ideación suicida

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

La conducta suicida se define con un gradiente amplio y heterogéneo, abarcando desde la ideación o incluso conductas autolesivas sin ideación final de muerte al suicidio consumado. Entre medias, aparecen distintos conceptos de menor a mayor riesgo potencial de suicidio consumado como: expresión suicida, amenaza suicida, plan suicida, gesto suicida e intento o tentativa de suicidio (Anseán, 2014).

En 1976, la OMS eliminó los términos “suicidio” y “tentativa de suicidio”, sustituyéndolos por “actos de suicidio”, que podrían definirse como la acción autolesiva con daño físico o intención de muerte variable (Anseán, 2014; Saiz González, 2006). En la Clasificación Internacional de

Enfermedades vigente, la CIE-10, la OMS clasifica el suicidio en el mismo nivel que las causas externas de mortalidad y el homicidio (códigos X60-X84)(OMS, 1994).

En el DSM-5 los “Trastornos de comportamiento suicida” se incluyen en el apartado de “Afecciones que necesitan más estudio”, en el Tomo II. Es por tanto una categoría diagnóstica provisional, pendiente de ser corroborada su validez por más estudios, y que por ahora no aparece entre las categorías diagnósticas actualmente vigentes (APA, 2014).

Las conductas suicidas en el DSM-5 se caracterizan por el rasgo patognomónico de la realización de al menos un “Intento de Suicidio”, que es descrito como *una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte (...)* La manifestación fundamental del trastorno de comportamiento suicida es un intento de suicidio (APA, 2014).

Este calificativo de comportamiento suicida, “Intento de suicidio”, no se aplica a la ideación suicida, o a los actos preparatorios. El término de conducta suicida requiere que haya un paso al acto, la realización de un intento de suicidio, un acto con intencionalidad de quitarse la vida.

Y en este sentido, las conductas suicidas se distinguen de la llamada “Autolesión no suicida”, que va dirigida a *aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo*, pero sin intencionalidad de morir (APA, 2014). Éste es el criterio diferenciador decisivo, la intención o no de morir.

La violencia del método utilizado es un especificador que permite caracterizar el intento de suicidio. Los métodos de precipitación, armas de fuego, y otros, se consideran violentos. Mientras que la intoxicación por sustancias legales o ilegales, se considera un método no violento.

La letalidad es otro de los especificadores del intento de suicidio. Los métodos de alta letalidad no se limitan a una atención en un dispositivo sanitario de urgencias, y requieren una hospitalización médica.

Otra de las características de interés especificado y de interés pronóstico es el grado de planificación que precede a la realización del intento de suicidio. También se concede importancia al estado mental del paciente en el momento de realizar el intento como variable para evaluar el intento de suicidio.

En cualquier caso, analizar el grado de “intencionalidad” de un acto de suicidio ofrece, en ocasiones, no pocas dificultades. Comenzando por el hecho de que el propio individuo no quiera reconocer una intencionalidad por otro lado sospechada por alguna de sus características de ejecución, por sus antecedentes, o por la información de otros informantes, etc. La intencionalidad es a veces difícil de definir y de evaluar. Da lugar a dificultades metodológicas importantes en este terreno.

La autolesión (*self-harm*) es definida por la OMS como “acto con un resultado no-letal en el que un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual, que sin intervención de terceros, resultará lesivo; o ingesta deliberada de una sustancia en mayor dosis de la prescrita o de la considerada como terapéutica, con el objetivo de realizar un cambio con las consecuencias físicas del mismo inmediatas o esperadas” (Schmidtke et al., 1996). Esta definición se asocia con el término “parasuicidio”, superada por el término “autolesión deliberada” y más adelante con el de “autolesión” por su imprecisión y poca universalidad (Bennardi et al., 2016). Esta definición iría en la línea del suicidio como continuum, y no como un fenómeno de “todo o nada” (Hawton et al., 2012).

La autolesión, o daño físico producido por un acto del espectro de la conducta suicida independientemente de su grado o de su intencionalidad de muerte, puede tener distintas funciones para quien la realiza según la evidencia científica (Klonsky, 2007) (**Tabla B**).

Tabla B. Funciones de la autolesión deliberada. *Adaptado de Klonsky, 2007.*

<i>Función</i>	<i>Descripción de la función</i>
<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 sí 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

Documentada la autolesión como un problema importante de salud pública (Bennardi et al., 2016; Griffin et al., 2018; Hawton et al., 2016, 2012; Zalsman et al., 2016), autores como Geulayov (Geulayov et al., 2018) o Arensman (Arensman et al., 2018), en los últimos meses, han utilizado el modelo del iceberg para ilustrar la gran prevalencia de autolesiones y muertes por suicidio no detectadas en adolescentes. Desde una perspectiva clínica, el modelo del iceberg implica la relación dimensional existente entre las autolesiones que ocurren en la comunidad (parte más profunda), las autolesiones detectadas en los medios hospitalarios (parte intermedia) y el suicidio consumado (parte superior)(Arensman et al., 2018). En la parte “no visible” del iceberg nos encontraríamos con las autolesiones que ocurren en la comunidad y no son detectadas por los medios sanitarios habituales, conductas que están aumentando en prevalencia en los últimos años en población adolescente (Hawton et al., 2012).

1.2.2. Datos epidemiológicos de las Conductas suicidas

Las CS son un problema de salud mental de primera magnitud y una de las primeras causas de muerte prematura y de años de vida perdidos (Beth S. Brodsky et al., 1997; World Health Organization, 2018). Además de la propia mortalidad del suicidio consumado, los intentos de suicidio sin resultado de muerte pueden provocar una importante morbilidad médico-quirúrgica y psiquiátrica en el paciente que sobrevive al intento, y severas consecuencias en el entorno familiar y social del mismo (World Health Organization, 2018).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2018), cerca de 800000 personas se suicidan cada año. Por cada suicidio consumado, se considera que entre 20-30 veces más intentos de suicidio sin llegar a consumarse el fallecimiento (Zalsman et al., 2016). Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Alguno de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo son la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego entre 20-30 veces más intentos de suicidio sin llegar a consumarse el fallecimiento (Zalsman et al., 2016).

Asimismo, la OMS describe que los últimos 60 años, los suicidios se han incrementado un 50% y realiza la predicción de que en 2020 hayan aumentado otro 50%, hasta superar el millón y medio de muertes (Bertolote and Fleischmann, 2002).

Los intentos de suicidio y la ideación suicida son tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres (Sadock et al., 2015). Por la contra, en los países desarrollados, los varones realizan suicidio consumado entre 2 y 4 veces más que las mujeres, tendiendo a utilizar métodos más violentos (Hawton and van Heeringen, 2009). Los hombres recurren con más frecuencia a métodos de suicidio como armas, ahorcamiento, etc.; mientras que en mujeres es más frecuente la intoxicación medicamentosa (Sadock et al., 2015).

Las tasas de suicidio son mayores en población anciana en la mayoría de países (Hawton and van Heeringen, 2009). Las tendencias observadas en las últimas décadas son las de un aumento de los suicidios en adolescentes, y un descenso de las cifras en ancianos (Sadock et al., 2015; Turecki and Brent, 2016). También se describe variación estacional, con un aumento en la incidencia en primavera y verano, así como una posible relación con la latitud y las horas de luz solar (Christodoulou et al., 2012; Turecki and Brent, 2016).

En cuanto al estado civil, el mayor riesgo de suicidio se da en personas que nunca se han emparejado, en viudos, y separados o divorciados, por este orden. El vivir solo incrementa el riesgo de muerte por suicidio (Heikkinen et al., 1995). El empleo parece ser una variable protectora frente al suicidio (Sadock et al., 2015).

Los datos epidemiológicos sobre los intentos de suicidio provienen de registros de Atención Primaria, o de servicios de Urgencias. Desde una primera atención en urgencias hospitalarias, o de pacientes hospitalizados tras un intento de suicidio, bien por su morbilidad médico-quirúrgica, o bien hospitalizados en servicios psiquiátricos por su psicopatología (Ros and Arranz, 2006).

Probablemente en nuestro medio sean los servicios sanitarios de atención primaria quienes están más implicados inicialmente en la atención a las conductas suicidas por su proximidad a la población.

Luoma y colaboradores hacen una revisión de varios estudios y encuentran que aproximadamente el 75% de los pacientes con conductas suicidas son atendidos en atención primaria, mientras solo alrededor del 30% reciben atención especializada en Salud Mental (Luoma et al., 2002). Siendo estas cifras notablemente más bajas que en Atención Primaria, aun así las conductas suicidas pueden ser el primer motivo de atención entre las patologías atendidas en las urgencias psiquiátricas (Hawton and van Heeringen, 2009).

Otros autores calculan que más del 75% de los intentos de suicidio es probable que ni siquiera lleguen a ser atendidos en un centro sanitario y por lo tanto no son registrados. Si en los suicidios consumados se puede hablar de una infraestimación cuantitativa, en los intentos de suicidio esta limitación es aún mucho mayor (Meehan et al., 1992). Como cifra aproximada se ha cuantificado una proporción de 10 a 40 intentos de suicidio por cada suicidio consumado (Haukka et al., 2008; Hirschfeld and Russell, 1997).

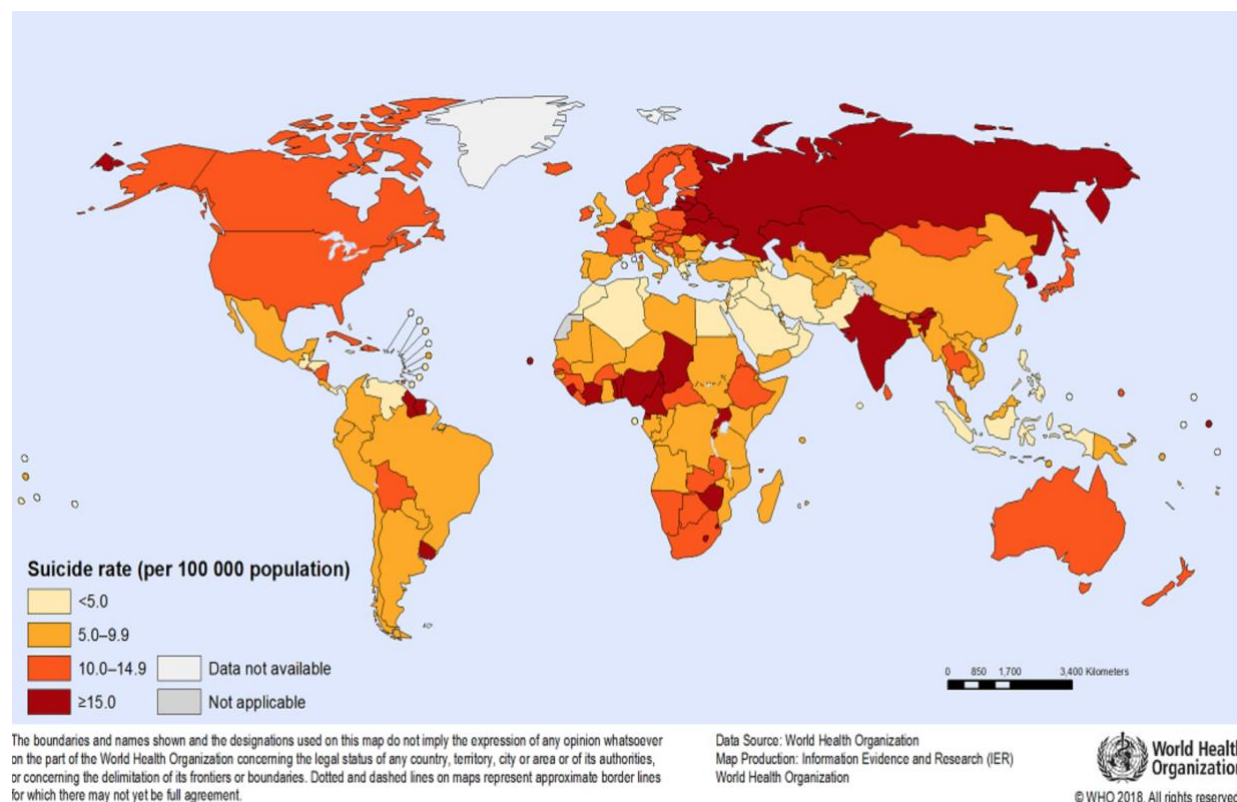
En general se considera que las tasas de muerte por suicidio están subestimadas en la inmensa mayoría de los estudios (Sher, 2004). El método de registro de las muertes por suicidio difiere entre algunos países, variando los criterios que ha de cumplir una muerte para ser considerada como suicidio consumado (Hawton and van Heeringen, 2009). A pesar de estas limitaciones metodológicas, en el 2016, la OMS publicaba datos acerca de que el 1,4% de las muertes anuales en el mundo pueden ser debidas a suicidio. Se estima que en 2016 fallecieron por esta causa 793000 personas en todo el mundo, lo que supone una tasa de suicidio por cada 100000 habitantes de 10,5 (World Health Organization, 2018).

Variables culturales, legales, la propia incertidumbre ante una muerte que no se conoce con certeza si es deliberada o accidental en ocasiones, hacen que el registro de muertes por suicidio sea generalmente menor del que pueda corresponder a los datos reales. Y por los mismos motivos, los datos entre distintos países pueden resultar más dispares (Hawton and van Heeringen, 2009).

Como se observa en la **figura 1**, la tasa de suicidio varía de manera notoria entre los distintos países del mundo. Según la OMS, las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (31,9 y 31,0 muertes por 100000 habitantes, respectivamente) y las más bajas

en Siria, Kuwait, Tayikistán y Azerbaiyán (1,9; 2,3; 2,5;2,6 muertes por 100000 habitantes, respectivamente) (World Health Organization, 2018).

Figura 1. Tasa de suicidios distribuidos por países (por 100000 habitantes). Fuente OMS. (World Health Organization, 2018).



A nivel europeo, según cifras que proporciona el Eurostat (2016) (**figura 2**), por término medio se registraron 11.7 muertes por 100,000 habitantes debidas a suicidio en 2013, encontrándose las tasas más bajas en Grecia y Malta (4,8 y 5,1 muertes por cada 100000 habitantes, respectivamente) (Eurostat, 2016). Por el contrario, países como Lituania, Eslovenia y Hungría registraron las tasas más elevadas (36,1; 21,7 y 21,2 muertes por cada 100000 habitantes, respectivamente). Existe gran variedad entre los distintos países europeos en la distribución de muertes por suicidio, como observamos en la **figura 3**. España con 8,17 muertes por cada 100000 habitantes, presenta una de las tasas de suicidio más bajas del mundo (Eurostat, 2016; Navarro-Gómez, 2017).

Figura 2. Mapa europeo de la tasa de suicidio por cada 100000 habitantes. (Eurostat, 2016)

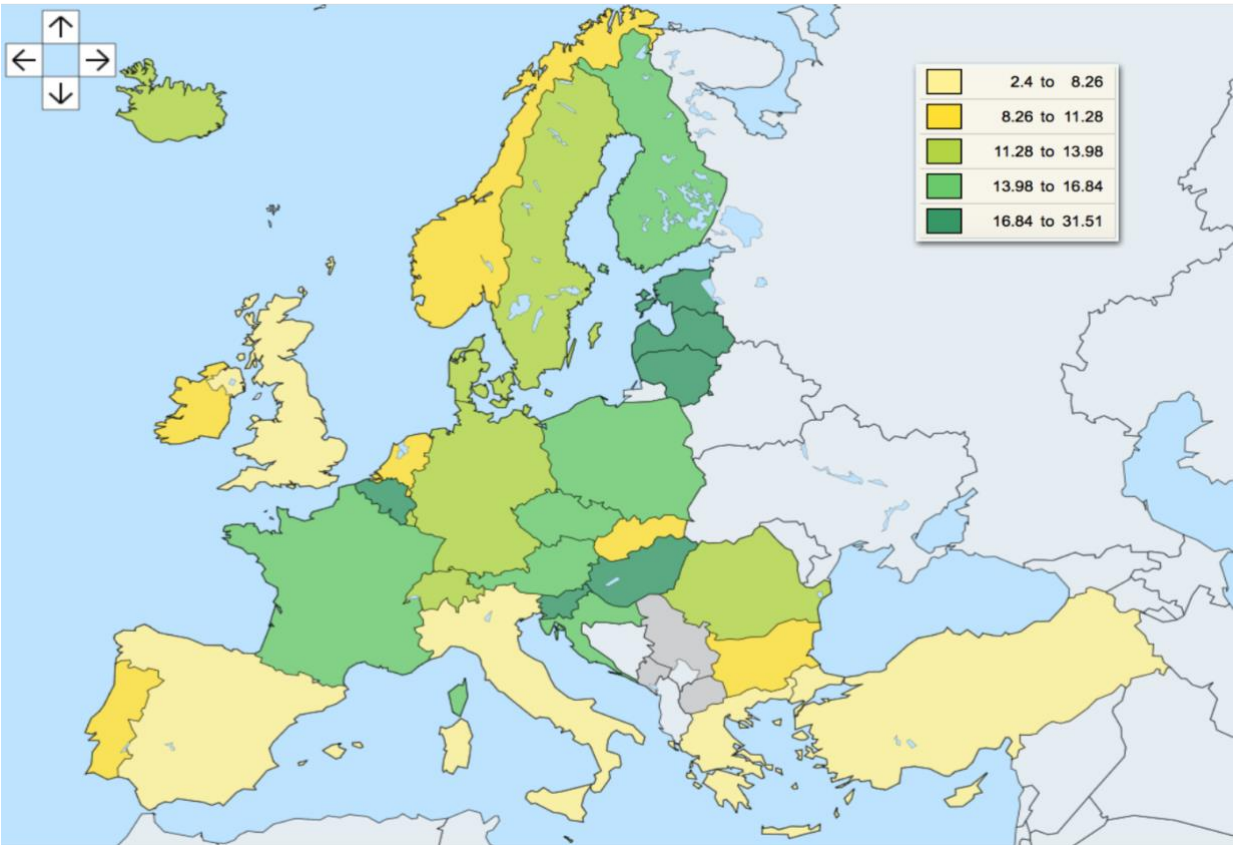
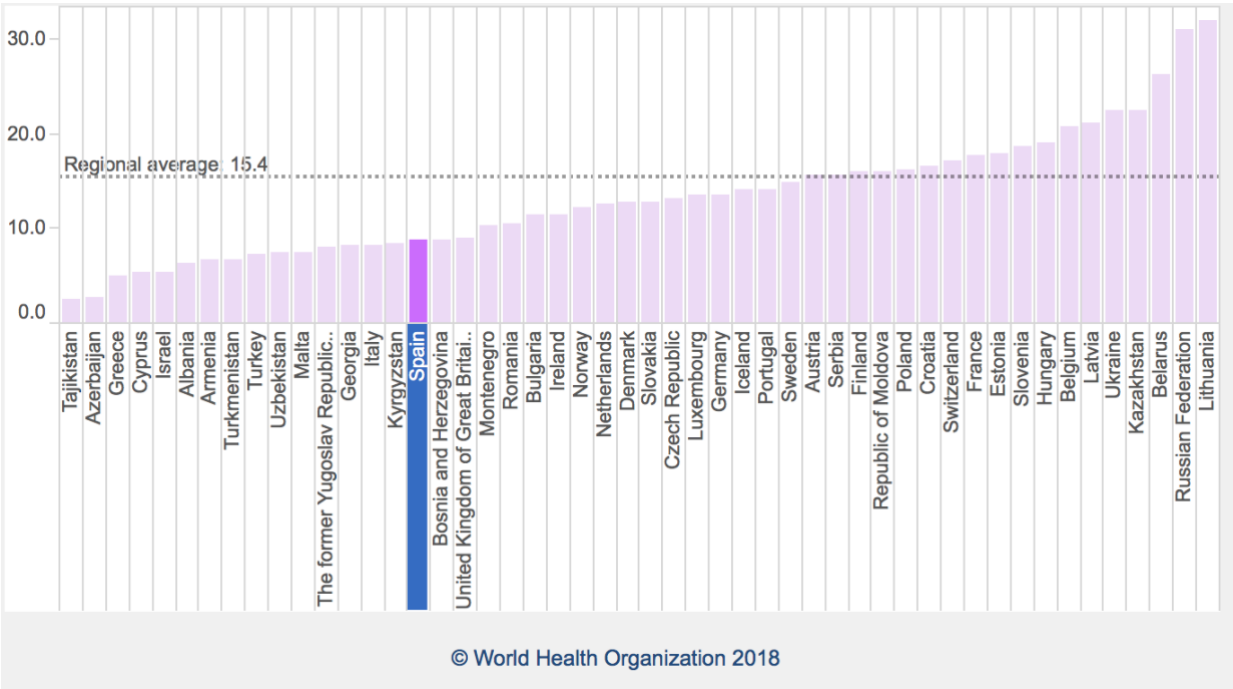


Figura 3. Distribución de muertes por suicidio en Europa por país, ordenadas de menor a mayor. Fuente OMS (World Health Organization, 2018).



En nuestro país, el suicidio es la primera causa absoluta de muerte en varones de 15 a 29 años y

la segunda causa, después de la patología oncológica, en las mujeres de ese tramo de edad. Además, bajo otras causas externas de fallecimiento (ahogamientos y envenenamientos, caídas u otros accidentes) pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignadas a esta causa. En 2015, se produjeron 3602 suicidios en España: 3 de cada 4 son de hombres y 1 de cada 4, de mujeres; suponiendo una media de casi 10 suicidios diarios (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

El ahorcamiento es el medio más utilizado en casi la mitad de los suicidios, por influencia de los varones, que lo utilizan en la mayoría de los casos. El método mayoritario en las mujeres es la precipitación desde un lugar elevado. Las otras mayores diferencias entre sexos es la ingesta de fármacos y envenenamientos, mucho más usados por mujeres, y las armas de fuego, más utilizadas por hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Figura 4. Métodos de suicidio empleados por sexo en España, 2015 (FSME, 2018; Instituto Nacional de Estadística, 2018)



En España, al igual que en otros países occidentales, la muerte por suicidio ha pasado a convertirse en la primera causa de muerte externa y la primera causa absoluta de muerte en varones de 15 a 29 años, y la segunda en las mujeres de ese tramo de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Los datos sobre autolesiones recogen que en los últimos años, estas conductas han aumentado en frecuencia en la mayoría de países (Hawton et al., 2016). Las NSSI son más comunes en personas

jóvenes entre 15 y 35 años de edad, con prevalencias que oscilan entre el 7 y 16% (Evans et al., 2005; Fleischmann et al., 2005; Hawton et al., 2016). Al contrario que el suicidio consumado, las autolesiones son más frecuentes en mujeres, aunque en los últimos años se describe una tendencia más paritaria, sobretodo a medida que se avanza en rango de edad (Hawton and Harriss, 2008; Perry et al., 2012). La tendencia en las autolesiones, es a repetir la conducta, describiéndose en la literatura que este aumento en las repeticiones de las autolesiones, a su vez, incrementa el riesgo de suicidio consumado (Zahl and Hawton, 2004).

La prevención de la CS se ha convertido en uno de los objetivos primordiales de la OMS, recomendando implementar intervenciones efectivas y basadas en la evidencia en la población, a niveles individuales y poblacionales para prevenir el suicidio y los intentos de suicidio (World Health Organization, 2018).

En el Plan 2013-2020 de Acción en Salud Mental de la OMS, los estados miembros se comprometieron a trabajar juntos hacia el objetivo global de reducir las tasas de suicidio en un 10% en 2020 (WHO, 2014). Para ello la OMS recomienda la reducción al acceso a medios que faciliten el suicidio, noticias sobre suicidio en prensa que eviten el lenguaje sensacionalista y las descripciones explícitas sobre el método utilizado o una temprana detección de la patología mental que puede subyacer bajo una CS entre otras (WHO, 2014).

Zalsman et al, en una revisión sistemática reciente sobre estrategias en prevención del suicidio llevadas a cabo desde 2005, describen que existe evidencia para restringir el acceso a métodos letales como prevención de la CS (Zalsman et al., 2016). Asimismo, encuentran que un tratamiento psicofarmacológico y psicológico de la depresión, es importante como medida de prevención. Relatan que no existe evidencia suficiente para recomendar una estrategia de prevención por delante de otra.

En esta misma línea que demuestra la evidencia para llevar a cabo métodos de prevención de la conducta suicida (Zalsman et al., 2016), se recomiendan estrategias de intervención psicosocial en el manejo de las NSSI (Hawton et al., 2016). Una creencia frecuente es que las autolesiones obedecen a veces a razones superficiales, restándoles importancia y subestimando el riesgo que estos pacientes acarrear (Bennardi et al., 2016).

Entre las distintas estrategias de manejo terapéutico destaca la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), que sin disminuir la proporción de pacientes que realizan NSSI, consigue reducir la

frecuencia con la que estos pacientes se autolesionan (Hawton et al., 2016; Rizvi et al., 2017).

Los distintos enfoques en la prevención de la CS y la NSSI como factor de riesgo mayor de CS, incluyen identificar aquellos grupos de alto riesgo y realizar estrategias a nivel poblacional (Hawton and van Heeringen, 2009), como por ejemplo aquellos individuos que presentan alto riesgo de repetir conductas autolesivas (Bennardi et al., 2016). Asimismo, se necesita un mayor conocimiento en el fenómeno de la CS basado en el estudio de los factores de riesgo y en un estudio individualizado del paciente, que permita afianzar en mayor medida el objetivo de la prevención (Barrigón and Baca-García, 2018).

1.2.3. Diagnóstico Diferencial de las Conductas suicidas con las Conductas de autolesión sin intención suicida

El DSM-5 (APA, 2014) incluye la “Autolesión no suicida” (NSSI) en el apartado de “Afecciones que necesitan más estudio”, al igual que las “Conductas Suicidas” (CS), pero como capítulo separado de éstas. Ambas son formas de conductas en las que, en definitiva, un paciente se hace daño a sí mismo. Todas en conjunto son las llamadas Conductas autolesivas o *Self-injurious behavior* (SIB) (Hamza et al., 2012).

Stanley et al. 1992, buscaban unos rasgos comunes, descriptivos o clínicos, y bioquímicos, que permitieran establecer un continuum entre las CS y las NSSI (Stanley et al., 1992). Stanley et al. 2001, se preguntaban sobre la heterogeneidad y las similitudes de estas poblaciones de pacientes, y ya establecían algunos rasgos distintivos (Stanley et al., 2001).

Según Baetens et al. (2011), CS y NSSI se distinguen en tres aspectos importantes: intencionalidad del acto, repetición de los actos, y la letalidad (Baetens et al., 2011).

El primer rasgo distintivo es la intencionalidad. Para el DSM-5 (APA, 2014) el primer criterio para la definición de este diagnóstico es que el sujeto se inflige de manera intencionada una o varias lesiones en su superficie corporal, extremidades, abdomen (cortes, quemaduras, golpes, erosiones,...), 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.

Ni siquiera se trata muchas veces de un “daño”, en el sentido de un comportamiento que provoca algo doloroso o molesto, sino que el paciente lo vive incluso como agradable, tranquilizador y como un acto de desahogo de la tensión que vivía en los momentos precedentes.

Hacer la distinción entre el deseo de morir y la ausencia del deseo de morir, CS o NSSI respectivamente, en ocasiones no es fácil, sobre todo en actos en los que predominan la urgencia, la impulsividad, el paso al acto sin premeditación, y con la funcionalidad cognitiva absorta en la ansiedad, malestar, o en la ira intensas.

El paciente puede reconocer introspectivamente que el objetivo de sus lesiones no es la muerte, sino que persigue aliviar o liberar una “tensión interna” (Zanarini et al., 2013). 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.

Por si las dificultades de análisis y de observación conductuales en estas situaciones fueran pocas, a veces los pacientes pueden dar incluso informaciones distorsionadas: *...varios estudios muestran unas tasas elevadas de intenciones falsas en las declaraciones* (APA, 2014). Es una dificultad metodológica añadida muy valorable, y que puede obedecer a motivos diversos: de vergüenza, de relaciones personales, aspectos legales, etc.

En la tabla B, expuesta en el apartado 1.2.1., exponíamos las distintas funciones que pueden tener las autolesiones. Las expectativas del NSSI son de forma resumida (APA, 2014; Klonsky, 2007):

- Alivio de un sentimiento o estado cognitivo negativo y molesto para el sujeto que lo padece sin poder deshacerse de esa situación por otros medios inmediatos (tensión, ansiedad, autorreproches).
- Buscar la resolución de una dificultad, no solo de malestar personal, sino en un contexto relacional o interpersonal, real y presente, o imaginario.
- Alcanzar un estado de sentimientos agradables o positivos, o al menos libres de tensión y sufrimiento. El paso al acto puede ser como resultado de un autocastigo que el individuo considera merecido sufrir, y el sufrimiento actúa como liberación.

El DSM-5 (APA, 2014) recoge también la información de que muchas de las personas que se

producen estas lesiones no buscan asistencia clínica. Las lesiones o las heridas autoinfligidas son leves. O, aunque en una primera ocasión el paciente pueda alarmarse, aprende en sucesivos episodios de autolesión que las heridas no son graves, y que, si acude a solicitar ayuda sanitaria profesional, las curas aplicadas pueden ser sencillas.

Tras la intencionalidad, decíamos que el segundo y tercer rasgos distintivos en CS y NSSI, son la frecuencia de los actos autolesivos, y su potencial letalidad. Las NSSI tienden a ser más frecuentes que las CS (Nock and Prinstein, 2004).

En cuanto a la letalidad, los NSSI tienden a emplear métodos autolesivos de baja letalidad (golpes, cortes, pequeñas quemaduras en la piel, ...), frente a la mayor letalidad de los métodos empleados con fines suicidas (CS) (sobredosis, precipitación desde alturas, ahorcamiento, ...) (Andover and Gibb, 2010; Muehlenkamp and Gutierrez, 2007).

Y a pesar de sus diferencias, ambos tipos de conductas suelen darse en las mismas poblaciones, tanto en muestras estudiadas en la comunidad, como en poblaciones de pacientes (Jacobson et al., 2008; Nock et al., 2006). Y aunque ambos tipos de conducta son diferenciados, tienen una relación bastante próxima entre ellos (Stanley et al., 2001).

Para algunos autores, las conductas NSSI son un factor de riesgo y de alguna manera, conductas precursoras, para la futura aparición de intentos autolíticos (Andover and Gibb, 2010; Asarnow et al., 2011; Hawton et al., 2016; Portzky et al., 2007). Y la asociación entre NSSI y CS se mantiene después de controlar estadísticamente la edad, género, etnicidad, síntomas depresivos, desesperanza, de los pacientes, entre otras variables (Portzky et al., 2007; Sakinofsky, 2000). También se mantiene la asociación estadística después de controlar varios diagnósticos psiquiátricos, entre ellos TLP (Andover and Gibb, 2010).

La predicción del riesgo de CS por parte de las conductas NSSI se ha constatado también en estudios longitudinales de seguimiento, no solo en estudios retrospectivos y transversales, y por lo tanto la asociación estadística adquiere una mayor fuerza. Los hallazgos transversales no permiten el análisis de la dirección causal de la asociación estadística encontrada entre NSSI y CS, simplemente se constata tal asociación, y puede ser que los pacientes con NSSI tengan mayor riesgo de desarrollar CS, y/o a la inversa. Sólo en los estudios longitudinales se puede ver el orden temporal de aparición de las conductas NSSI y CS, y analizar la dirección de En los estudios longitudinales y prospectivos también se ha encontrado que las conductas NSSI son un

mayor predictor de CS que a la inversa, que las CS respecto de NSSI (Asarnow et al., 2011; Prinstein et al., 2008; Wilkinson et al., 2011).

Sin embargo, según Hamza et al. (2012), hay una cuestión conceptual y metodológica decisiva y que en general la mayor parte de los estudios que ellos revisan, no han contemplado (Hamza et al., 2012). Es la valoración de la gravedad de los actos autolesivos. Porque la calificación de un acto autolesivo como NSSI incluye distintos tipos de actos, desde actos que pueden calificarse como una agresión de intensidad muy leve para el sujeto, a otros cuya gravedad está más próxima a un intento autolítico. 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, como ya hemos indicado, en general producen un alivio a la persona que las realiza respecto al estado de ánimo y a la tensión nerviosa que preceden el paso al acto. Pueden también entenderse como una forma de simbolizar y expresar gestualmente un estado de ánimo. A la vez que promueven o piden muchas veces un gesto de atención por parte de las personas cercanas, e incluso del terapeuta (Oumaya et al., 2008).

En un trabajo ya citado en el anterior epígrafe, Oumaya et al. tras una revisión de la literatura, encuentran que la relación entre CS y NSSI es en ocasiones contradictoria (Oumaya et al., 2008). Según algunos estudios y algunos autores, las NSSI son un factor de pronóstico que predice un mayor riesgo de CS y de muerte por suicidio. Según otros estudios, sin embargo, es una variable protectora frente al riesgo de conductas suicidas.

Oumaya et al., 2008, citan algún trabajo que propone que estos actos autolesivos sin intencionalidad suicida, en realidad pueden ser considerados como formas atenuadas de conductas suicidas (*focal suicide*) (Oumaya et al., 2008).

Después de la realización de 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 conductas suicidas y conductas autolesivas no-suicidas, serían todas variantes de un mismo tipo de conductas autolesivas. Esta opinión es minoritaria, y no es la recogida en el DSM-5 (APA, 2014; Oumaya et al., 2008).

Baguelin- Pinaud et al en 2009, estudian 30 pacientes hospitalizados para caracterizar los rasgos de las NSSI (Baguelin-Pinaud et al., 2009). Encuentran que son conductas que se asocian a CS, a conductas adictivas al consumo de tóxicos, y a TP.

Klonsky et al en 2013, exponen que la NSSI e 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 ellas (Klonsky et al., 2013). Dan una interpretación de sus resultados siguiendo el Modelo de la teoría interpersonal de Joiner (Joiner, 2005). Esta teoría distingue entre “riesgo para el deseo suicida” y la “capacidad” para llevar a cabo un intento de suicidio. Los antecedentes de NSSI aumentan el riesgo de conductas suicidas a través ambos conceptos explicativos del comportamiento suicida.

Victor & Klonsky en 2014 hacen una revisión de la literatura para distinguir las conductas de intencionalidad suicida (*SA - Suicide Attempts*) y las NSSI. La correlación más fuerte para los intentos de suicidio es con la presencia de “ideas suicidas” (Victor and Klonsky, 2014). En segundo lugar, tras las ideas suicidas, los intentos de suicidio se asocian con NSSI, 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.

García-Nieto et al 2014, valoran 150 pacientes hospitalizados, distinguiendo las características entre “Gestos suicidas”, “Intentos de suicidio” y “Autolesiones no-suicidas” (García-Nieto et al., 2014). El trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad se asocian a lo que denominan “Gestos suicidas”. (Gesto suicida o parasuicidio, son términos que inducen al equívoco y no aparecen en el DSM-5, donde el criterio definitorio que distingue conductas suicidas (CS/SB) y conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI), es la presencia o no de la intencionalidad de morir en el sujeto que ejecuta los actos). El trastorno narcisista de la personalidad se asocia a “intentos de suicidio”. La impulsividad como rasgo individualizado se asocia a un mayor riesgo de intentos de suicidio.

You y colaboradores en 2015, proponen la utilidad del Modelo de Nock para el desarrollo de NSSI en estos pacientes, a través de la conjunción de varios factores de riesgo (factores predisponentes de conductas desadaptativas, factores precipitantes), que tienen un carácter general o inespecífico, y una serie de caracteres más específicos identificados como vulnerabilidad para estas conductas NSSI (You et al., 2014).

Según este modelo,

- Hay una serie de “factores predisponentes” al episodio de NSSI. Entre ellas está el de tener un diagnóstico de TLP.
- Hay una serie de “factores precipitantes” del episodio de NSSI, como las Emociones negativas.
- “Factores de vulnerabilidad específicos del NSSI”: Impulsividad, Autocriticismo.

Andrewes y colaboradores en 2017, encuentran que tanto los NSSI como los intentos de suicidio decrecen en frecuencia según aumenta la edad de los pacientes (Andrewes et al., 2017). Los pacientes con TLP tienden a una cierta estabilidad sintomática con la edad, aunque no en todos los casos (Skodol et al., 1999). Según este estudio, la impulsividad y los síntomas depresivos predicen con mayor fuerza estadística el riesgo de intento de suicidio que los NSSI. Por lo tanto, a pesar de su aparente proximidad descriptiva entre los NSSI y las conductas suicidas, ya que ambos comparten la conducta agresiva hacia uno mismo, bien que, sin la intencionalidad manifiesta de muerte en los NSSI, en este trabajo los NSSI guardan menor relación con la CS que la que se atribuye a la impulsividad o a los síntomas depresivos.

La conceptualización más aceptada, y recogida en el DSM-5 (APA, 2014), es que a pesar de las semejanzas, las CS y las NSSI tienen un elemento distintivo esencial en esta teorización: la presencia o no de la intencionalidad suicida.

Como se ha señalado anteriormente, ambas entidades diagnósticas, Conductas suicidas, y Autolesión no suicida, son provisionales en el DSM-5, y denominadas como “Afecciones que necesitan más estudio”.

Tiene interés citar otros modelos teóricos que intentan integrar los hallazgos entre las conductas NSSI y las Conductas suicidas (SB) (Hamza et al., 2012).

1.2.4. Factores de riesgo asociados a las Conductas suicidas.

El suicidio, y las conductas suicidas, son un fenómeno complejo y multifactorial en el que influyen factores sociodemográficos y clínicos de diversa naturaleza (Hawton and van Heeringen, 2009). Entre los factores clínicos se han estudiado diversas variables psicológicas

(intrapsíquicas y relacionales) (O'Connor and Nock, 2014), psicopatológicas (Eguiluz Uruchurtu and Segarra Echebarría, 2013), genéticas (Van Heeringen and Mann, 2014), biológicas (Sudol and Mann, 2017), y ambientales (Zalsman et al., 2016).

Mann et al (Mann, 2003; J. J. Mann et al., 1999) proponen un modelo estrés-diátesis para ordenar toda esta compleja información, hacerla comprensible y aproximarse a dar una explicación del riesgo de presentación de conductas suicidas mediado por síntomas psicopatológicos de algún tipo, transitorios, o más o menos permanentes.

Según este modelo, en el desencadenamiento de un intento de suicidio convergen variables objetivas (diagnóstico psicopatológico, acontecimientos vitales estresantes) y variables subjetivas (estado mental alterado, vivencias subjetivas, relacionadas en ocasiones con consumo de alcohol o de tóxicos), que se identifican en los cambios de los rasgos de personalidad del paciente. Éstos se manifiestan como desesperanza, depresión como rasgo vivencial, ideaciones de muerte y suicidio, planes de suicidio, y frecuentemente impulsividad. La impulsividad es una característica que se asocia entre el malestar subjetivo del paciente y la agresividad como rasgo comportamental. La heteroagresividad, o bien la agresividad dirigida hacia sí mismo como carácter definitivo del acto suicida. Los autores encuentran una correlación entre sentimientos e ideaciones suicidas, impulsividad como un rasgo descriptor de los comportamientos, y la realización de conductas suicidas (Mann, 2003; J. J. Mann et al., 1999).

Un ejemplo de modelo diátesis- estrés es el de Pompili y colaboradores (Pompili et al., 2010). Los autores exponen como la interacción de factores de riesgo genéticos (déficit de noradrenalina, déficit de serotonina, alta impulsividad, trastornos mentales paternos e intentos de suicidio previos) y estresores ambientales (antecedentes de abuso sexual, ruptura de pareja o problemas legales en la infancia, desadaptación escolar o laboral, suicidio de personas cercanas, conflictos paterno-filiales y acceso a medios letales) modularían la aparición de la conducta suicida (Pompili et al., 2010).

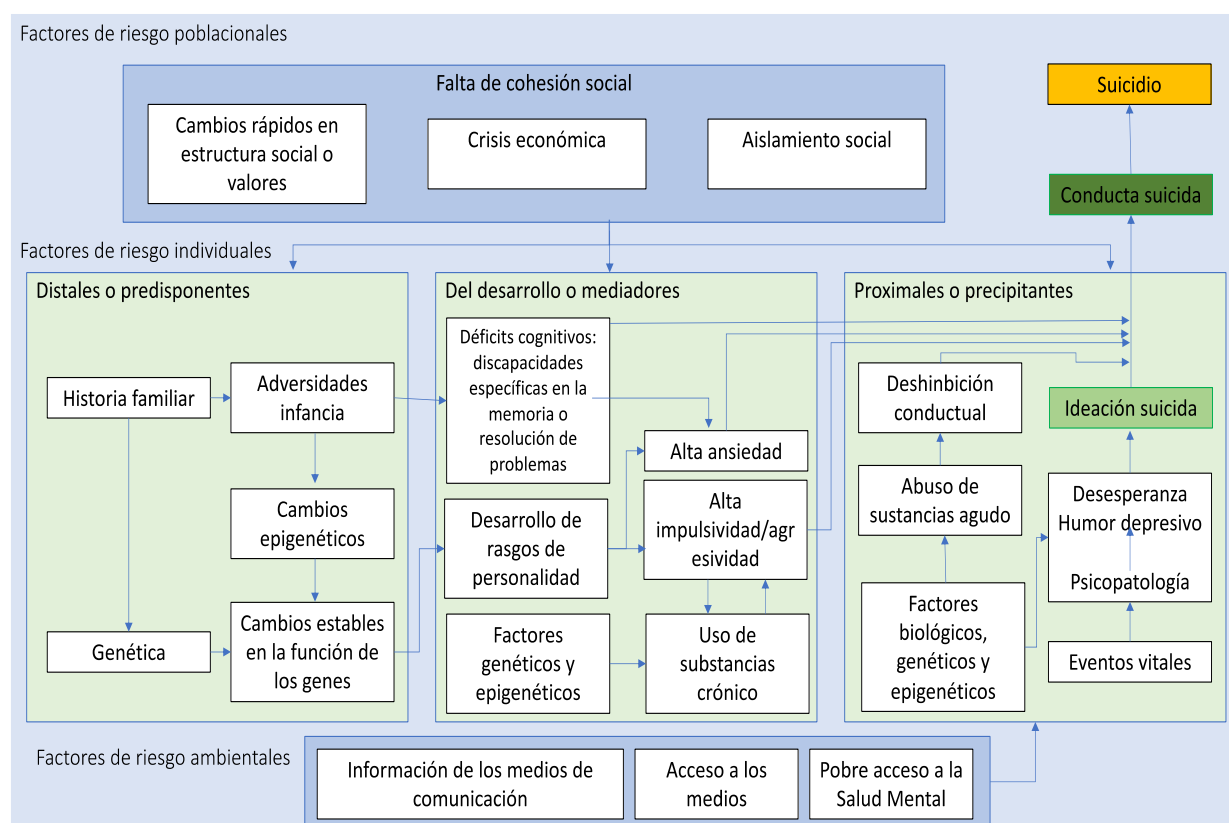
Existe importante variabilidad entre estudios sobre los factores de riesgo de suicidio que puede estar justificada por factores metodológicos, edad, localización geográfica y el sexo (Turecki and Brent, 2016).

Se han propuesto diferentes modelos para la explicación de los factores de riesgo de la conducta suicida, la mayoría enfatizando la interacción entre factores precipitantes y predisponentes

(Mann, 2003; O'Connor and Nock, 2014; Pompili et al., 2010; Turecki and Brent, 2016). El suicidio nunca es fruto de un único factor causal o estresor, a pesar de que se hayan identificado varios factores de riesgo, no se conoce cómo y porqué estos factores interaccionan para incrementar las CS (Hawton and van Heeringen, 2009; O'Connor and Nock, 2014).

En un reciente artículo, el grupo de Estudios sobre el Suicidio de Montreal (Turecki and Brent, 2016), propone un modelo de interrelaciones entre los distintos factores de riesgo suicida, que permite explicar las CS en múltiples subgrupos de población. Los autores mencionan que el suicidio tiene diferentes causas, con una importante variabilidad entre los factores de riesgo dependiendo de la edad, sexo, cultura, localización geográfica e historia personal (Turecki and Brent, 2016). La **figura 5** muestra este modelo de riesgo de suicidio.

Figura 5. Modelo para el riesgo de suicidio adaptado de Turecki & Brent (Turecki and Brent, 2016)



Quizás de una manera más ilustrativa de cara a una descripción individualizada de los mismos, autores como O'Connor & Nock, clasifican los factores relacionados con el suicidio en cuatro grandes grupos: diferencias personales e individuales, factores cognitivos, factores sociales, y eventos vitales adversos (O'Connor and Nock, 2014). Describimos en dos epígrafes distintos, dada su importancia clínica y valor epidemiológico, los intentos de suicidio previos y los

Trastornos mentales (Hawton and van Heeringen, 2009; Turecki and Brent, 2016; Zalsman et al., 2016) (**Tabla C**).

Tabla C. Factores de riesgo y protectores ante la Conducta Suicida.

Diferencias personales e individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de suicidio familiar • Factores genéticos • Rasgos de personalidad • Resiliencia • Nivel educativo y cultural • Factores sociodemográficos • Factores situacionales
Factores cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez cognitiva • Rumiación • Supresión del pensamiento • Sesgo en memoria autobiográfica • Sentimiento de pertenencia • Percepción de ser una carga • Sesgos atencionales
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de cohesión social • Factores sociofamiliares • Factores contextuales
Eventos vitales adversos	
Intentos de suicidio previos	
NSSI previas	
Trastornos mentales y del comportamiento	

1.2.5.1. Diferencias personales e individuales.

El suicidio se agrega en ciertas familias aumentando el riesgo de conducta suicida en los individuos pertenecientes a ese linaje (Saiz González, 2006). Los estudios en gemelos indican que en ese incremento intervienen tanto factores genéticos como ambientales (Mann et al., 2009;

Qin et al., 2002). La historia familiar de conducta suicida se considera un factor de riesgo tanto de intentos de suicidio como de suicidio consumado (Turecki and Brent, 2016). Se estima la heredabilidad del suicidio en un 17,4% para los intentos de suicidio y en un 36% para la ideación suicida (Turecki and Brent, 2016). La heredabilidad de la conducta suicida es comparable a la de la mayoría de los Trastornos Psiquiátricos Mayores (Mann et al., 2009).

Numerosas investigaciones confirman factores genéticos implicados en el suicidio (Van Heeringen and Mann, 2014; Lowther et al., 2017), habiéndose descrito endofenotipos para la conducta suicida como: agresividad/impulsividad (comentado en apartado 1.1.4.) , depresión mayor de inicio reciente, función neurocognitiva o respuesta al estrés del cortisol (Mann et al., 2009). Algunos estudios señalan que la ideación suicida y la conducta suicida podrían diferir genéticamente, yendo en contra de la caracterización de la conducta suicida como un espectro (Mullins et al., 2014).

El modelo de los 5 grandes factores (neuroticismo, extraversión, amabilidad, apertura a la experiencia y responsabilidad), se ha relacionado como factor de riesgo/protector con la CS. Niveles altos de neuroticismo y bajos de extraversión se asocia con ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado (O'Connor and Nock, 2014). El resto de dimensiones han sido menos estudiados (O'Connor and Nock, 2014).

La resiliencia, definida como “la capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas extremas” (Cabanyes Truffino, 2010), se presenta como protectora frente al riesgo de suicidio, basado en estudios en militares, alcohólicos, usuarios de drogas ilegales y prisioneros (O'Connor and Nock, 2014). En los últimos años, se ha acentuado el interés por la investigación en posibles factores protectores de la CS, el potencial papel de la personalidad y la neurobiología en la configuración de la resiliencia, haría de ambas dos sustratos a investigar en términos de prevención de CS (Cabanyes Truffino, 2010).

El nivel educativo y cultural, no ha sido señalado como un factor importante en la CS. No obstante, se ha asociado un nivel bajo de estudios con una prevalencia incrementada de intentos de suicidio (Cubrin et al., 2000; Navío Acosta and Villoria Borrego, 2014). En esta línea, un estudio sobre el suicidio consumado en pacientes con TP, encuentra que el 60-70% se daban en individuos con menos de 9 años de estudios, independiente de estar afecto de un TP (Heikkinen et al., 1997).

Se describen distintos factores de personalidad relacionados con la CS, que se ven afectados por el ambiente, poseen sustrato biológico, y afectan a su vez a la cognición y a la emoción (O'Connor and Nock, 2014). Desarrollaremos los mismos en el apartado 1.3.

A nivel sociodemográfico, se conoce que el riesgo de muerte por suicidio es mayor con la edad (Giner Jiménez and Pérez Solá, 2011; Vega-Piñero et al., 2002). Pero los intentos de suicidio son más frecuentes en jóvenes. Las personas con más edad intentan suicidarse con menos frecuencia que las personas jóvenes pero su grado de letalidad es mayor (Sadock et al., 2015). La edad temprana de muerte por suicidio está relacionada con la comorbilidad, especialmente con Trastornos de Personalidad del clúster B y Trastornos por Uso de Sustancias. A mediana edad, se asocian con más riesgo de suicidio, el uso de sustancias, un nivel elevado de ansiedad y la comorbilidad con depresión. Mientras que en el grupo de edad anciana, hay una asociación más fuerte entre suicidio y psicopatología, especialmente con el Trastorno Depresivo Mayor (Turecki and Brent, 2016).

A nivel situacional, el desempleo es un factor de riesgo identificado para el riesgo suicida (Kpsosowa, 2001; Nakao, 2010).

1.2.5.2. Factores cognitivos

Se han identificado distintas formas de procesamiento cognitivo que podrían ser deficientes y disfuncionales en personas con CS. La rigidez cognitiva, la rumiación, la supresión del pensamiento, el sesgo en la memoria autobiográfica, el sentimiento de pertenencia, la percepción de ser una carga o los sesgos atencionales son algunos de los que se han descrito (O'Connor and Nock, 2014).

Factores distales o predisponentes como los factores genéticos, la historia familiar y los eventos adversos tempranos probablemente medien en los estilos cognitivos relacionados con la CS (Turecki and Brent, 2016).

1.2.5.3. Factores sociales

Durkheim (1858-1917), reconocía el papel de los factores sociales en el suicidio. En 1897, en *"Le suicide"* afirma que *"no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos"* (Durkheim, 1982). Clasifica la conducta suicida en tres tipos: suicidio egoísta, altruista y anómico. El egoísta se refiere a aquellos individuos que

no se integran totalmente en un grupo actuando de forma no grupal, el altruista se refiere aquellos individuos vinculados en exceso al grupo y el anómico es el suicidio realizado por personas que se ven apartadas del grupo al que pertenecen, por ejemplo tras una crisis económica o un encarcelamiento (Segarra Echebarría et al., 2013)

Existe relación entre el aislamiento social, mediando entre otros factores considerados de riesgo como el alejamiento conyugal, la migración, estancias en la cárcel o el hospital, etc. , y el suicidio consumado (López- García et al., 1993; Navío Acosta and Villoria Borrego, 2014). Al contrario que la separación y el divorcio, que son factores de riesgo, tener hijos es un factor protector de la conducta suicida, sobre todo en mujeres (Hoyer and Lund, 1993)

Esta pérdida de cohesión social, se puede ver ejemplificada en cambios rápidos en la estructura social o sistema de valores, crisis económicas como resultado por ejemplo de situaciones derivadas del desempleo o aislamiento social, todas ellas se han relacionado con un aumento del riesgo de suicidio (Corcoran et al., 2015; Turecki and Brent, 2016).

La pertenencia frustrada a un grupo y percibir ser una carga incrementan la ideación suicida, siendo por separado predictores de conducta suicida (Mitchell et al., 2017).

Tradicionalmente se ha relacionado la conducta suicida con un estrato socioeconómico más alto, no obstante revisiones recientes encuentran asociación con un pertenecer a un nivel más bajo (Foster and Wu, 2002; Navío Acosta and Villoria Borrego, 2014).

Los mecanismos causales de los determinantes sociales de las enfermedades mentales y del suicidio indican un patrón cíclico. Por un lado, las adversidades socioeconómicas incrementan el riesgo de Trastorno Mental. Por el otro lado, la población afecta de Trastornos Mentales acaban viéndose implicados en situaciones de pobreza y exclusión social a lo largo de la vida (Patel et al., 2016).

La manera de tratar las noticias relacionadas con el suicidio por parte de los medios de comunicación, también se ha visto relacionado con un aumento en la incidencia de CS (Sisask and Värnik, 2012). Este efecto de los medios de comunicación sobre el repunte en la conducta suicida está descrito desde hace años (McTernan et al., 2018). Algunos autores lo denominan “Efecto Werther”, en alusión al fenómeno ocurrido en 1774 tras la publicación de la novela de JW Von Goethe “Las penas del joven Werther”, cuando se produjeron numerosos suicidios por

imitación en Alemania, Dinamarca e Italia (Phillips, 1974).

1.2.5.4. Eventos vitales adversos

Otro factor de riesgo de CS bien caracterizado es la exposición a eventos traumáticos en la infancia, generalmente definido como negligencia parental o abuso físico, sexual o emocional en la infancia (Bruffaerts et al., 2010; Castellví et al., 2017; Dube et al., 2001; Rodante et al., 2019; Zatti et al., 2017). El tipo de abuso, la frecuencia y la relación entre la víctima y el abusador se presentan como factores moderadores (Brezo et al., 2008). Los eventos adversos tempranos pueden inducir cambios epigenéticos en distintas rutas genéticas, implicadas en la plasticidad, crecimiento y protección neuronal. (Turecki and Brent, 2016; Weder et al., 2014). Los eventos vitales adversos en edad adulta, también se relacionan con CS (O'Connor and Nock, 2014).

En cuanto al estilo de apego, MacGregor et al. (2014) (MacGregor et al., 2014), exponen que el apego parental inseguro y evitativo (pero no el ansioso) predice intentos de suicidio en los hijos.

Se han estudiado diversas condiciones vitales y con repercusión clínica que, al no poder ser controladas adecuadamente con un tratamiento oportuno, pueden constituir un factor de riesgo para conductas suicidas. Las enfermedades con dolor crónico, cirugía reciente o enfermedades crónicas y terminales incrementan el riesgo de suicidio (Juurlink et al., 2004; O'Connor and Nock, 2014). Por otro lado, meta-análisis recientes indican que la actividad física está asociada con una menor ideación suicida (Vancampfort et al., 2018).

Respecto al insomnio, Winsper et al. (2014) realizan una revisión de la literatura preguntándose por la relación entre insomnio y CS, y en su caso, por los mecanismos psicológicos subyacentes en esa supuesta relación (Winsper and Tang, 2014). Es un dato que se puede constatar en numerosos estudios la relación entre el insomnio y el incremento de riesgo suicida, así como con las muertes accidentales o intencionales por sobredosis. Esta asociación se puede dar con mayor fuerza en pacientes con un diagnóstico previo de síndrome depresivo o ansioso. EL TLP es un ejemplo de entidad que se asocia con insomnio y con aumento del riesgo de CS.

1.2.5.5. Intentos de suicidio previos

Los intentos de suicidio previos son el factor de riesgo más decisivo para la previsión de un nuevo intento, así como de suicidio consumado (Brown et al., 2000; Haukka et al., 2008; Hawton and van Heeringen, 2009; Rodante et al., 2019; Turecki and Brent, 2016). Uno de cada 100

supervivientes de un intento de suicidio morirá por suicidio en el año siguiente (un riesgo aproximadamente 100 veces superior al de la población general) (Hawton et al., 2003). El 25-30% de las personas que realizan un intento de suicidio harán más intentos en el suicidio en el futuro (APA, 2014). Aunque los datos son variables, algunos estudios muestran una proporción de entre el 45-55% de pacientes que, tras un intento, repiten el intento de suicidio (Tejedor et al., 1999). El periodo que sigue al alta de un ingreso hospitalario, se considera de especial riesgo de CS según meta-análisis recientes (Chung et al., 2017).

Por lo tanto, la investigación sobre las variables que pueden predecir un nuevo intento en un paciente con antecedentes de un intento de suicidio cobra una gran importancia (Zalsman et al., 2016). En nuestro caso en los pacientes de nuestra muestra diagnosticados de TLP. Éste es un dato significativo, y que tras un primer intento de suicidio permite identificar con ese único rasgo, e independientemente de otras variables clínicas como el diagnóstico psicopatológico, y de variables socio-demográficas, una población de riesgo sobre la que se puede intervenir de forma preventiva, de arrollando programas de prevención de conductas suicidas (Tejedor et al., 1999).

1.2.5.6. NSSI previas

Ya nos hemos referido a la asociación entre NSSI y CS en distintas poblaciones, no sólo en TLP, en el apartado 1.2.3. Hay pocos estudios longitudinales que permitan establecer la dirección del nexo entre NSSI y SB. Pero, en cualquier caso, puede afirmarse la relación estadística entre antecedentes de NSSI y el riesgo de futuras CS (Hamza et al., 2012).

Es frecuente el antecedente de NSSI, sobre todo cortes superficiales en la piel, quemarse o hacerse marcas en un paciente afecto de TLP, asimismo, estas conductas duplican la probabilidad de suicidio consumado (MacKinnon et al., 2008). Los pacientes que utilizan un método violento para sus NSSI iniciales, tienen un mayor riesgo de suicidio (Olfson et al., 2017).

El riesgo de suicidio está asociado con las NSSI, en particular con las autolesiones repetidas (Bennardi et al., 2016; Carroll et al., 2014). Asimismo, la historia de NSSI, se asocia también al riesgo de repetición de la conducta autolesiva, especialmente el primer mes tras la valoración hospitalaria (Bennardi et al., 2016). Otros factores que se asocian con un mayor riesgo de repetición de las NSSI son el patrón de consumo perjudicial de alcohol y drogas, la depresión, estar en tratamiento psiquiátrico, problemas de conducta, relaciones familiares conflictivas, dependencia al alcohol en la familia, aislamiento social y malas calificaciones escolares

(Bennardi et al., 2016; Hawton et al., 2012). Los grupos de edad que presentan más riesgo para repetir conductas autolesivas son las mujeres entre 15 y 19 años y los varones entre 20 y 24 (Bennardi et al., 2016).

1.2.5.7. Trastornos Mentales y del Comportamiento

De forma generalizada, es aceptado que padecer un trastorno mental y del comportamiento es uno de los factores de riesgo de suicidio nuclear (Navío Acosta and Villoria Borrego, 2014). Neeleman describe que los trastornos mentales incrementan el riesgo de suicidio consumado entre 6 y 20 veces (Neeleman, 2001). Alrededor del 95% de pacientes que intentan suicidarse son susceptibles de cumplir criterios para al menos un diagnóstico psiquiátrico (Haukka et al., 2008; Moscicki, 1997; Sadock et al., 2015). E incluso muchos de estos pacientes “no susceptibles de cumplir criterios”, pueden sufrir un trastorno psiquiátrico subyacente que la autopsia psicológica no llegó a detectar, como por ejemplo algún trastorno de personalidad o del control de los impulsos (Ernst et al., 2004; J. Mann et al., 1999).

Tras los antecedentes de CS previas, la psicopatología es el predictor más importante de suicidio (Turecki and Brent, 2016). Los Trastornos Afectivos son el diagnóstico más frecuente, seguido del Trastorno por Uso de Sustancias (alcohol especialmente) y Esquizofrenia (Hawton and van Heeringen, 2009; Neeleman, 2001).

El alcohol se considera un factor de riesgo significativo para las CS (Hawton and van Heeringen, 2009; Pompili et al., 2010; Turecki and Brent, 2016). A menudo se encuentra involucrado en conductas autolesivas y en muertes por suicidio, incrementando el riesgo tanto de CS con resultado letal como no letal (Larkin et al., 2017).

En relación con la comorbilidad de las CS, el DSM-5 cita por este orden (APA, 2014): *trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, los trastornos de ansiedad (...), los trastornos por consumo de sustancias (en especial los trastornos por consumo de alcohol), el trastorno de la personalidad límite, el trastorno de la personalidad antisocial, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de adaptación. Raramente aparece en individuos sin patología perceptible, salvo que se realice debido a una afección médica dolorosa,...* (Bolton et al., 2008; Palmer et al., 2005; Sareen et al., 2005).

La gravedad del trastorno psiquiátrico guarda relación con el riesgo de muerte como consecuencia de conductas de suicidio. Y los pacientes con varios diagnósticos psiquiátricos

comórbidos tienen aún mayor riesgo de suicidio, sobre todo en el caso de los trastornos depresivos asociados a otros trastornos (Bostwick and Pankratz, 2000; Cavanagh et al., 2003; Keller and Hanks, 1995).

Es muy probable que algunos de los síntomas psicopatológicos por separado, aún con mayor fuerza estadística que los propios síndromes concretos de los que forman parte, aumenten el riesgo de conductas suicidas (Hoertel et al., 2015).

Otros Trastornos comunes en gente fallecida mediante suicidio, incluye Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos de Personalidad, de manera más destaca el Trastorno Antisocial de Personalidad y el TLP, ambos caracterizados por rasgos de personalidad de impulsividad y agresividad. (Pompili et al., 2005; Tyrer et al., 2015).

Algunos autores hablan de un riesgo de conductas suicidas que puede llamarse “agudo” o a asociado a periodos de tiempo en los que hay un agravamiento de los síntomas psicopatológicos (Skodol, 2017; Vera-Varela et al., 2019). Fuera de estos periodos de tiempo estos pacientes recuperarían un grado de relativa estabilidad psicopatológica y el riesgo de conductas suicidas disminuiría. Es decir, que más que una asociación estadística entre un diagnóstico concreto y el riesgo de conductas suicidas, lo que habría sería una asociación entre algunos periodos evolutivos de ese trastorno y las conductas suicidas. Fuera de esos periodos, el riesgo disminuiría (McHugh et al., 2019; Paul H. Soloff and Chiappetta, 2017).

Sin embargo, hay otros pacientes que desde la adolescencia tienen un alto riesgo de conductas suicidas, bien como un rasgo casi constante, o bien porque los periodos “agudos” de riesgo ocurran con frecuencia. Es el caso por ejemplo de los Trastornos de Personalidad, y en particular TLP (Lieb et al., 2004). En estos casos pueden tener importancia los antecedentes de cómo se ha estructurado esa personalidad desde la infancia. Se trata de personalidades en las que la impulsividad, el afecto negativo, y una pobre funcionalidad psicosocial, configuran una personalidad tan vulnerable e inestable, que se ha asociado a riesgo de suicidio crónico (Skodol, 2017).

Las CS son una manifestación frecuente en los TLP, y de ahí que se incluyan como uno de los criterios diagnósticos. Entre el 8-12% de pacientes diagnosticados de TLP tienen antecedentes de intentos de suicidio en estudios retrospectivos (Pompili et al., 2005).

En pacientes con TLP, como desarrollaremos más adelante detalladamente, la depresión o rasgos previos de personalidad, acontecimientos vitales adversos, consumo de tóxicos o pérdidas personales recientes, son algunas de las variables que se han asociado a riesgo de suicidio agudo. Por su parte, la impulsividad, el afecto negativo, y una pobre funcionalidad psicosocial, se han asociado a riesgo de suicidio crónico (Mitchell et al., 2017; Skodol, 2017).

1.3. Rasgos del Trastorno Límite de la Personalidad relacionados con las Conductas Suicidas

El suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se consideran de enorme importancia clínica y pronóstica en el TLP, y una de las manifestaciones que más afecta a la funcionalidad del paciente (Kolla et al., 2008; Skodol, 2017).

Las tasas de muerte por suicidio en pacientes con TLP pueden estar en torno a 5-10%. Siendo las tasas de conductas suicidas sin resultado de muerte bastante más elevadas: 40-85% de los pacientes con TLP realizan intentos de suicidio, y en bastantes ocasiones tienen antecedentes de más de un intento de suicidio (Oldham, 2006; Oumaya et al., 2008).

La mortalidad atribuible al suicidio en los TLP se estima en torno a un 5-10% (50 veces mayor que en la población general) aunque muchos autores consideran que estas cifras están subestimadas y pueden ser aún mayores (Hawton and van Heeringen, 2009).

Horesh et al. (2003) estudian 65 adolescentes, 33 diagnosticados de TLP (y 17 de ellos habían presentado poco antes de iniciar el estudio un intento de suicidio), y 32 diagnosticados de depresión mayor (Horesh et al., 2003). Los autores concluyen que las variables asociadas a la conducta suicida son distintas en los dos diagnósticos, TLP y depresión mayor. En TLP destacan las puntuaciones en impulsividad, agresión, y enfado o ira inapropiados (*anger*). En depresión mayor, las de desesperanza y depresión (síntomas), que con menor significación estadística que en la depresión, también se dan en TLP.

Yen et al. (2004) realizan un seguimiento de 2 años a una población de 621 pacientes con TLP, y buscan la relación de algunos de los rasgos de este diagnóstico (impulsividad, inestabilidad afectiva, alteraciones en la identidad) con el riesgo de presentar conductas suicidas (Yen et al., 2004). Encuentran que la inestabilidad afectiva es el criterio de TLP (y excluyendo los antecedentes de NSSI) que con mayor fuerza se asocia a CS, por encima de la impulsividad.

Alrededor del 75% de pacientes TLP realizan algún intento de suicidio, y aproximadamente el 10% de pacientes con TLP mueren por suicidio (Black et al., 2004). La comorbilidad más frecuente en el Eje I son el Trastorno depresivo mayor, y el Trastorno por abuso de tóxicos. Independiente de los diagnósticos, las variables asociadas al riesgo de suicidio son: impulsividad, desesperanza, rasgos de personalidad antisocial, y abusos en la infancia (Black et al., 2004).

McGirr et al (2007) estudiaron 120 pacientes diagnosticados de TLP (McGirr et al., 2007). De ellos 70 han fallecido por Suicidio, y la información obtenida sobre ellos la comparan con los demás pacientes con TLP. Los que han fallecido tienen antecedentes de menor número de hospitalizaciones psiquiátricas, mayor proporción de conductas de abuso de sustancias tóxicas, mayor comorbilidad en el Eje I, mayor comorbilidad en el Eje II (sobre todo diagnósticos del Clúster B), y como rasgos sintomáticos, mayor impulsividad, y mayor hostilidad. Deducen que el perfil que caracteriza el riesgo de muerte por suicidio en estos pacientes puede ser descrito en referencia a impulsividad, violencia-agresividad, y comorbilidad Clúster B. “*Harm avoidance*” con una puntuación más baja que en los pacientes no suicidados, es un factor protector para el riesgo de suicidio.

Entre los rasgos o características de la personalidad en el TLP, asociados con conductas suicidas, destacan los altos niveles de desesperanza (*Hopelessness*), y los altos niveles de impulsividad (*Impulsivity*) y/o rasgos antisociales (*Antisocial Traits*) (Oldham, 2006).

Factores distales o predisponentes como los factores genéticos, la historia familiar y los eventos adversos tempranos probablemente medien en los rasgos de personalidad relacionados con la CS (Turecki and Brent, 2016).

A pesar de se acepta que los pacientes con TLP mejoran con el paso de los años (Grilo et al., 2004; Valdés, 2015), existe un subgrupo de pacientes caracterizados por una marcada impulsividad, rasgos de personalidad comórbidos, peor funcionamiento pre-mórbido, ideación o conductas suicidas que evolucionan peor (Sansone et al., 2002). Las conductas suicidas se pueden considerar un factor de mal pronóstico en el TLP (Blasco-Fontecilla et al., 2007).

1.3.1. Impulsividad

El DSM-5 (APA, 2014) en su versión inglesa (no aparece el término correspondiente en la versión en castellano del DSM-5, en el “Glosario de términos técnicos”), define *impulsivity* como la actuación en respuesta al estímulo instantáneo o del momento, sin un plan previo ni tomar en cuenta las posibles consecuencias; dificultad de hacer planes, y en caso de haberlos, de poder seguirlos; una vivencia de urgencia inmediata en el actuar; tendencia a conductas autolesivas en momentos de emoción y *distress*.

La impulsividad, es un rasgo de personalidad frecuente relacionado con la conducta suicida en

TLP (Chesin et al., 2010; Giegling et al., 2009; Lynam et al., 2011; McGirr et al., 2007; Stanley and Siever, 2010). Ejemplos de conductas impulsivas, a menudo autodestructivas, típicas del TLP son la conducta sexual, el consumo de tóxicos o la conducta temeraria (MacKinnon et al., 2008).

Los elementos psicopatológicos comunes dentro de la impulsividad son: la inmediatez entre el estímulo desencadenante de una conducta y la aparición de la misma, la ausencia de reflexión y de planificación previa al desarrollo de la conducta impulsiva, la ausencia de eficacia adaptativa de la conducta impulsiva en relación con el medio en el que vive el sujeto que la desarrolla y el componente emocional que acompaña a todo acto impulsivo (Sánchez Gómez et al., 2005).

La impulsividad y la búsqueda de sensaciones son una de las dimensiones dentro del modelo de los cinco factores alternativos de la personalidad que mide el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) (García-Portilla et al., 2015; Zuckerman et al., 1993). En este cuestionario la impulsividad es entendida como tener una pobre planificación y pasar al acto sin apenas pensamiento previo (Zuckerman et al., 1993).

A la hora de evaluar la impulsividad, la Escala de Barrat (*Barrat Impulsiveness Scale*, BIS-11) (Patton et al., 1995), subdivide los 30 ítems evaluados en tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.

La impulsividad es un rasgo que se presenta no solo en TLP, sino también en otras patologías, y en ellas se asocia a un mayor grado de riesgo de conductas suicidas. Por ejemplo, en alcoholismo (Carballo et al., 2006).

Maloney et al. en 2009, estudiando una población de pacientes con Trastorno de dependencia a opiáceos, destacan la importancia de la variable impulsividad, un nexo de relación entre Trastorno de dependencia a opiáceos, TLP, y conductas suicidas (Maloney et al., 2009).

Chesin et al. en 2010 destacan decisivamente, la contribución de la impulsividad en los intentos de suicidio de alta letalidad en pacientes diagnosticados de TLP (Chesin et al., 2010). Y citamos este estudio porque proponen un modelo teórico de riesgo de letalidad en las conductas suicidas (CS). El objetivo de este estudio es establecer unas bases para un “*Model of high-lethality suicide attempts (HLSA)*” en pacientes con TLP. Según este modelo, la impulsividad y la agresividad, ambas próximas entre sí conceptualmente en las descripciones de la personalidad, están relacionadas no tanto con la gravedad de un intento de suicidio, con la severidad de las lesiones

médico-quirúrgicas que puedan ser ocasionadas por la conducta suicida, sino con el número de intentos de suicidio previos. Ésta es una de las tres variables, junto con el consumo de alcohol previamente a la conducta suicida, y la existencia de planes de suicidio, que se asocian con una alta letalidad del intento de suicidio (Chesin et al., 2010).

Como se expone en el apartado 1.1.1.3., Oldham et al (Oldham, 2006), dividen el TLP en 5 subtipos (Afectivo, Impulsivo, Agresivo, Dependiente, Vacío). De ellos, considera el subtipo afectivo e impulsivo como los que se asocian con mayor significación estadística a conductas suicidas. Algunos estudios discrepan de esta apreciación.

Así, por ejemplo, aplicando esta clasificación de Oldham, Rebok FI y colaboradores no obtienen resultados en relación con el riesgo de presentación de Conductas Suicidas (Rebok et al., 2015). Estudian a 93 pacientes hospitalizadas tras un episodio de conducta suicida, y que están diagnosticadas de TLP. Analizan distintos tipos de perfiles sintomatológicos en el TLP, intentando describir los rasgos que con más fuerza se asocian a un riesgo de conducta autolítica. Encuentran que los TLP “dependientes” tienen una mayor edad en el momento de presentar el primer episodio de conductas suicidas. Y los TLP “impulsivos” se asocian con más fuerza estadística a consumo de tóxicos. Pero no obtienen otros resultados destacables en cuanto a características que se puedan diferenciar en el espectro sintomático del TLP en relación con las conductas suicidas.

Lynam DR y colaboradores reconocen que la relación entre TLP y conductas autolesivas no suicidas (NSSI) y conductas suicidas (SB) está suficientemente constatado (Lynam et al., 2011). Y que dentro de la estructura de la personalidad de los pacientes TLP, en algunos estudios se ha destacado el papel de la impulsividad como rasgo decisivamente relacionado con esas conductas, sin que otros estudios hayan corroborado este análisis. En su opinión, esto puede deberse en parte a la dificultad en la definición de la impulsividad, que es un constructo heterogéneo. Para precisar mejor el concepto de impulsividad, proponen cuatro rasgos o criterios y estudian su relación por separado con el riesgo de conductas NSSI y SB. Proponen el “UPPS modelo de impulsividad”: urgencia negativa; falta de perseverancia; falta de premeditación; búsqueda de sensaciones. Encuentran una asociación significativa de la “urgencia negativa” y de la “falta de premeditación” con NSSI y SB.

La impulsividad y la agresividad son dos de las dimensiones psicopatológicas asociadas al suicidio que podrían mediar la conducta en TLP, definiendo éstas como conductas relacionadas

con falta de reflexión y de planificación que tienen consecuencias potencialmente autolesivas. La impulsividad se ha estudiado como rasgo de personalidad y como la falta de planificación y se ha identificado en la literatura no sólo como factor de riesgo de suicidio sino también como predictor de repetición de la conducta. La impulsividad y la agresividad aumentadas en pacientes suicidas permiten diferenciar a estos pacientes de otros pacientes psiquiátricos y de controles sanos, aunque la impulsividad es más específica y caracteriza mejor a la conducta suicida que la agresividad. Tanto el estado como el rasgo de personalidad se han relacionado con un aumento del riesgo suicida incluso en pacientes de distintos grupos de edad que no tienen ningún diagnóstico en el eje II.

La relación entre letalidad e impulsividad también es motivo de controversia entre expertos lo que parece deberse, una vez más a la falta de un marco teórico adecuado. Por el contrario, las consecuencias del acto dependen mayoritariamente de la disponibilidad de medios letales en el momento de ejecutar el intento. En un estudio de Baca-García y colaboradores, en una muestra de 478 intentos de suicidio, se analizó la impulsividad del intento: preparación activa del intento y grado de premeditación, y la letalidad, y se detectó una relación inversa entre ambas dimensiones (Baca-Garcia et al., 2005).

La impulsividad, sobre todo en adolescentes y jóvenes se asocia con el paso al acto en las conductas suicidas. La confluencia de desesperanza, impulsividad, y desinhibición consecutiva a consumo de tóxicos, tiene riesgo de elevada letalidad (Welte et al., 1988).

Stanley y Siever compararon 23 individuos con trastorno límite (Stanley and Siever, 2010). Estos autores encontraron mayores niveles de impulsividad y agresividad en los pacientes con conductas de auto daño en comparación con aquellos también diagnosticados de trastorno de la personalidad, pero sin estas conductas.

Herpetz y Bertsch estudiaron las características de las conductas autolesivas y objetivaron que el descontrol comportamental sólo estaba presente en los pacientes con conductas autolesivas de carácter impulsivo, y no en estas conductas cuando son premeditadas (Herpertz and Bertsch, 2015). Esto quiere decir que, si bien la conducta autolesiva se asocia frecuentemente con impulsividad en pacientes con trastorno límite, que además presentan antecedentes de abuso sexual o físico, la impulsividad no es sinónimo de automutilación. En esta misma línea otras conductas de riesgo como conducción temeraria o prácticas sexuales de riesgo no significan, *per se*, impulsividad aumentada.

Los pacientes con TLP y con antecedentes de intentos de suicidio, son más agresivos, tienen una mayor disregulación afectiva y son menos narcisistas que los pacientes con TLP y sin antecedentes de intentos de suicidio (Sher et al., 2016).

1.3.2. Enfado o Ira inapropiados

La ira como afecto y en etapas del desarrollo tempranas presenta el papel de eliminar una fuente dolorosa o insoportable para la persona quien la sufre. Poco a poco, va evolucionando con el objetivo de eliminar los elementos que impiden la gratificación pulsional (Segarra Echebarría et al., 2005).

Kernberg define la ira como un afecto de intensidad mayor a la irritación, que sería un afecto agresivo leve. La ira tiene un contenido cognitivo difuso y desdibujado cuando aflora en forma de reacción (Kernberg, 1994).

En la intensidad de la expresión de la sintomatología de una persona con un afecto agresivo entre los que podríamos incluir la ira, se entiende la función psicológica de afianzar la autonomía del individuo, de eliminar cualquier muro que se oponga a la satisfacción deseada, y de eliminar una fuente de dolor o frustración profunda (Segarra Echebarría et al., 2005). Desde aquí es donde se entiende su relación con las NSSI y la CS.

Este concepto no aparece incluido en las definiciones del Glosario de términos técnicos del DSM-5 (APA, 2014). En el Modelo alternativo de los Trastornos de la Personalidad del DSM-5, tal como ya hemos indicado, el concepto de hostilidad incluye los de enfado o ira e irritabilidad, desproporcionados (APA, 2014).

Giegling I et al. (2009) estudian el enfado o la ira inapropiados en el contexto (*anger*) y la impulsividad, y otros rasgos de temperamento, como predictores de conductas de agresión y autoagresión, asociados a intentos de suicidio (Giegling et al., 2009). La población estudiada son 111 pacientes hospitalizados con antecedentes de intento de suicidio.

Las conclusiones son que la impulsividad como rasgo temperamental (y la evitación de daños) es una variable que se asocia de forma independiente con las tendencias autolesivas como rasgo de personalidad.

1.3.3. Agresividad

La agresividad humana constituye un acto determinado por múltiples factores que a menudo conlleva daños físicos o verbales hacia otros o hacia uno mismo. Plutchik presenta una hipótesis en la que la agresividad constituye el factor subyacente de la conducta suicida (Plutchik, 1995). En este modelo la conducta heteroagresiva y la suicida son el resultante vectorial de dos fuerzas contrapuestas. La dirección de la agresividad hacia el exterior o hacia uno mismo vendrá determinada por una serie de factores. Los estudios de Mann (J. J. Mann et al., 1999; Mann et al., 2009), validan esta hipótesis en la clínica, ya que encuentra antecedentes de conducta autodestructiva en hasta el 30% de sujetos violentos, e historia de conducta heteroagresiva en el 10-20% de los pacientes suicidas.

La agresividad se relaciona en parte con la impulsividad, dado que existe un componente de falta de reflexión y planificación con posibles consecuencias autodestructivas (Lynam et al., 2011). No obstante, presenta una serie de características fenomenológicas específicas que las diferencian. Se entiende la agresividad como una conducta desinhibida en la que no existe a penas conciencia de lo inadecuado o desproporcionado de una respuesta en el momento en que se está experimentando una emoción agresiva y en la que es característica la imposibilidad de realizar una adecuada evaluación de las consecuencias de los actos iniciados durante el periodo de tiempo que está presente la emoción negativa (Sánchez Gómez et al., 2005).

La autoagresividad, se relaciona con la CS y con conductas autolesivas sin finalidad suicida de distinta manera. En el primer caso, estos actos de agresividad hacia uno mismo con una finalidad de muerte tienen las características de un déficit de inhibición conductual, es decir: existir un impedimento para paliar los impulsos autoagresivos, aumentar en situaciones de estrés o angustia, tender a la recurrencia y producirse un arrepentimiento tras el estado de ansiedad o estrés en el que se ha realizado el acto. En el segundo caso, esas personas que se realizan daño a si mismas pero sin un objetivo de muerte, se enmarcan mejor en un modelo obsesivo de incapacidad para parar el deseo de autolesionarse, malestar y ansiedad durante el proceso de contención, alivio y/o placer cuando el acto es realizado y sentimientos de arrepentimiento pasado un tiempo del episodio (Sánchez Gómez et al., 2005).

Según Sher L et al. (2016), los pacientes con TLP y con antecedentes de intentos de suicidio, son más agresivos, tienen una mayor disregulación afectiva y son menos narcisistas que los pacientes con TLP y sin antecedentes de intentos de suicidio (Sher et al., 2016).

Existen muchos modelos dimensionales de agresividad, difíciles de sintetizar e integrar. Las dimensiones agresividad, impulsividad y hostilidad, íntimamente relacionadas en muchos casos, actúan sobre el riesgo suicida también combinadas. El papel de la impulsividad y hostilidad en relación con la afectividad y la conducta suicida ha sido estudiado en varios trabajos con resultados consistentes.

La agresividad es un concepto que tampoco aparece incluido en el Glosario de términos técnicos del DSM-5 (APA, 2014).

1.3.4. Desesperanza

Un concepto que tampoco es definido en el Glosario de términos técnicos del DSM-5 (APA, 2014).

En algunos estudios, la desesperanza se asocia de forma significativa con las conductas suicidas en general (Beck et al., 1985; Brezo et al., 2006) y con las NSSI en particular (Fox et al., 2015). Para Malone y colaboradores, la desesperanza es junto a los intentos de suicidio previos, el mejor marcador clínico para predecir CS (Malone et al., 2000).

En el modelo explicativo de las conductas suicidas que proponen Dieserud y colaboradores, la desesperanza tiene relación con la baja autoestima, con vivencias de soledad, pérdidas de relaciones interpersonales, y al final el suicidio (Dieserud et al., 2001). Precisamente la confluencia de desesperanza y aislamiento, se relaciona con los intentos de suicidio de mayor gravedad en pacientes con TLP (Soloff et al., 2000).

La confluencia de desesperanza, impulsividad, y desinhibición consecutiva a consumo de tóxicos, tiene riesgo de elevada letalidad (Welte et al., 1988).

Junto con el neuroticismo y la extroversión, la desesperanza se ha señalado como el rasgo de personalidad con mayor evidencia como factor de riesgo de suicidio en algunos estudios (Brezó et al., 2006).

1.3.5. Síntomas o rasgos depresivos

El concepto de “afectividad negativa” en el Modelo alternativo de los trastornos de personalidad del DSM-5 incluye los de “labilidad emocional”, ansiedad, inseguridad de separación, y

depresión como rasgo no como síndrome (APA, 2014).

La “afectividad negativa” es definida en el Glosario de términos técnicos del DSM-5 (p.817) (APA, 2014) como *experiencias frecuentes e intensas de alto grado de una amplia gama de emociones negativas (por ej. la ansiedad, la depresión, la culpa / vergüenza, la preocupación, el enojo), y sus manifestaciones de comportamiento (por ej. la autolesión) e interpersonales (por ej. la dependencia). La afectividad negativa es uno de los cinco “dominios de rasgos patológicos de la personalidad” definidos en el Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, en la sección III (APA, 2014).*

Links y colaboradores hacen una revisión del concepto de “labilidad afectiva” y su relación con la Impulsividad y las Conductas Suicidas en TLP (Links et al., 2000).

La “labilidad emocional” (o afectiva) se define en el DSM-5 (p.826) como *Inestabilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo; las emociones se desencadenan con facilidad, intensamente y/o desproporcionadamente con relación a los eventos y circunstancias. La labilidad emocional es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de “afectividad negativa”.*

La “Depresión”, como rasgo de diagnóstico del TLP en el Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad (p.767) es definido como *(un aspecto de la “afectividad negativa”): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida (APA, 2014).*

1.3.6. Síntomas o rasgos de ansiedad

La relación entre los trastornos de ansiedad y la CS es muy contradictoria, dada la disparidad de los datos en los estudios publicados (Navío Acosta and Villoria Borrego, 2014). En la práctica clínica parece que los trastornos de ansiedad no configuran un grupo de especial riesgo suicida (Noyes, 1991), no obstante algunos autores describen que este riesgo podía haberse minimizado adquiriendo importancia los síntomas o rasgos de ansiedad (Khan et al., 2002).

La ansiedad es un síntoma presente en numerosos síndromes psiquiátricos, y de forma

inespecífica, en situaciones de desadaptación atribuibles a rasgos de personalidad patológicos. La psicopatología es el predictor más importante de suicidio, tras los antecedentes de conductas suicidas previas (Turecki and Brent, 2016). Un estado de ansiedad podría aumentar el riesgo de suicidio, con una mayor fuerza estadística que el propio síndrome de TLP concreto del que forma parte (Hoertel et al., 2015).

1.3.7. Otros Rasgos de Personalidad en el TLP

Brezo y colaboradores realizan una revisión con una muestra de más de 20000 participantes donde señalan el neuroticismo y la extraversión, además de la desesperanza ya mencionada en el apartado 1.3.4, como los rasgos de personalidad con mayor evidencia como factores de riesgo para la CS (Brezo et al., 2006).

Para O'Connor y Nock, los niveles altos de neuroticismo pero bajos de extraversión, se asocia con ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado (O'Connor and Nock, 2014).

Neeleman también coincide en entender el neuroticismo como factor de riesgo. Expone que el neuroticismo adolescente implica un aumento del riesgo de CS de 2,3 veces en comparación con población general (Neeleman, 2001).

Respecto a los rasgos fóbicos, existen publicaciones que los relacionan con la conducta suicida (Reich and Hofmann, 2004; Youssef et al., 2004).

Blanco-Fontecilla y colaboradores, encuentran que los rasgos de personalidad narcisista se asocian a una menor impulsividad y, en consecuencia, intentos autolíticos de menor gravedad (Blasco-Fontecilla et al., 2009).

1.3.8. Antecedentes de trauma

Los antecedentes traumáticos parecen tener una especial relevancia en la presentación de las conductas suicidas en el TLP (de Aquino Ferreira et al., 2018; Ferraz et al., 2013a). Se consideran como traumáticas todas aquellas situaciones de negligencia parental o abuso físico, sexual o emocional en la infancia (Turecki and Brent, 2016). Es importante tener en cuenta algunas de las características asociadas al trauma. En relación al abuso, el tipo de abuso, la frecuencia y la relación entre la víctima y el abusador se presentan como decisivos en las consecuencias

asociadas al trauma (Brezo et al., 2008).

En la literatura se describe una asociación significativa entre los antecedentes de trauma en la infancia y la conducta suicida en población psiquiátrica en general (Bruffaerts et al., 2010; Bruwer et al., 2014; Castellví et al., 2017; Dube et al., 2001); y en los pacientes diagnosticados de TLP en particular (de Aquino Ferreira et al., 2018; Ball and Links, 2009; Ferraz et al., 2013a; Kaplan et al., 2016; Merza et al., 2017). En concreto, los antecedentes de maltrato físico, sexual y el divorcio paterno se han observado significativos en esta relación (Bruwer et al., 2014).

Brodsky y colaboradores señalan que los abusos en la infancia se asocian con el desarrollo de rasgos de impulsividad, agresión, síntomas depresivos y criterios de diagnóstico de depresión mayor (Brodsky et al., 2001).

Según Soloff y colaboradores el riesgo de conducta suicida en TLP se asocia con abusos en la infancia. También se asocia con rasgos antisociales de personalidad, severidad de síntomas TLP, desesperanza, y depresión mayor comórbida (Soloff et al., 2002).

Ferraz L et al. (2013) analizan la asociación entre conductas suicidas, impulsividad y rasgos de personalidad relacionados con ella, e historia de abusos sexuales en la infancia (Ferraz et al., 2013a). En 76 pacientes diagnosticados de TLP. Encuentran que la “hostilidad” como rasgo de personalidad (pero no la impulsividad, ni otros rasgos de personalidad), y los antecedentes de abusos sexuales infantiles, se asocian significativamente con el número y la gravedad de los intentos de suicidio.

O’Brien et al. (2013) hacen una revisión de la literatura sobre el abuso sexual en la infancia como antecedente, y el desarrollo de diversos trastornos psicopatológicos, así como de la presentación de conductas suicidas en adolescentes y adultos. Los abusos sexuales en la infancia se asocian a diversos síndromes psicopatológicos; a varios rasgos de personalidad, entre ellos la impulsividad; y a diversas alteraciones de conducta, las ya citadas conductas suicidas (O’Brien and Sher, 2013).

Yen et al. (2013) estudian 119 adolescentes hospitalizados por conducta suicida y les hacen un seguimiento de 6 meses. Buscan variables predicciones de riesgo de suicidio. Las más significativas son: raza negra; ideación suicida en el último mes; Síndrome de Estrés Post-Traumático; TLP; y antecedentes de abusos sexuales en la infancia (ASI). También añaden una variable a su juicio novedosa en comparación con otros estudios: “*Positive affect intensity*” (Yen

et al., 2013).

Una revisión antes mencionada, identifica la historia de abusos en la infancia y abusos sexuales como uno de los factores más relevantes asociados con CS en los pacientes con TLP (Oldham, 2006).

Alguno autores proponen como otras posibles variables mediadoras de esta relación la depresión, y el abuso de alcohol y de otras sustancias (Dube et al., 2001). Además, parecen existir mayores tasas de abuso y maltrato en la población con TLP que en la población general (Ball and Links, 2009; Kaplan et al., 2016). Asimismo, los pacientes con TLP con estos antecedentes presentan más conductas suicidas que los pacientes con TLP sin estos antecedentes (Ferraz et al., 2013a).

Las experiencias adversas en la infancia, particularmente traumáticas las experiencias de abusos sexuales, pero también las experiencias de que alguno de los padres abuse de tóxicos, un enfermo mental grave con el que se conviva, etc., pueden favorecer la aparición de conductas suicidas en el futuro (Devries et al., 2014; Hardt et al., 2015).

1.3.9. Comorbilidad del Trastorno Límite de la Personalidad con otros diagnósticos psiquiátricos.

Son numerosos los trabajos que han identificado una importante comorbilidad en los pacientes con TLP, tanto en lo que hasta el DSM-IV-R se denominaba Eje I (Síndromes psicopatológicos) como Eje II (Trastornos de Personalidad) (López-Ibor Aliño and Valdés Miyar, 2002; Oldham et al., 1992; Palomares et al., 2016; Skodol, 2005).

En el Eje I es frecuente la comorbilidad con el Trastorno depresivo mayor y con el Trastorno por abuso de sustancias (Oldham, 2006). La comorbilidad con el Trastorno Depresivo mayor aumenta el número y la gravedad de los intentos de suicidio (MacKinnon et al., 2008; Soloff et al., 2000).

Soloff PH y colaboradores estudian una muestra de 81 pacientes hospitalizados con diagnóstico de TLP (49 de ellos con TLP y Depresión mayor), y 77 pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión mayor (Soloff et al., 2000). Analizan las características de los intentos de suicidio en TLP y depresión mayor, intentando discernir el solapamiento por la comorbilidad entre Ejes I y II de ambos diagnósticos (49 de 158 pacientes presentan ambos diagnósticos). La comorbilidad

de depresión mayor y TLP aumenta el riesgo de suicidio, en comparación con cada uno de los diagnósticos por separado.

La desesperanza y la agresión impulsiva (*impulsive aggression*) aumentan en la comorbilidad de ambos diagnósticos el riesgo de intentos de suicidio. En un paciente con TLP sin depresión mayor, los rasgos o síntomas de depresión y de suicidabilidad son habitualmente reactivos a situaciones interpersonales o a un estrés percibido, y son de escasa duración. Si tales pacientes realizan un intento de suicidio, generalmente es un intento de características impulsivas. Por el contrario, en un paciente que presenta un TLP y un Trastorno depresivo mayor comórbido, los síntomas de depresión y suicidabilidad se desarrollan más gradualmente y duran más en el tiempo, arraigan más en el modo de estar en el sujeto, sin ser tan pasajeros (y más cuando no contratados). En estas condiciones, la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor aumentará el riesgo de conductas suicidas, y mantendrá ese riesgo aumentado durante más tiempo.

Además del Trastorno depresivo mayor, Skodol AE y colaboradores destacan también la comorbilidad del TLP con los Trastornos por abuso de sustancias en el Eje I (Skodol et al., 1999). En esta comorbilidad se ha descrito un incremento de la tendencia de los pacientes hacia conductas suicidas con características impulsivas. Los pacientes con esta comorbilidad tienen un peor pronóstico evolutivamente, y tienen un mayor riesgo de muerte por suicidio, o por accidentes.

La confluencia de desesperanza, impulsividad, y desinhibición consecutiva a consumo de tóxicos, tiene riesgo de elevada letalidad (Welte et al., 1988). Por otro lado, y como relación inversa, la ausencia de comorbilidad con el abuso de sustancias es la variable que predice con más fuerza una evolución favorable del TLP con el tiempo (Zanarini et al., 2004a).

La conclusión de Zanarini y colaboradores es que con el paso del tiempo se va produciendo una disminución en las tasas de asociación del TLP a otros trastornos del Eje I, y a la vez mejora el pronóstico de la evolución del TLP (Zanarini et al., 2004a).

Algo similar ocurre con la comorbilidad con otros TP en el Eje II. Según Zanarini y colaboradores, la comorbilidad con otros diagnósticos de TP se va reduciendo con el paso de los años, y el pronóstico del TLP va mejorando (Zanarini et al., 2004b). Sin embargo, en los trastornos de personalidad que no mejoran con el tiempo, permanece alta su comorbilidad con trastorno de personalidad por evitación, y dependiente (Zanarini et al., 2004b).

Zeng y colaboradores estudian 149 pacientes hospitalizados por un síndrome depresivo (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo) (Zeng et al., 2015). Valoran en estos pacientes la comorbilidad con TLP o con algunos de los rasgos de TLP, y los antecedentes de intentos de suicidio. La depresión se asocia a conducta suicida, por un lado, y por su parte lo hace también el diagnóstico de TLP.

Encuentran que la comorbilidad con TLP o al menos con algunos de sus rasgos o síntomas, incrementa notablemente el riesgo de conducta suicida en pacientes deprimidos. Entre los síntomas de TLP, individualmente, la impulsividad y la inestabilidad en las relaciones personales, predicen un mayor riesgo de conductas suicidas.

Sher y colaboradores encuentran una comorbilidad entre TLP con intentos de suicidio y antecedentes de trastorno depresivo mayor (Sher et al., 2016). Estos mismos pacientes es menos probable que tengan comorbilidad con Trastorno narcisista de la personalidad, en comparación con los pacientes TLP que no tienen antecedentes de intentos de suicidio. Cerca del 50% de pacientes con TLP, con o sin antecedentes de intentos de suicidio, tienen comorbilidad con trastorno por abuso de sustancias.

La muerte por suicidio es más frecuente en TLP con comorbilidad con trastornos depresivos y consumo de sustancias tóxicas (APA, 2014).

La comorbilidad más frecuente en el Eje II es con el Trastorno antisocial de la personalidad. Tanto ésta como el TLP, cada uno por su lado, suponen un aumento del riesgo de conductas suicidas. Y aunque los datos no son del todo concluyentes, la comorbilidad de ambos puede incrementar en conjunto el riesgo de conductas suicidas, comparado con cada uno de los diagnósticos por separado (Black et al., 2004; Links et al., 2003). Asimismo, la comorbilidad entre ambos determina un peor funcionamiento psicosocial (Paul H Soloff and Chiappetta, 2017; Stone, 2016).

La comorbilidad con rasgos o con el diagnóstico de Trastorno narcisista de la personalidad, se puede interpretar como una variable protectora en algunos estudios en relación con el riesgo de conductas suicidas. Blasco-Fontecilla y colaboradores estudian una muestra de 254 pacientes diagnosticados de un TP del Clúster B, con antecedentes en total de 446 intentos de suicidio previos (Blasco-Fontecilla et al., 2009). Encuentran que el Trastorno narcisista de la Personalidad, comparativamente con otros Trastornos de Personalidad del Clúster B, tienen una menor

impulsividad, y sus intentos de suicidio tienen características de una mayor letalidad.

Como ya hemos indicado en el comentario de algunos de los estudios, junto al modelo diagnóstico, distintos autores recurren a un modelo dimensional, buscando características o rasgos que por sí mismos, en un modelo dimensional, se relacionen con las conductas suicidas. En su trabajo de revisión, Oldham cita la agresión impulsiva, la desregulación emocional, y el perfeccionismo (Oldham, 2006). Los dos primeros están muy presentes en los pacientes diagnosticados de TLP.

1.4. Tres términos relacionados entre sí: Diagnóstico categorial de Trastorno Límite de la Personalidad, Rasgos del Trastorno Límite de la Personalidad, y Conductas suicidas y relacionadas

Se trata en un principio de tres términos dispares, de distinto nivel conceptual, entre los que buscaremos una relación: TLP, rasgos patológicos de la personalidad, y conductas suicidas:

- En primer lugar, una de las variedades de diagnóstico de TP, en lo que en el DSM-IV-TR se llamaba Eje II, el TLP (López-Ibor Aliño and Valdés Miyar, 2002). Personalidad para el DSM-5 son *patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo* (APA, 2014). La estructura de la personalidad está caracterizada por alteraciones en distintas áreas: unos signos conductuales, una inestabilidad y cambios afectivos, dificultades del control de los impulsos, alteraciones cognitivas, alteraciones en la conformación de la propia identidad, dificultades en el establecimiento y el mantenimiento de las relaciones personales, etc.
- En segundo lugar, unos rasgos (*traits*) o características patológicas de la personalidad, unos signos y conductas integrantes de la descripción de las manifestaciones de una estructura de personalidad patológica, entre ellos sobre todo la impulsividad (también, enfado o ira inapropiados, desesperanza, agresividad, rasgos depresivos). El DSM-5 da la siguiente definición: *Rasgo de la personalidad (personality trait) es una tendencia a comportarse, sentir, percibir y pensar de una manera relativamente constante a lo largo del tiempo y en las situaciones en las que el rasgo se manifiesta*. Y añade: *Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y provocan un malestar subjetivo o un déficit funcional significativo*. Junto a los rasgos de personalidad, para nuestro objetivo tienen interés varias variables clínicas (antecedentes de abusos, comorbilidad, antecedentes de intentos de suicidio), como indicaremos más adelante (APA, 2014).
- Y, tercero, un tipo de conducta, las conductas suicidas (CS). Los “Trastornos de comportamiento suicida”, que en el DSM-5 son sinónimo de “Intento de Suicidio” (APA, 2014). Según el DSM-5: *Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte*. Las CS se asocian con frecuencia a algunos estados clínicos o diagnósticos psicopatológicos, el más frecuente, los Síndromes

Depresivos. Y entre tales diagnósticos, precisamente, de forma destacada, las CS se asocian al diagnóstico de TLP (APA, 2014).

Las conductas suicidas (CS/ SB) o intentos de suicidio (si solo hay deseos e ideación suicida, sin paso al acto suicida, no se diagnostica como conducta suicida en el DSM-5) son los comportamientos autolesivos que realiza un sujeto con la intención manifiesta, o interpretada por el observador, de causar la muerte a sí mismo. No se incluyen “ideación suicida”, ni “actos preparatorios” para el intento de suicidio (APA, 2014). Las Conductas suicidas requieren diagnóstico diferencial con las NSSI, tal como hemos expuesto a lo largo del texto.

Aunque en muchas de las ocasiones no ocurre el fallecimiento o suicidio, las conductas suicidas conllevan una importante morbilidad asociada a las consecuencias médico-quirúrgicas, personales y sociofamiliares, de los intentos de suicidios sin resultado de muerte.

Se estima que la mayoría de conductas suicidas, a pesar de las limitaciones metodológicas inherentes al estudio de las mismas, no todas ellas, pero quizá más del 90-95%, se asocian a un diagnóstico psiquiátrico (Haukka et al., 2008; Navío Acosta and Villoria Borrego, 2014; Sadock et al., 2015).

Entre los diagnósticos psiquiátricos, uno de los más frecuentes por sí sólo o en comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos, es el TLP. Es el segundo término del título de esta investigación, el TLP.

El TLP es el único Trastorno de la Personalidad que incluye la CS como criterio diagnóstico (APA, 2014; Blasco-Fontecilla et al., 2007; OMS, 1994). La conducta suicida es a menudo nuclear en el constructo del TLP, siendo una de las dianas más importantes para el tratamiento y la fuente de conflicto más frecuente para el manejo por parte de los clínicos (Gunderson and Ridolfi, 2001; Gunderson, 2015).

Los pacientes diagnosticados de TLP tienen altos índices de presentación de conductas suicidas a lo largo de su vida, describiéndose tasas cercanas al 10% (Black et al., 2004; Paris and Zweig-Frank, 2001). Los intentos de suicidio presentan una frecuencia mayor, describiéndose que entre el 60 y el 70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizan 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida (Dubovsky and Kiefer, 2014; Kolla et al., 2008; Soloff et al., 2012).

En estas conductas intervienen en cierta medida unos rasgos patológicos de la estructura de la personalidad de los pacientes con TLP, como la impulsividad, la agresividad, etc. (Ducasse et al., 2019; Trull et al., 2003). E intervienen estos rasgos de personalidad como factores mediadores entre la estructura de la personalidad y la conducta expresada o manifiesta. Es el tercer término del título de nuestra investigación, los rasgos patológicos de la personalidad en el TLP: algunos de estos rasgos pueden ser marcadores de riesgo de conductas suicidas (Brezo et al., 2006; Sansone et al., 2002).

Los rasgos patológicos del TLP intervienen como factores de riesgo de conductas suicidas en confluencia con otras variables clínicas y sociodemográficas asociadas al TLP (como son algunos antecedentes personales, del tipo de abusos en la infancia, o antecedentes de intentos previos de suicidio), con otros diagnósticos psicopatológicos, y con variables biológicas, genéticas y ambientales (Brezo et al., 2006).

El diagnóstico de TLP es un serio problema de salud pública con un importante grado de desadaptación psicosocial y asociado con niveles altos de utilización de recursos sanitarios (Tyrer et al., 2015; Zimmerman et al., 2005). Por otro lado, la frecuencia de presentación de criterios para un diagnóstico de TLP en población psiquiátrica es muy alta (Oumaya et al., 2008). Oumaya y colaboradores encuentran que, en cifras globales, el 15 al 50% de pacientes psiquiátricos hospitalizados, y el 11% de pacientes psiquiátricos ambulatorios, cumplen criterios para un diagnóstico de TLP (Oumaya et al., 2008). Son cifras que varían algo de unos estudios a otros, como más adelante indicaremos, pero nos sirven como referencia inicial.

Las conductas suicidas y los gestos y amenazas de autolesión sin finalidad suicida (NSSI) son frecuentes en estos pacientes (Oumaya et al., 2008; Sher et al., 2016; Skodol, 2017; Winsper et al., 2016). Distintos autores señalan la importancia de los pacientes que han realizado NSSI como grupo que presenta alto riesgo de suicidio (Arensman et al., 2018; Oquendo and Bernanke, 2017). Dada la especial gravedad que acarrearán las autolesiones en estos pacientes, algunos autores defienden separar el manejo de las autolesiones en TLP del resto de pacientes que se autolesionan (Rao et al., 2017).

Y entre las variables asociadas al diagnóstico de TLP, presentes con mucha frecuencia en estos pacientes, sobre las que el clínico puede intervenir para la prevención y el tratamiento del riesgo de suicidio en los pacientes diagnosticados de TLP, la impulsividad es uno de los rasgos que tiene una gran importancia (Maloney et al., 2009; Oquendo, 2016; Maria A Oquendo and Mann, 2000;

Oumaya et al., 2008). Esta importancia de la impulsividad como rasgo del carácter de los pacientes con TLP, relacionado con las conductas suicidas, ya había sido destacado en estudios anteriores.

Brezo y colaboradores (Brezo et al., 2006), hacen una revisión de la literatura en la que intentan identificar rasgos de personalidad que se asocian a “suicidabilidad” (concepto que incluye ideas de suicidio, intentos de suicidio, y suicidios consumados). Revisan trabajos encontrados en MEDLINE y PsycINFO. Antes de ofrecer los resultados destacan la diversidad y variabilidad de las aproximaciones conceptuales y de las metodologías encontradas en los estudios que seleccionan. Ello hace que sea difícil agrupar los resultados de una forma homogénea. Intentando salvar las diferencias, su conclusión es que la desesperanza, el neuroticismo, y la extroversión, conforman una tríada de rasgos de personalidad que tienen una fuerte asociación estadística con la “suicidabilidad”. Y con menos fuerza de asociación estadística destacan otras variables: agresividad, impulsividad, enfado o ira inapropiados (*anger*), irritabilidad, hostilidad, ansiedad. Al final de su trabajo, los autores concluyen la necesidad de futuras investigaciones, tanto en la recogida de datos empíricos, como en la discusión de la conceptualización de los rasgos de personalidad y de las características de las conductas suicidas.

En un estudio más reciente, Andrewes y colaboradores estudian la relación entre las Conductas Autolesivas No-Suicidas (NSSI) y las conductas con intencionalidad suicida (CS) (Andrewes et al., 2017). Según este estudio, la impulsividad y los rasgos-síntomas depresivos predicen con mayor fuerza estadística el riesgo de IS que los NSSI.

Aunque no todos los estudios concuerdan por completo en estos resultados. Algunos estudios cuestionan la importancia de las citadas variables, en particular la impulsividad, en su intermediación con el riesgo para las conductas suicidas.

En este sentido, Soloff y Chiapetta en 2017 (Paul H. Soloff and Chiapetta, 2017) estudian 123 pacientes diagnosticados de TLP (divididos en tres grupos, una tercera parte aproximadamente son pacientes hospitalizados, una tercera parte pacientes en tratamiento ambulatorio, y otra tercera parte pacientes en la comunidad). Hacen un seguimiento de los pacientes durante 8 años, y analizan las variables que puedan predecir el riesgo de conductas suicidas. Los resultados son que la impulsividad, la afectividad negativa, y los rasgos de personalidad antisocial se relacionan con *poor psychosocial outcome*,

El afecto negativo y la agresividad como rasgos de personalidad en TLP, los ingresos hospitalarios, las diferencias étnicas, y cambios frecuentes en empleo, se asocian con el riesgo de conductas suicidas. La impulsividad no se asocia a aumento de riesgo suicida. Un menor riesgo de conductas suicidas en esta población de pacientes se asocia a un mayor grado de educación académica, siendo ésta una variable protectora frente a las conductas suicidas.

En consecuencia, hay una asociación entre TLP y conductas suicidas como recogen los estudios anteriores, y la hay entre algunos rasgos de personalidad de TLP (afecto negativo, agresividad), y las conductas suicidas (Paul H. Soloff and Chiappetta, 2017).

No encuentran asociación estadística con Impulsividad. ¿Qué indica esta discrepancia respecto a los estudios anteriormente citados?

A pesar de ciertas diferencias en los hallazgos empíricos, con estimaciones diferentes de la importancia de unos rasgos de personalidad patológica u otros, que pueden variar según los estudios, sigue siendo una teoría ampliamente aceptada que los pacientes diagnosticados de TLP tienen un alto riesgo de presentar conductas suicidas (Sher et al., 2016). Este es un dato ampliamente corroborado y sobre el que hay pocas discusiones. Las dificultades comienzan al analizar el TLP en distintos rasgos y criterios que contribuyen a su diagnóstico y en el grado de contribución de cada uno de estos factores por separado en el desarrollo de conductas suicidas (Sher et al., 2016).

Un dato que hay que tener en cuenta es que una proporción de pacientes diagnosticados de TLP no muestran conductas suicidas. A Sher y colaboradores les interesa conocer si hay diferencias en la estructura de la personalidad de los pacientes con TLP y con riesgo de conductas suicidas, y los pacientes con TLP que no presentan estas conductas (Sher et al., 2016).

Comparan tres grupos de pacientes: pacientes con TLP y antecedentes de conductas suicidas; pacientes con TLP sin antecedentes de conductas suicidas; y voluntarios sanos. Como diferencias más importantes, encuentran que el grupo de pacientes con TLP y antecedentes de conductas suicidas son más agresivos, tienen una mayor disregulación emocional, y tienen menos rasgos de una personalidad narcisista, en comparación con los pacientes diagnosticados de TLP y sin antecedentes de conductas suicidas.

Hay que señalar que en ambos grupos de TLP, aproximadamente el 50% de pacientes consumen

tóxicos. No encuentran diferencias en cuanto a impulsividad, y no hay una correlación entre impulsividad y presentar o no conductas suicidas.

Este hallazgo iría en la línea de lo encontrado por Soloff y Chiapetta en 2017, con el hallazgo de la ausencia de la intermediación de la impulsividad entre TLP y conductas suicidas, pero con la presencia de otros rasgos de personalidad (agresividad, disregulación emocional)(Paul H Soloff and Chiapetta, 2017).

En la misma línea, Nakar y colaboradores, estudian 513 adolescentes (15 a 17 años) en la comunidad (Nakar et al., 2016). Encuentran que coinciden parcialmente las descripciones de los rasgos de personalidad de los adolescentes que evolucionan hacia conductas suicidas (CS), conductas autolesivas sin intención suicida (NSSI), y abuso de sustancias, cumpliendo muchos de ellos criterios de diagnóstico de TLP.

Además de la impulsividad y de otras características o variables clínicas del TLP, como el abuso del consumo de tóxicos en pacientes con TLP, los antecedentes de haber sufrido abusos en la infancia en los pacientes con TLP, según varios estudios, es una variable que correlaciona de forma significativa con el número de intentos de suicidio a lo largo de la vida.

La hipótesis de los autores en este sentido es que los abusos en la infancia son un factor que influye decisivamente en la conformación de la personalidad y en el desarrollo futuro de conductas autodestructivas. Los abusos en la infancia se asocian en el desarrollo de la persona con distintos síndromes psicopatológicos, y en ellos, a nivel sintomatológico, con rasgos de personalidad como la impulsividad, inestabilidad emocional, o autoagresividad. Todos ellos presentes en mayor o menor medida en el diagnóstico de TLP.

Como resumen introductorio, nos interesa destacar que la impulsividad, como rasgo de personalidad individualizado, y separado del diagnóstico de TLP, se asocia por sí mismo a riesgo de conductas suicidas (intentos de suicidio) (Andrewes et al., 2017; Beth S Brodsky et al., 1997; Oquendo, 2016; Oumaya et al., 2008; Soloff et al., 1994). Junto a la impulsividad, en menor medida o con menor fuerza estadística como riesgo de presentación de conductas suicidas, los estudios recogen la importancia de otros rasgos patológicos de personalidad en el TLP: los rasgos depresivos, rasgos de personalidad antisocial, probablemente rasgos de agresividad e ira inapropiada, desesperanza, y otros. Varían según las escalas utilizadas, las características de personalidad conceptuadas en cada escala, y varían también los hallazgos empíricos según las

muestras de pacientes.

Y a los rasgos de personalidad se añaden también variables clínicas como consumo de alcohol y tóxicos; comorbilidad del TLP con otros trastornos de personalidad, con otros síndromes psicopatológicos; o antecedentes de intento de suicidio previos.

Éste podría ser, muy a grandes rasgos, un primer esquema de referencia para nuestra investigación, la asociación entre TLP, y rasgos de personalidad del TLP (probablemente con mención a otras variables clínicas), con las CS y las NSSI.

Como hipótesis inicial en nuestro trabajo, partimos de la idea de que hay una estrecha relación entre TLP y conductas suicidas (y conductas autolesivas sin finalidad suicida). Y entre el diagnóstico de TLP y las conductas suicidas, como variables intermedias o marcadores de riesgo suicida, están algunos de los rasgos de personalidad patológicos del TLP (Brezo et al., 2006).

Junto a los rasgos de la personalidad patológica en el TLP, se añade la influencia de otras variables clínicas, como la comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos, el abuso del consumo de tóxicos, la depresión o síndromes psicóticos, los antecedentes de intentos de suicidio previos, los antecedentes de conductas autolesivas sin finalidad suicida, los abusos en la infancia, etc.

Éste podría ser un marco de referencia para nuestro estudio. El objetivo de nuestro trabajo es precisar en lo posible la naturaleza de esa correlación de variables intervinientes como intermediarias en la relación entre TLP y riesgo de conductas suicidas.

¿Cuáles son las características o la naturaleza de esta asociación entre las distintas variables que concurren el TLP - rasgos de personalidad, variables sociodemográficas y clínicas, antecedentes de conductas suicidas y conductas autolesivas sin finalidad suicida - en relación con el riesgo de presentación en el futuro de conductas suicidas, y, por lo tanto, de riesgo de muerte por suicidio?
¿Cuáles son las diferencias entre aquellos TLP que muestran conductas suicidas, y aquellos que no?

Estas son las dos preguntas que nos hemos formulado en este estudio, a través de una búsqueda bibliográfica, y el análisis de los resultados de una población de pacientes con un TLP grave.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las conductas suicidas son un criterio de gravedad en la evolución clínica de los pacientes diagnosticados de TLP. Además del sufrimiento personal ocasionado, las conductas suicidas tienen un gran coste afectivo y vital para familiares y personas próximas a los pacientes que las presentan, e importantes consecuencias socioeconómicas.

Aparte del tratamiento específico para el TLP, algunas estrategias de tratamiento van dirigidas de forma más selectiva a signos, síntomas, o rasgos concretos de los pacientes con este diagnóstico: impulsividad, relaciones interpersonales, etc.

Junto a los citados tratamientos específicos en el TLP y a los tratamientos centrados en algunos de sus síntomas más relevantes, el riesgo suicida, por sí mismo, puede justificar la propuesta de desarrollo de planes específicos de prevención del suicidio en estos pacientes, focalizados hacia las variables con mayor fuerza predictora.

Para ello, para abordar el riesgo suicida y desarrollar programas de prevención, es necesario determinar las variables con las que correlaciona su aparición en estos pacientes.

3. HIPÓTESIS. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La conducta suicida es un comportamiento nuclear en la clínica de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Su presentación en estos pacientes se asocia a algunas características clínicas específicas.

- Los intentos autolíticos en pacientes con TLP se asocian a la presencia concomitante de conductas autolesivas sin finalidad suicida.
- De forma recíproca, las conductas autolesivas sin finalidad suicida se asocian a la presencia de intentos autolíticos.
- Existen variables clínicas y sociodemográficas que determinan una mayor probabilidad para la presentación de intentos de suicidio y/o conductas autolesivas sin finalidad suicida en pacientes con diagnóstico de TLP.
- Algunos de los rasgos de personalidad específicos de estos pacientes con TLP se relacionan con la presencia y una mayor frecuencia de conductas suicidas y conductas relacionadas (intentos de suicidio y/o conductas autolesivas sin finalidad suicida).
- Los pacientes con TLP que presentan mayor número y más severos síntomas ansiosos y depresivos tienen mayor número de conductas autolíticas.
- Los antecedentes de trauma en la infancia en pacientes con TLP, más específicamente los antecedentes de abusos y de acoso escolar, se relacionan con un aumento en la probabilidad de presentación de los intentos de suicidio y/o conductas autolesivas sin finalidad suicida

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo principal

Detectar y cuantificar el valor de las variables sociodemográficas y clínicas asociadas al riesgo de presentación de intentos de suicidio (IS) y conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI), en una muestra de pacientes diagnosticados de TLP.

4.2. Objetivos específicos

- Analizar la relación entre intentos de suicidio y conductas autolesivas sin finalidad suicida. Determinar si los intentos de suicidio están relacionados con la presencia de conductas autolesivas sin finalidad suicida, y viceversa.
- Conocer si la presencia de conductas autolesivas sin finalidad suicida se relaciona con un mayor número de intentos autolíticos.
- Identificar las variables clínicas y sociodemográficas que determinan la presencia de intentos de suicidio y conductas autolesivas sin finalidad suicida en el TLP.
- Determinar que variables clínicas y sociodemográficas se asocian a un mayor número de intentos de suicidio.
- Evaluar los rasgos de personalidad específicos del TLP que se relacionan con la presencia o no de intentos de suicidio y de conductas autolesivas sin finalidad suicida.
- Identificar qué rasgos de personalidad se asocian a un mayor número de intentos de suicidio.
- Estudiar si los pacientes con TLP que presentan síntomas ansiosos y depresivos se asocian con la presencia de intentos de suicidio y de autolesiones sin finalidad suicida.
- Estudiar si los pacientes con TLP que presentan síntomas ansiosos y depresivos tienen mayor número de conductas autolíticas.
- Explorar si los antecedentes de trauma en la infancia en pacientes con TLP, más específicamente, los traumas en forma de abusos sexuales y el acoso escolar, se relacionan con la presencia de intentos de suicidio y con conductas autolesivas sin finalidad suicida.

- Explorar si los antecedentes de trauma en la infancia en pacientes con TLP, más específicamente, los abusos sexuales y el acoso escolar se asocian con un mayor número de intentos autolíticos.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Diseño y selección de la muestra

Estudio observacional, descriptivo y transversal, de una cohorte de pacientes atendidos en el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (dirigida por el Dr. JL Carrasco).

Se trata de una Unidad específica y de referencia en el ámbito estatal, que recibe pacientes del propio Área Sanitaria y de otras procedencias, para el tratamiento de pacientes con este diagnóstico.

Se han incluido en el estudio todos aquellos pacientes diagnosticados de TLP admitidos de forma consecutiva desde enero 2012 hasta junio de 2017 para tratamiento y seguimiento en Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de Personalidad.

La muestra está formada por 134 pacientes de entre 17 y 56 años, con diagnóstico de TLP de acuerdo con criterios DSM-V (enumerados en tabla D), reclutados consecutivamente en el proceso de admisión a la Unidad. Se excluyeron a los pacientes que cumplían los criterios que se detallarán más adelante.

Se trata de un estudio vinculado al proyecto de investigación “Estudio de subtipificación y búsqueda de dianas terapéuticas mediante el fenotipado de las conductas agresivo-impulsivas de los trastornos de la personalidad”. Este proyecto de investigación/ FIS esta registrado con el número 17/01023.

Los sujetos han sido 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. Con el fin de minimizar la variabilidad, todas las pruebas fueron realizadas en horarios similares (entre las 10 y las 12 a.m.).

Tabla D. Criterios diagnósticos para Trastorno Límite de Personalidad, según el DSM-5.

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

5.2. Aspectos ético-legales

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Todos los pacientes accedieron voluntariamente a participar, sin recibir ninguna gratificación económica o de servicios por ello.

Fueron informados de manera verbal y por escrito de las características del estudio, tras lo cual firmaron el consentimiento informado por el que se les garantizaba la confidencialidad en el tratamiento de sus datos y el sometimiento a la legislación vigente relativa a la protección de los datos de carácter personal.

El estudio se ha realizado respetando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica

Mundial para las investigaciones médicas en seres humanos, en su última revisión (Mundial, 2013).

Los datos clínicos se han separado de los datos de identificación personal, con la finalidad de respetar la confidencialidad de los pacientes, siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 de protección de Datos de Carácter Personal. El acceso a las Historias Clínicas se ha realizado respetando la legislación vigente (Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; y Decreto 29/2009, de 5 de febrero, que regula Uso y Acceso a la Historia Clínica Electrónica).

5.3. Criterios de inclusión

Población clínica psiquiátrica no hospitalizada diagnosticada de TLP, según los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2014), admitidos para tratamiento ambulatorio en el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos desde enero de 2012 hasta junio de 2017.

5.4. Criterios de exclusión

- Negativa a colaboración en el estudio.
- Cociente intelectual menor de 85.
- Alteraciones neuropsicológicas que impidan correcta cumplimentación de los cuestionarios y de la entrevista a juicio del evaluador clínico.
- Antecedentes personales de un diagnóstico de trastorno del espectro esquizofrénico, trastorno bipolar o trastorno mental orgánico.

5.5. Mediciones. Instrumentos de evaluación clínica.

Los pacientes fueron citados de forma individual y se le hizo entrega a cada uno de ellos de una serie de cuestionarios y entrevistas diagnósticas en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos.

Se les orientó en la cumplimentación de los cuestionarios y se les realizaron las entrevistas diagnósticas correspondientes. Esto ha permitido llevar a cabo la evaluación clínica de los

pacientes incluidos en la muestra del presente estudio. Todos los sujetos incluidos fueron estudiados con un protocolo común de evaluación a los pacientes incluidos en la citada Unidad.

Las distintas variables evaluadas, tipos de cuestionarios y modalidad de entrevistas, serán detallados a continuación.

a) Variables sociodemográficas

Se ha recogido toda la información necesaria para el estudio sociodemográfico de la muestra, con las correspondientes subdivisiones. Estas fueron:

- Edad.
- Sexo: hombre / mujer.
- Etnia: caucásica / latinoamericana / otras.
- Estado civil: soltero /casado o en pareja/ divorciado.
- Número de hermanos: 0/1/2/ 3 o más.
- Lugar fratria: primero/ segundo/ tercero o mayor.
- Hijos: si/ no.
- Número de hijos.
- Trabajo: nunca /ocasional/ permanente.
- Actividad actual: desocupado/ trabajando / estudiante/ baja laboral.
- Dependencia: si/ no.
- Nivel educativo: estudios primarios /estudios secundarios / formación profesional/ estudios universitarios.
- Nivel socioeconómico: bajo/ medio-bajo/medio-alto.

b) Variables clínicas, variables de adaptación al medio, y variables sociales asociadas al desarrollo de trastorno psiquiátrico

- Número de ingresos hospitalarios: Ninguno o uno / de dos a cinco/ más de cinco.
- Antecedentes de trauma: si/ no.
- Antecedentes de aborto: si/ no.
- Número de abortos: 0/1/2/3 o más.
- Antecedentes de abuso físico: si/ no.

- Historia de abuso sexual/violación: si/ no.
- Antecedentes de haber ejercido la prostitución: si/ no.
- Antecedentes de acoso escolar: si/ no.
- Antecedentes de acoso laboral: si/ no.
- Historia de fracaso escolar: si/ no.
- Causas legales: si/ no.
- Escala de Depresión Montgomery-Åsberg (*Montgomery-Åsberg Depression Scale*, MADRS) (Montgomery and Asberg, 1979). Evalúa el perfil de la sintomatología y la gravedad de los síntomas de la depresión. A diferencia de otras escalas, no explora síntomas que evalúan ansiedad, aunque sí hay preguntas que exploran síntomas somáticos que se solapan con los síntomas presentados en pacientes con enfermedades orgánicas (García-Portilla et al., 2015).

Es una escala heteroaplicada de 10 ítems, cada uno presenta 7 niveles de intensidad/gravedad, puntuados de 0 a 6, de los cuales 4 (0-2-4-6) están predefinidos y los 3 restantes (1-3-5) se reservan para situaciones intermedias en las que no es posible asignar con claridad el grado de intensidad sintomática a alguno de los niveles anteriores. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las opciones seleccionadas, siendo el rango de valores posibles entre 0 y 60. No existen puntos de corte (Lobo et al., 2002).

- Escala de Ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Rating Scale*, HARS) (Hamilton, 1959). Es una escala de estado que evalúa la intensidad de la ansiedad de una forma global, en sus vertientes psíquica o vivencia por parte del paciente, en sus manifestaciones físicas, y también en sus manifestaciones conductuales. Tiene un ítem específico para evaluar sintomatología depresiva.

Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas de ansiedad y el último que valora la conducta del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de corte específicos. Se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de esta. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y a ansiedad somática. El

resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Lobo et al., 2002).

Las preguntas hacen referencia a los últimos días, al menos tres últimos días, por lo que es una evaluación del estado actual del paciente. Y hay un ítem que valora la conducta del paciente durante la entrevista (García-Portilla et al., 2015).

c) Conductas suicidas y conductas relacionadas

Presentación o no de intentos autolíticos retrospectivamente, número de intentos autolíticos y modalidad de las tentativas de autolisis (intoxicación o sobreingesta, venoclisis, envenenamiento, ahorcamiento, precipitación, arma blanca, arrojarse a vehículos u otro método distinto a los anteriores).

También retrospectivamente, hemos preguntado por la presentación o no de episodios de autolesiones sin finalidad suicida (NSSI), siguiendo los criterios del DSM-5 para diferenciar estos episodios de las conductas suicidas, en las que hay una intencionalidad de muerte, tal como se ha explicado en el texto.

d) Instrumentos de medición de la personalidad

d.1. Cuestionarios

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, MCMI-II) (Millon, 2003). Proporciona información validada empíricamente, relevante y fiable sobre rasgos de personalidad del individuo. Cuenta con cuatro índices que permiten evaluar la validez del protocolo y veinticuatro escalas clínicas agrupadas de acuerdo con el nivel de gravedad: patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves.
- Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (*Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*, ZKPQ) (Zuckerman et al., 1993). Mide las dimensiones que constituyen el modelo de los cinco factores alternativos de personalidad. No existen puntos de corte, asumiéndose un modelo de personalidad normal y dimensional. Se basa en el supuesto de

que los rasgos “básicos” de la personalidad son aquellos con una fuerte base biológico-evolutiva (García-Portilla et al., 2015):

- Impulsividad y búsqueda de las sensaciones. Que es la suma de dos subescalas: Impulsividad, entendida como una pobre planificación y el paso al acto sin pensar apenas; y la subescala de Búsqueda de sensaciones, que incluye la tendencia a la asunción de riesgos, la búsqueda de excitación, etc.
- Neuroticismo-ansiedad. Esta escala se refiere a estar frecuentemente preocupado, tenso, disgustado, ser miedoso, indeciso, falta de autoconfianza y muy sensible a las críticas.
- Agresividad-hostilidad: Manifiesta la predisposición a expresar agresividad verbal, un comportamiento grosero y descuido con los demás, antisocial, dispuesto a la venganza y a la impaciencia con los otros.
- Sociabilidad: Dividida en dos subescalas. Fiestas y amigos, mide el número de amigos que se tienen, el tiempo que se pasa con ellos y el gusto por asistir a fiestas y reuniones sociales. Intolerancia al aislamiento, indica la preferencia por la compañía de otros en contraste a estar solo y realizar actividades solitarias.
- Actividad: dividida en dos subescalas. Actividad general, describe la necesidad de tener una actividad general continua y una incapacidad para descansar cuando no hay nada por hacer. Esfuerzo por el trabajo, mide la preferencia por trabajos desafiantes y difíciles, así como un alto grado de energía para trabajar y hacer tareas a la vez.

d.2. Entrevistas

- Entrevista Clínica Estructurada para el eje II del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, SCID-II)(First et al., 2002). Evalúa de manera categorial o dimensional los diez trastornos de personalidad incluidos en el eje II del DSM-IV, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo- agresivo de la personalidad, incluidos en el apéndice B del DSM- IV (López-Ibor Aliño and Valdés Miyar, 2002) de “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”. Cada uno de los criterios se valora con la

siguiente puntuación 1 (ausente), 2 (subclínico), 3 (presente o verdadero) y 4 (información inadecuada) (First et al., 2002).

- Lista de 23 síntomas del Trastorno Límite de Personalidad (*Borderline Sympton List 23*, BSL-23) (Bohus et al., 2009). Entrevista estructurada autoaplicada, cuyo objetivo es la evaluación subjetiva de la clínica identificadora del TLP. Se compone de 23 ítems que se refieren a la última semana, y se contestan en una escala que va de 0 puntos (nunca) a 4 (muchísimo) (Soler et al., 2013).
- Escala de Impulsividad de Barrat (*Barrat Impulsiveness Scale*, BIS-11) (Patton et al., 1995). Escala que mide el nivel de impulsividad a través de 30 ítems. Los resultados se dividen en tres índices o subescalas:
 - Impulsividad cognitiva
 - Impulsividad motora
 - Impulsividad no planeada
 - Impulsividad total

Según los autores, desde el punto de vista clínico es más importante la puntuación total. En algunos estudios se sugiere como punto de corte la mediana de la distribución de los valores alcanzados por la escala en la población estudiada, pero puede entenderse que la escala en sí no tiene un punto de corte predeterminado (García-Portilla et al., 2015).

5.6. Análisis Estadístico

Análisis descriptivo

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Los parámetros con ausencia de valor no han sido incluidos en el cálculo de porcentaje. Las variables cuantitativas se resumen en su media y su desviación estándar (DE) y, las variables que no siguen una distribución normal se expresan con mediana y rango intercuartílico (RIQ).

Análisis intentos de suicidio y autolesiones

Se ha realizado un análisis univariado para evaluar los factores que se asocian con las variables de resultado cualitativas dicotómicas intentos de suicidio (si/no) y presencia de autolesiones sin finalidad suicida (NSSI) (si/no).

Se ha evaluado la asociación entre variables cualitativas con el test de Ji-cuadrado o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5.

La comparación de las variables continuas que han mostrado una distribución normal se ha realizado mediante la prueba T de Student para muestras independientes.

Para las variables que no se ajustan a una distribución normal se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se ha ajustado un modelo de regresión logística multivariado (uno para cada variable de resultado) con el objetivo de identificar aquellos factores que se relacionan de manera independiente con las variables de resultado. Se han seleccionado como variables candidatas aquellas que han presentado un nivel de significación estadística ($p < 0.10$) en el análisis univariado y un porcentaje de valores perdidos inferior al 25%. Se presentan las Odds Ratio (OR) junto al intervalo de confianza (IC) al 95%.

Análisis del número de intentos de suicidio

Para evaluar la relación entre los factores de interés y la variable de resultado número de intentos autolíticos se ha realizado un análisis univariado y multivariado mediante una regresión binomial negativa.

Se ha decidido utilizar esta modelo debido a la naturaleza asimétrica (asimetría positiva) de la distribución de la variable. Se presentan los coeficientes del modelo junto a sus IC al 95%.

Se ha ajustado un modelo multivariado con el objetivo de identificar aquellos factores que se relacionan de manera independiente con el número de intentos. Se han seleccionado como variables candidatas aquellas que han presentado un nivel de significación estadística ($p < 0.10$) en el análisis univariado y un porcentaje de valores perdidos inferior al 25%.

En todos los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0,05. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0 y STATA 12.

6. RESULTADOS

6.1. Estadística Descriptiva

6.1.1. Variables sociodemográficas

Las principales características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la **tabla E** y en la **figura 6**. La muestra de pacientes con TLP está formada por 134 pacientes (37 hombres, 27,6%, y 97 mujeres, 72,3%). La media de edad de estos pacientes es de 30 años, con una desviación estándar de 8,74; en un rango de edad comprendido entre los 17 y los 56 años.

Tabla E. Variables sociodemográficas de la muestra estudiadas

	n	Porcentaje (%)
Sexo (N=134)		
<i>Hombre</i>	37	27,6
<i>Mujer</i>	97	72,3
Etnia (N=134)		
<i>Caucásica</i>	116	86,6
<i>Latinoamericanos</i>	3	2,5
<i>Otras</i>	3	2,5
Estado civil (N=114)		
<i>Soltero/a</i>	83	72,8
<i>Casado/a o en pareja</i>	26	22,8
<i>Divorciados o separados</i>	5	4,4
Hijos (N=134)		
<i>No</i>	109	81,4
<i>Si</i>	25	18,6
Nº de hijos (N=134)		
<i>0</i>	109	81,4
<i>1</i>	15	11,2
<i>2</i>	7	5,2
<i>3 o más</i>	3	2,2
Actividad actual (N=134)		
<i>Desocupado</i>	78	58,2
<i>Trabajando</i>	16	11,9
<i>Estudiante</i>	24	17,9
<i>Baja laboral</i>	16	11,9
Dependencia (N=134)		
<i>Si</i>	107	79,9

Tabla E. Variables sociodemográficas de la muestra estudiadas

	n	Porcentaje (%)
<i>No</i>	27	20,1
Nivel educativo (N=134)		
<i>Estudios primarios</i>	18	13,5
<i>Estudios secundarios</i>	53	39,8
<i>Formación profesional</i>	27	20,3
<i>Estudios universitarios</i>	35	26,6
Nivel socioeconómico (N=134)		
<i>Bajo</i>	20	22,7
<i>Medio-bajo</i>	37	42
<i>Medio-alto</i>	31	35,2
Número de hermanos (N=87)		
<i>0</i>	3	2,2
<i>1</i>	46	34,3
<i>2</i>	20	14,9
<i>3 o más</i>	18	13,4
Lugar fratria (N=87)		
<i>1°</i>	35	40,2
<i>2°</i>	31	35,6
<i>Mayor o igual al 3°</i>	21	24,2

Figura 6. Distribución de la muestra según distintas variables sociodemográficas (I)

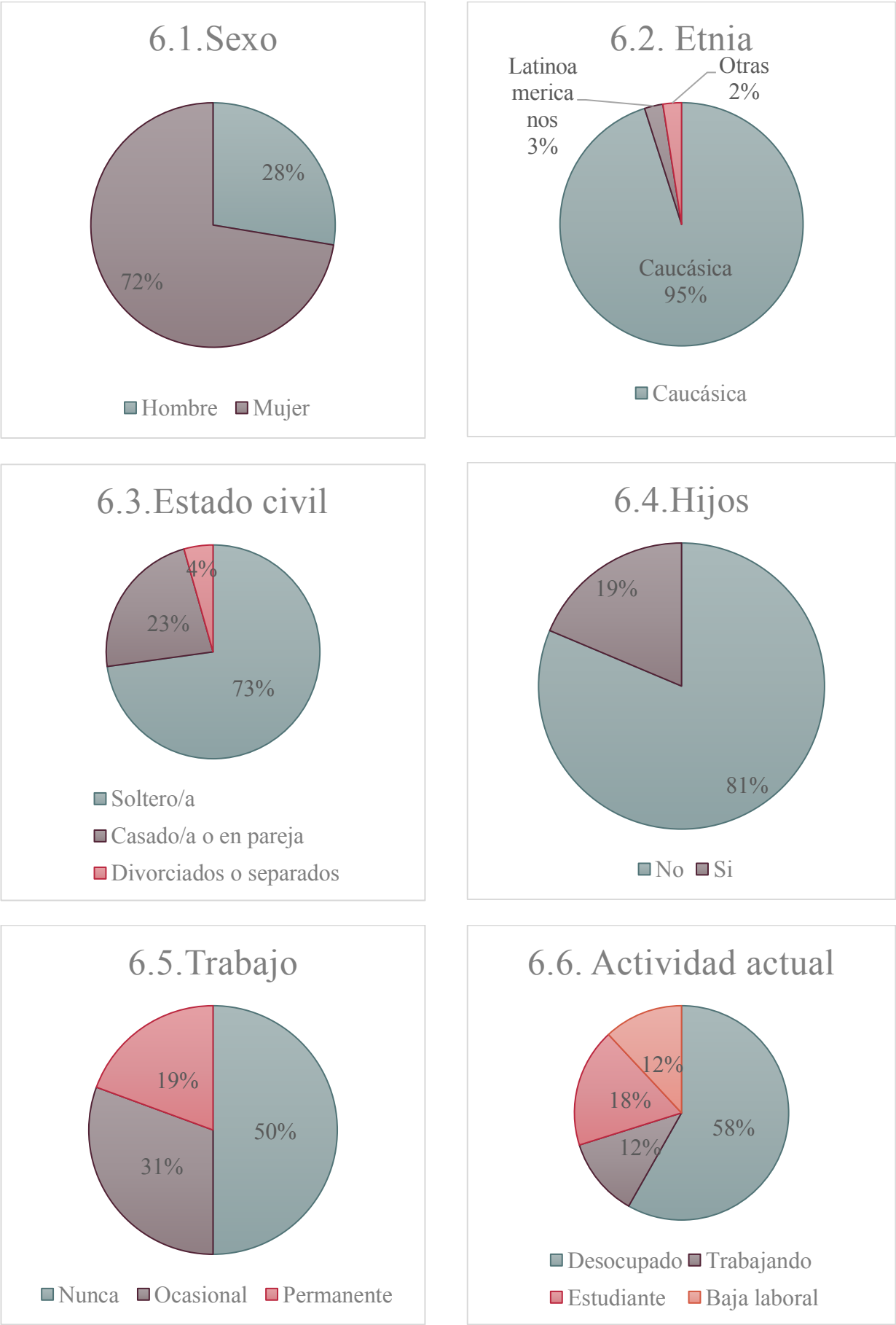
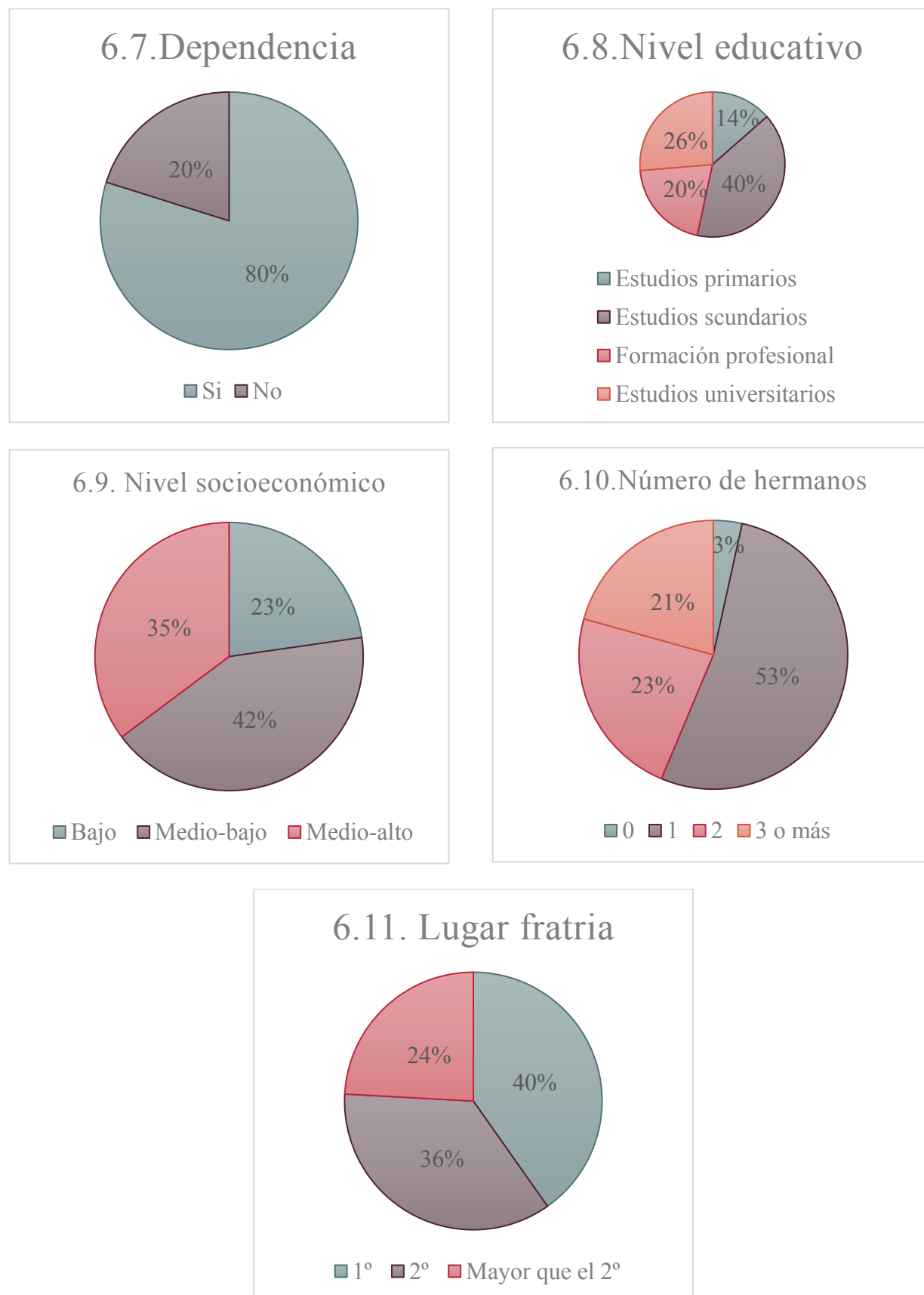


Figura 6. Distribución de la muestra según distintas variables sociodemográficas (II)



6.1.2. Variables clínicas, variables de adaptación al medio y variables asociadas al desarrollo de un trastorno psiquiátrico

Se describen las variables clínicas, variables de adaptación al medio y aquellas asociadas al desarrollo de trastorno psiquiátrico en la **tabla F** y en las **figuras 7 y 8**.

En la escala de Depresión Montgomery-Åsberg (MADRS), recogida a 100 de los pacientes, se observa una media de 27,59; con una desviación típica de 12,91 y una mediana de 29. Recordemos que el rango de valores posibles es entre 0 y 60, sin existir puntos de corte.

En la escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), recogida en 101 de los pacientes, se observa una media de 28,19; con una desviación típica de 12,36 y una mediana de 29. Recordemos que el rango va de 0 a 56 puntos, sin existir puntos de corte. El resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Lobo et al., 2002).

Tabla F. Variables clínicas, de adaptación al medio y asociadas al desarrollo de trastorno psiquiátrico en la muestra estudiada

	N	Porcentaje (%)
Número de ingresos hospitalarios (N=54)		
<i>0</i>	8	14,8
<i>1-5</i>	33	61,1
<i>Más de 5</i>	13	24,1
Antecedentes de trauma (N=134)		
<i>Si</i>	109	81,3
<i>No</i>	25	18,7
Antecedentes de aborto (N=134)		
<i>Si</i>	19	14,2
<i>No</i>	115	85,8
Número de abortos		
<i>0</i>	115	85,8
<i>1</i>	7	5,2
<i>2</i>	6	4,5
<i>3 o más</i>	6	4,5

Tabla F. Variables clínicas, de adaptación al medio y asociadas al desarrollo de trastorno psiquiátrico en la muestra estudiada

	N	Porcentaje (%)
Antecedentes de abusos sexuales/ Violaciones (N= 134)		
<i>Si</i>	38	28,4
<i>No</i>	96	71,6
Antecedentes de abusos físicos (N=65)		
<i>Si</i>	42	64,6
<i>No</i>	23	35,4
Antecedentes de prostitución (N=109)		
<i>Si</i>	4	3,7
<i>No</i>	105	96,3
Antecedentes de haber sufrido acoso escolar (N=133)		
<i>Si</i>	59	44,4
<i>No</i>	74	55,6
Antecedentes de haber sufrido acoso laboral (N=134)		
<i>Si</i>	7	5,2
<i>No</i>	127	94,8
Fracaso escolar (N=134)		
<i>Si</i>	12	9
<i>No</i>	122	91
Causas legales (N=134)		
<i>Si</i>	55	41
<i>No</i>	79	59

Figura 7. Antecedentes de distintas variables clínicas en la muestra.

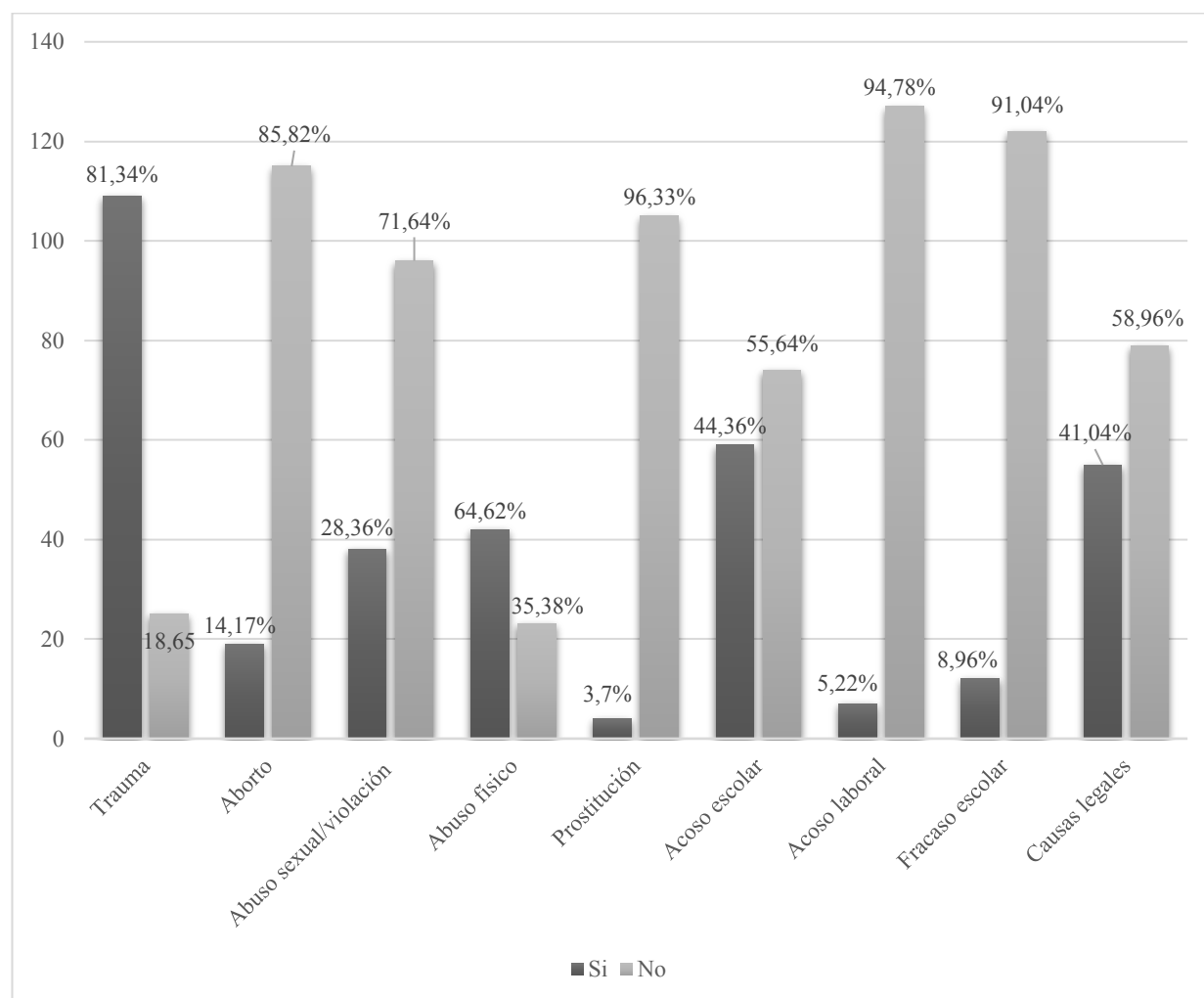
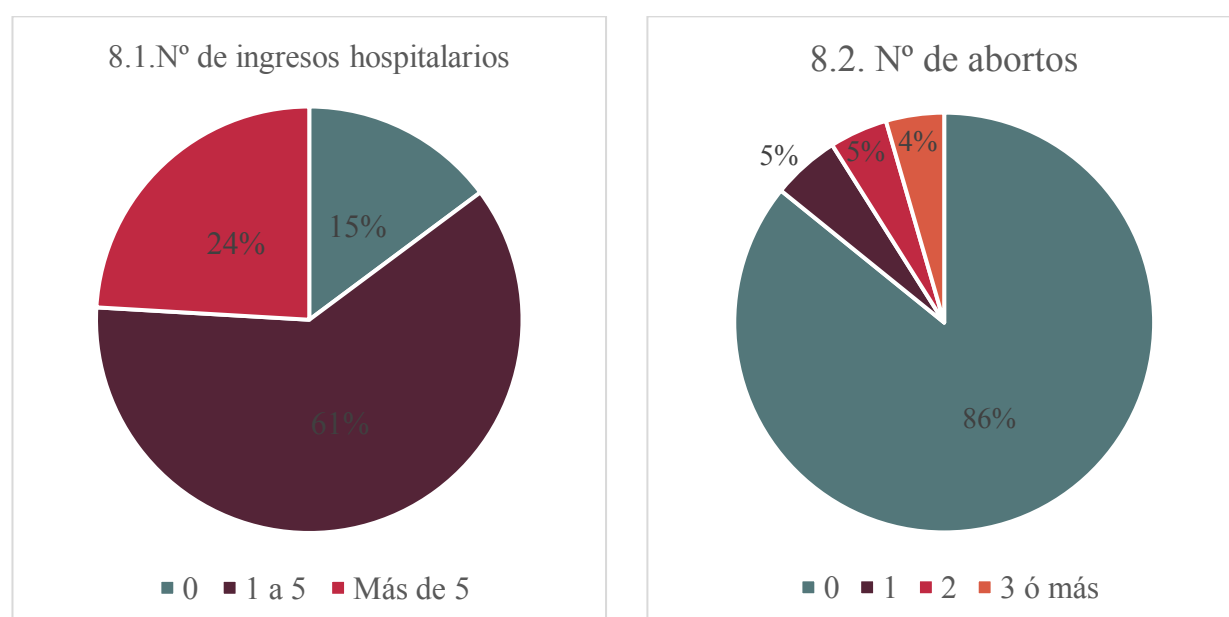


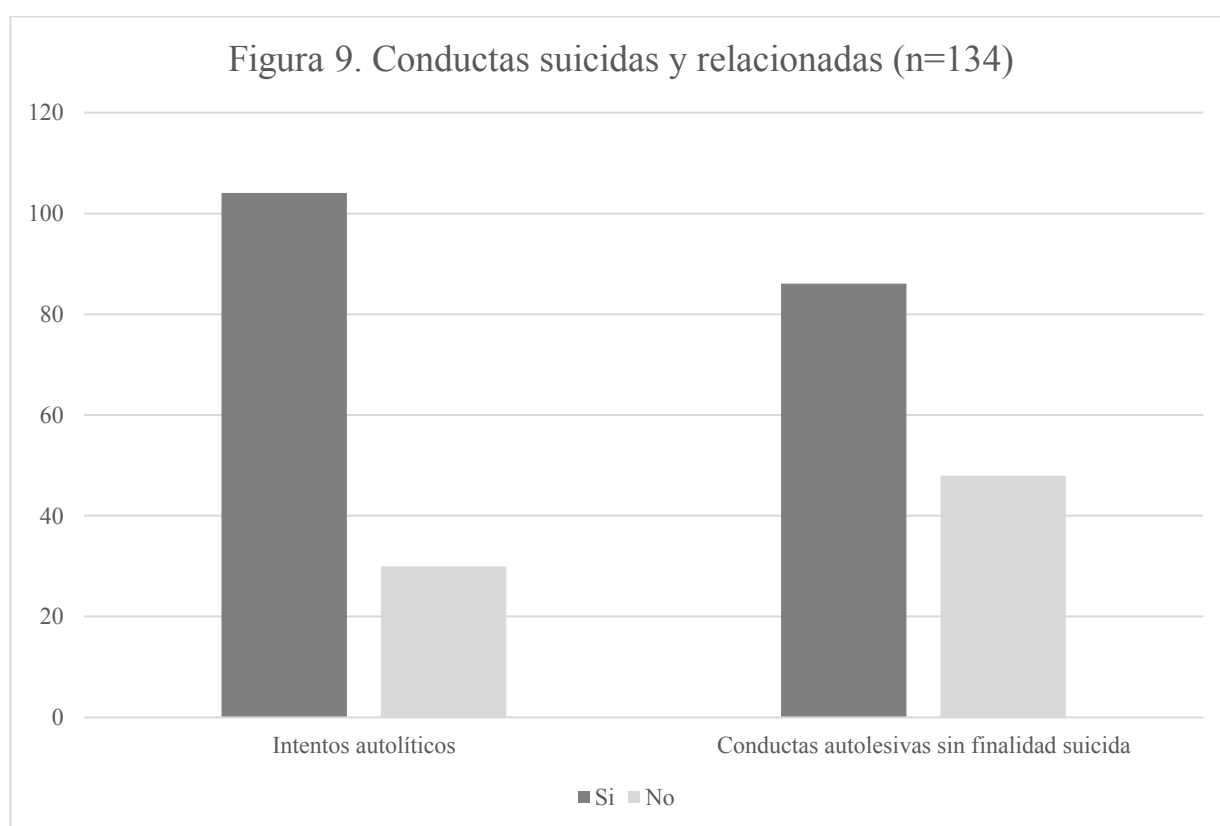
Figura 8. Número de ingresos hospitalarios previos y número de abortos en la muestra.



6.1.3. Conductas suicidas y conductas relacionadas.

Intentos de suicidio/autolíticos. 104 pacientes de los 134 (77,6%) refieren antecedentes de al menos un intento de autolisis, mientras 30 pacientes (22,4%) no tienen antecedentes de conductas autolíticas, como muestra la **figura 9**. La media del número de intentos de autolisis es de 2,69 para cada paciente, con una desviación estándar de 1,774.

Conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI). 86 pacientes (64,2%) informan de antecedentes de NSSI, mientras que 48 pacientes (35,8%) no presentan estos antecedentes, como también detalla la **figura 9**.



Dentro del método seguido para realizar la tentativa suicida, se observa la distribución que muestra la **figura 10**. El método más frecuente es el de otros métodos (53,5%), seguido de sobreingesta medicamentosa (46,5%) como muestra la **tabla G**.

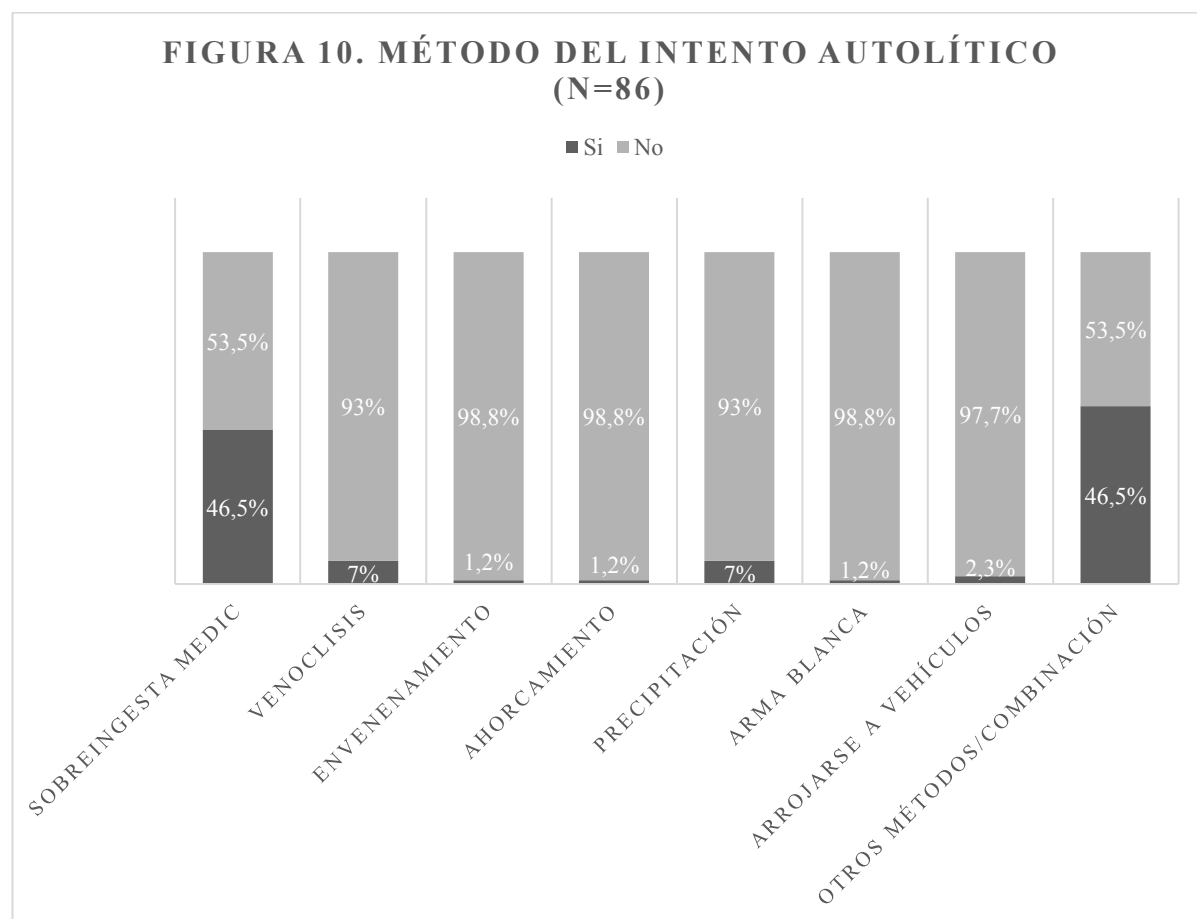


Tabla G. Método del intento autolítico en la muestra estudiada

	N	Porcentaje (%)
Sobreingesta medicamentosa		
<i>Si</i>	40	46,5
<i>No</i>	46	53,5
Venoclisis		
<i>Si</i>	6	7
<i>No</i>	80	93
Envenenamiento		
<i>Si</i>	1	1,2
<i>No</i>	85	98,8
Ahorcamiento		
<i>Si</i>	1	1,2
<i>No</i>	85	98,8
Precipitación		
<i>Si</i>	6	7

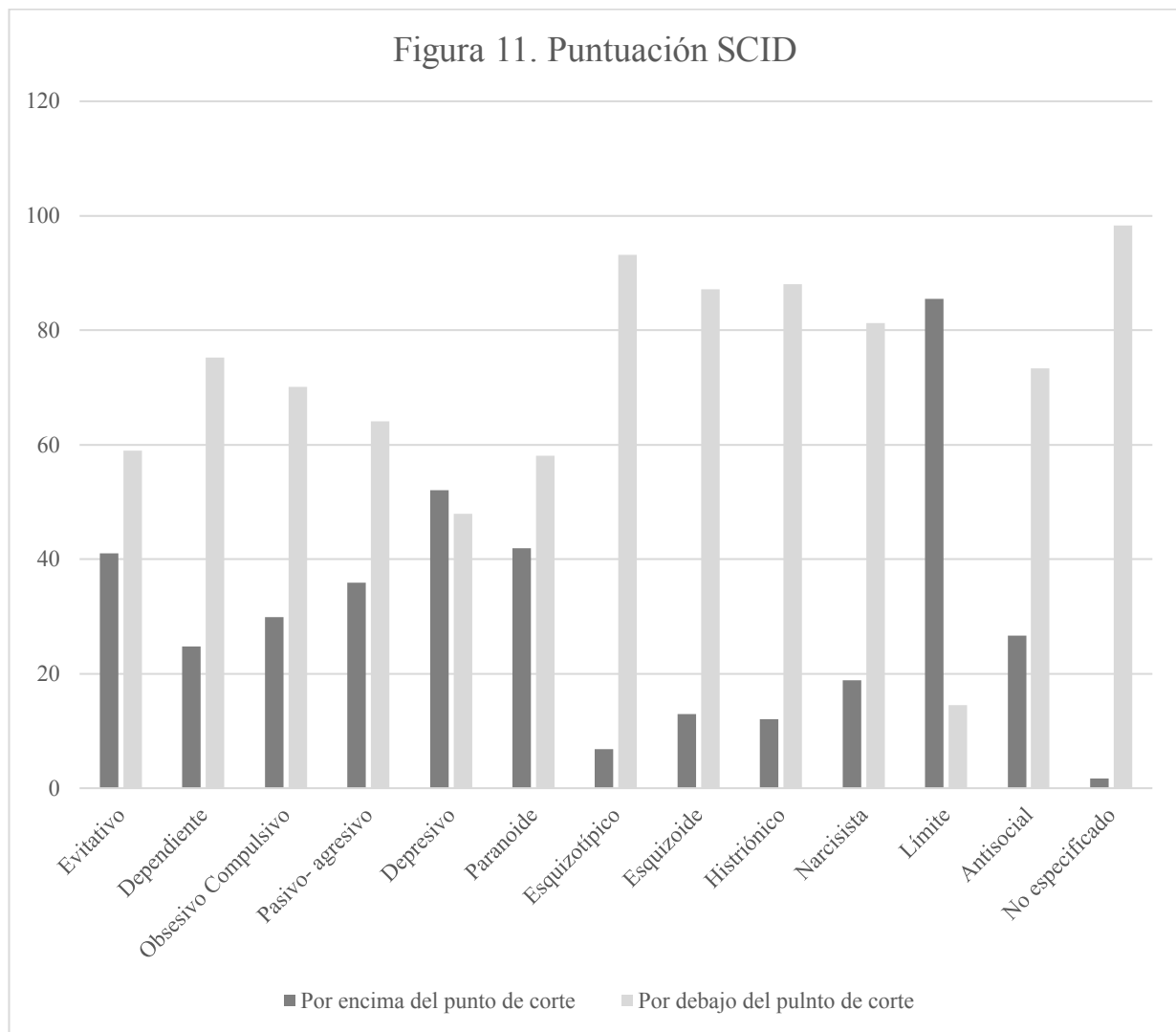
Tabla G. Método del intento autolítico en la muestra estudiada

	N	Porcentaje (%)
<i>No</i>	80	93
Arma blanca		
<i>Si</i>	1	1,2
<i>No</i>	85	98,8
Arrojarse a vehículos		
<i>Si</i>	2	2,3
<i>No</i>	84	97,7
Otros métodos/combinación de métodos		
<i>Si</i>	46	53,5
<i>No</i>	40	46,5

6.1.4. Cuestionarios de personalidad.

Se puede observar las puntuaciones por encima o por debajo del umbral de corte según el SCID para los distintos TP, sobre 117 pacientes en los que se ha recogido la variable en la **figura 11**. Se observa:

- SCID Limite: 85,5% por encima del considerado como punto de corte, 14,5% por debajo.
- SCID Paranoide: 41,9% por encima, 58,1% por debajo.
- SCID Evitativo: 41,0% por encima, 59% por debajo.
- SCID Pasivo-Agresivo: 35,9% por encima, 64,1% por debajo.
- SCID Obsesivo-Compulsivo: 29,9% por encima, 70,1% por debajo.
- SCID Antisoc: 26,7% por encima, 73,3% por debajo.
- SCID Dependiente: 24,8% por encima, 75,2% por debajo.
- SCID Narcisista: 18,8% por encima, 81,2% por debajo.
- SCID Histriónico: 12,9% por encima, 87,1% por debajo.
- SCID Esquizotípico: 6,8% por encima, 93,2% por debajo.



Se expone las distintas medias, desviaciones típicas y mediana de las distintas subescalas del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) y del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) en la **tabla H** y de las escalas de sintomatología del TLP BSL-23 y BIS-11 en la **tabla I**.

Tabla H. Puntuaciones en las distintas escalas de los cuestionarios ZKPQ y MCMI-II.

	Media	Desviación típica	Mediana
ZKPQ (N=73)			
Neuroticismo - ansiedad	14,79	4,29	17
Actividad	7,49	3,42	7
Sociabilidad	6,10	3,94	6
Impulsividad y búsqueda de sensaciones	9,81	5,12	10
Agresividad y hostilidad	9,48	3,33	10
MCMI-II (N=68)			
Esquizoide	73,07	27,08	70
Fóbica	79,62	25,99	83
Dependiente	63,49	35,88	72,50
Histriónica	66,56	29,90	68,50
Narcisista	66,38	32	70
Antisocial	78,53	28,23	79
Agresivo-sádica	73,47	27,46	73
Compulsiva	54,65	28,98	51
Pasivo- agresiva	88,24	26,78	91,50
Autodestructiva	86,24	21,20	90,50
Esquizotípico	84,14	25,07	82
Límite	94,20	24,26	101,50
Paranoide	71,38	20,44	67

Tabla I. Puntuaciones en las distintas escalas de los cuestionarios BSL-23 y BIS-11.

	Media	Desviación típica	Mediana
BSL-23 (N=107)			
	51,87	27,33	54
BIS-11 (N=113)			
Motor	24,30	7,87	25
Impulsiva	24,02	8,14	24
Cognitiva	20,60	5,36	21

6.2. Análisis Univariante.

A continuación, se muestran los resultados del análisis estadístico univariante de la relación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de adaptación al medio, sociales y los rasgos de personalidad recogidos en la muestra del estudio; comparándolo con las variables dependientes intentos de suicidio y conductas autolesivas sin finalidad suicida.

6.2.1. Intentos de suicidio.

a) Se objetivan diferencias estadísticamente significativas en su asociación con las variables:

- Número de Hermanos ($\chi^2=15,738$; $p=0,028$). Asociándose de forma significativa tener un hermano con el antecedente de haber realizado un intento de suicidio (ver **tabla J**).
- Antecedentes de haber sufrido un trauma ($\chi^2=5,486$; $p=0,019$) (ver **tabla J**).
- Conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) ($\chi^2=5,157$; $p=0,023$) (ver **tabla J**).
- SCID-Límite ($\chi^2=6,521$; $p=0,011$) (Ver **tabla K** y **figura 12**).
- Puntuación en ZKPQ dimensión sociabilidad variable con efecto protector, es decir, a mayor puntuación, menor asociación de TLP con intentos de suicidio (Ver **tabla K** y **figura 12**).
- HARS ($p=0,014$) (Ver **tabla K** y **figura 12**).

Tabla J. Variables sociodemográficas y clínicas con diferencias estadísticamente significativas para los intentos autolíticos

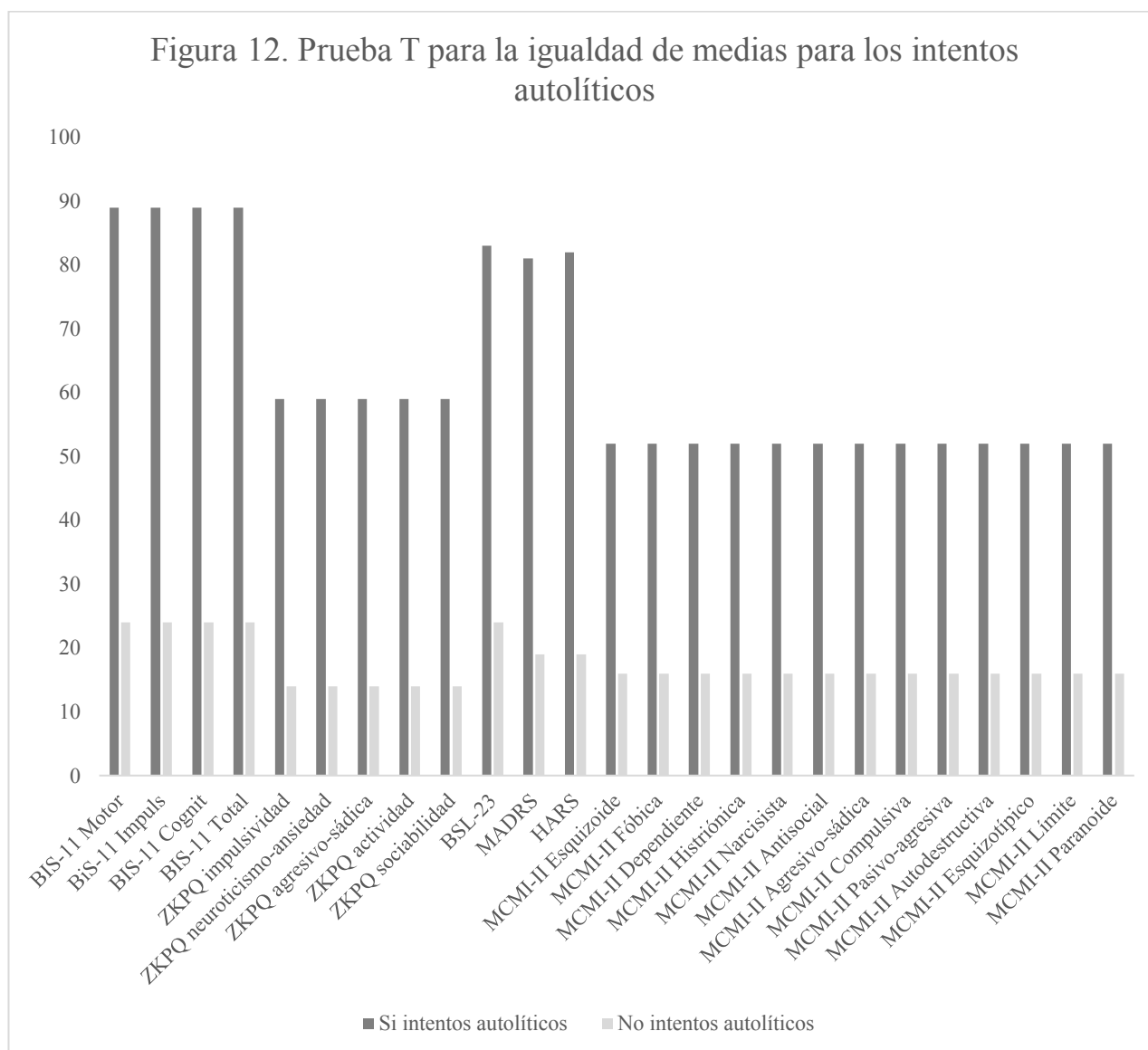
	Intentos autolíticos		
		Si	No
Número de hermanos (n=87)	0 (n=3)	33,3%	66,7%
	1(n=46)	76,1%	23,9%
	2 (n=20)	90%	10%
	3 (n=7)	85,7%	14,3%
	4 (n=2)	100%	0%
	5 (n=5)	100%	0%
	6 (n=2)	0%	100%
	7 (n=0)	-	-
	8 (n=2)	100%	0%
Haber sufrido trauma (n=134)	Si (n=109)	81,3%	18,3%
	No (n=25)	60%	40%
NSSI (n=134)	Si (n=86)	83,7%	16,3%
	No (n=48)	66,7%	33,3%

Tabla K. Resultados prueba T para la igualdad de medias para los intentos autolíticos

	Valor p de sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia
BIS-11			
Motor	0,538	1,123	-2,476- 4,721
Impulsiva	0,377	1,662	-2,050-5,375
Cognitiva	0,456	0,923	-1,524- 3,370
Total	0,424	3,371	-4,957-11,698
ZKPQ			
Impulsividad	0,923	-0,149	-3,203-2,905

Tabla K. Resultados prueba T para la igualdad de medias para los intentos autolíticos

	Valor p de sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia
Neuroticismo-ansiedad	0,081	2,220	-0,283-4,724
Agresividad y hostilidad	0,980	-0,025	-2,010-1,960
Actividad	0,737	0,345	-1,693- 2,383
Sociabilidad	0,044	-2,356	-4,641- (- 0,070)
BSL-23			
BSL-23	0,193	8,265	-4,254- 20,783
MADRS			
MADRS	0,221	4,042	-2,469- 10,553
HARS			
HARS	0,014	7,687	1,599-13,774
MCMI- II			
Esquizoide	0,882	1,159	-14,413- 16,731
Fóbica	0,880	1,135	-13,807-16,076
Dependiente	0,229	12,404	-8.002-32,810
Histriónica	0,747	-2,784	-19,964-14,396
Narcisista	0,640	-4,322	-22,692-14,048
Antisocial	0,473	-5,846	-22,017- 10,325
Agresivo- sádica	0,589	-4,288	-20,045-11,468
Compulsiva	0,997	0,029	-16,640- 16,698
Pasivo-agresiva	0,977	0,226	-15,175-15,627
Autodestructiva	0,966	-0,264	-12,458- 11,929
Esquizotípica	0,340	6,885	-7,431- 21,200
Límite	0,946	-0,476	-14,425-13,473
Paranoide	0,933	0,500	-11,253-12,253



b) No hay diferencias estadísticamente significativas, pero las cifras se aproximan a la significación:

Mujeres con antecedente de haber abortado ($\chi^2=2,662$; $p=0,103$), el haber trabajado de forma permanente comparado con nunca haber trabajado ($\chi^2=5,367$; $p=0,068$), el número de ingresos ($\chi^2=7,405$; $p=0,060$), los antecedentes de abuso sexual/violación ($\chi^2=2,601$; $p=0,107$), el antecedente de acoso escolar ($\chi^2=3,237$; $gl=1$; $p=0,072$) (ver **tabla L**). Asimismo, puntuaciones en la prueba T para la igualdad de medias en ZKPQ dimensión neuroticismo-ansiedad ($p=0,081$) (Ver **tabla K**).

Tabla L. Variables sociodemográficas y clínicas con diferencias cercanas a la significación estadística para los intentos autolíticos.

Intentos autolíticos			
		Si	No
Antecedente de haber abortado (n=134)	Si (n=19)	63,2%	36,8%
	No (n=115)	80%	20%
Tipo de trabajo (n=134)	Nunca (n=67)	80,6%	19,4%
	Ocasional (n=41)	65,9%	34,1%
	Permanente (n=26)	88,5%	11,5%
Número de ingresos (n=54)	0 (n=8)	50%	50%
	1 (n=13)	76,9%	23,1%
	2-5 (n=20)	90%	10%
	Más de 5 (n=13)	92,3%	7,7%
Antecedente de abuso sexual/violación (n=134)	Si (n=38)	86,8%	13,2%
	No (n=96)	74%	26%
Antecedentes de acoso escolar (n=133)	Si (n=59)	84,7%	15,3%
	No (n=74)	71,6%	28,4%

c) No hay diferencias estadísticamente significativas con:

Las variables sexo ($\chi^2=0,633$; $p=0,426$), etnia ($\chi^2=0,109$; $p=0,741$), estado civil ($\chi^2=0,937$; $gl=1$; $p=0,333$), número de hijos ($\chi^2=1,060$; $p=0,589$), actividad actual ($\chi^2=4,316$; $gl=3$; $p=0,229$), dependencia ($\chi^2=0,291$; $p=0,589$), nivel educativo ($\chi^2=1,842$; $p=0,606$), nivel socioeconómico ($\chi^2=1,655$; $p=0,437$), lugar que ocupa en la fratria ($\chi^2=0,410$; $gl=1$; $p=0,522$), antecedentes de abuso físico (estadístico exacto de Fisher= 0,221), antecedentes de haber ejercido la prostitución ($\chi^2=0,038$; $p=0,846$), antecedentes de acoso laboral ($\chi^2=0,163$; $gl=1$; $p=0,687$ / estadístico de Fisher= 0,653), agresividad general ($\chi^2=1,290$; $gl=1$; $p=0,256$ / estadístico exacto de Fisher=0,362) y antecedentes de causas legales ($\chi^2=0,306$; $gl=1$; $p=0,580$) (Ver **tabla M**).

Tabla M. Variables no significativas en el análisis univariante con los intentos autolíticos.

		Intentos autolíticos	
		Si	No
Sexo (n=134)	Hombre (n=37)	73%	27%
	Mujer (n=97)	79,4%	20,6%
Etnia (n=122)	No caucásica (n=6)	83,3%	16,7%
	Caucásica (n=116)	77,6%	22,4%
Estado civil (n=114)	No casado (n=31)	71%	29%
	Casado (n=83)	79,5%	20,5%
Número de hijos (n=134)	0 (n=109)	77,1%	22,9%
	1 (n=15)	73,3%	26,7%
	Más de 1 (n=10)	90%	10%
Actividad actual (n=134)	Desocupado (n=78)	73,1%	26,9%
	Trabajando (n=16)	87,5%	12,5%
	Estudiante (n=24)	75%	25%
	Baja laboral (n=16)	93,8%	6,3%
Dependencia (n=134)	Si (n=107)	76,6%	23,4%
	No (n=27)	81,5%	18,5%
Nivel educativo (n=133)	Estudios primarios (n=18)	77,8%	22,2%
	Estudios secundarios (n=53)	71,7%	28,3%
	Formación profesional (n=27)	81,5%	18,5%
	Estudios universitarios (n=35)	77,4%	22,6%
Nivel socioeconómico (n=88)	Bajo (n=20)	85%	15%
	Medio (n=37)	75,7%	24,3%
	Alto (n=31)	87,1%	12,9%

Tabla M. Variables no significativas en el análisis univariante con los intentos autolíticos.

Lugar que ocupa en la fratria (n=87)	Otro puesto que no sea el primero (n=52)	82,7%	17,3%
	Primero (n=35)	77,1%	22,9%
Antecedentes de abuso físico (n=65)	Si (n=42)	83,3%	16,7%
	No (n=23)	69,6%	30,4%
Prostitución (n=109)	Si (n=4)	75%	25%
	No (n=105)	79%	21%
Antecedentes de acoso laboral (n=134)	Si (n=7)	71,4%	28,6%
	No (n=127)	78%	22%
Agresividad general (n=78)	Si (n=70)	80%	20%
	No (n=8)	62,5%	37,5%
Antecedentes de causas legales (n=134)	Si (n=55)	80%	20%
	No (n=79)	75,9%	24,1%

Dentro de los test, tampoco arrojan diferencias estadísticamente significativas:

- Puntuaciones en el SCID para Trastorno Dependiente ($\chi^2=0,062$; gl=1; p=0,804), Trastorno Pasivo-Agresivo ($\chi^2=1,075$; gl=1; p=0,300), Trastorno Depresivo ($\chi^2=0,050$; gl=1; p=0,824), Trastorno Paranoide ($\chi^2=0,734$; gl=1; p=0,392), Trastorno Esquizotípico ($\chi^2=0,223$; gl=1; p=0,636), Trastorno Esquizoide ($\chi^2=0,356$; gl=1; p=0,551), Trastorno Histriónico ($\chi^2=0,213$; gl=1; p=0,645), Trastorno Narcisista ($\chi^2=0,273$; gl=1; p=0,601/ estadístico exacto de Fisher=0,559), Trastorno Antisocial ($\chi^2=0,004$; gl=1; p=0,948), Trastorno No especificado ($\chi^2=0,471$; gl=1; p=0,492).
- Puntuaciones en la prueba T para la igualdad de medias en BIS11 motor, impulsividad, cognitivo y total. ZKPQ dimensión impulsividad, agresividad-hostilidad y actividad. BSL-23, MADRS y puntuaciones del MCMI-II en todas sus subescalas (Ver **tabla K** y **figura 12**).

6.2.2. Número de intentos de suicidio

Como se ha detallado en el apartado 5.5., para evaluar la relación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de adaptación al medio y aquellas asociadas al desarrollo de un trastorno psiquiátrico y la variable de resultado número de intentos autolíticos se ha realizado un análisis univariado y multivariado mediante una regresión binomial negativa. Se objetivan diferencias estadísticamente significativas en el análisis univariado en las variables indicadas en la **tabla N.**

Tabla N. Variables con diferencias estadísticamente significativas en el análisis univariado mediante regresión binomial negativa

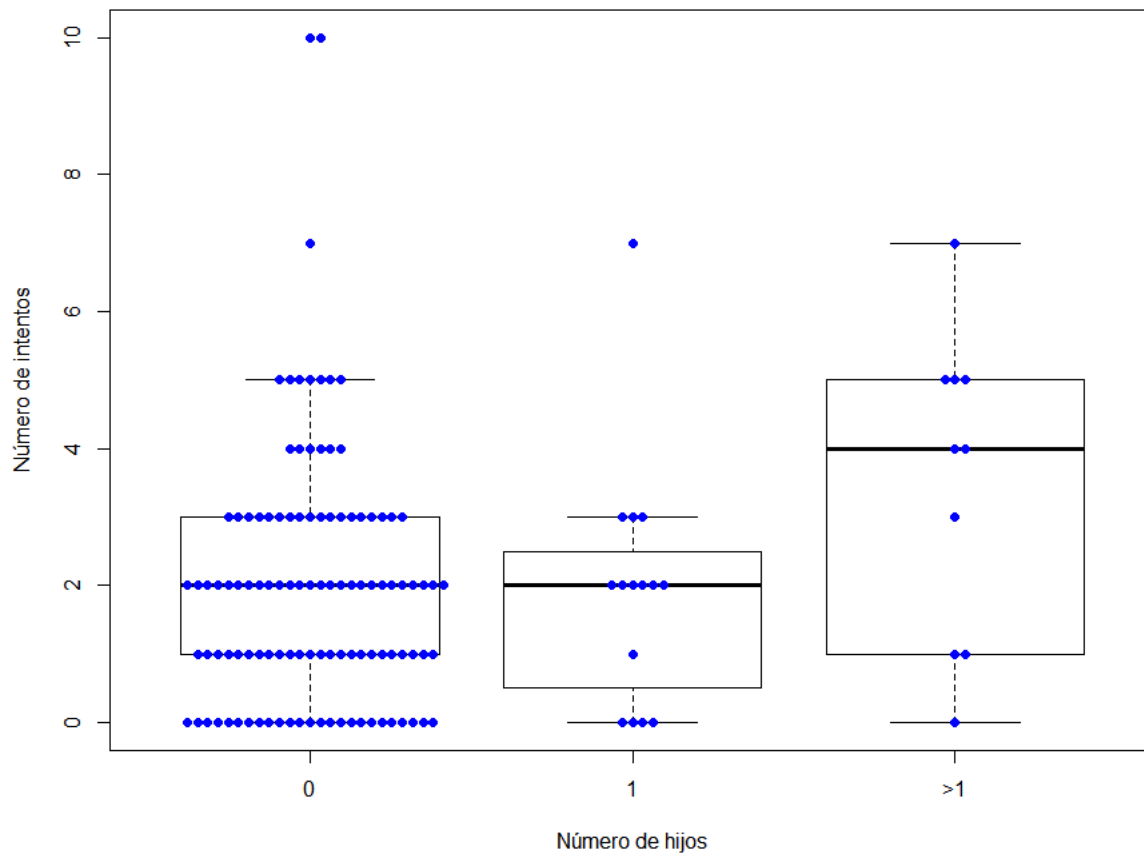
Variable	Coef	Error estándar	Valor p	Intervalo de confianza al 95%
Sexo	0,422	0,185	0,022	0,060-0,785
Hijos si	-0,195	0,099	0,048	0,002-0,389
Número de hijos continua	-0,569	0,260	0,029	0,058- 1,079
Trabajo permanente	0,401	0,186	0,031	0,037-0,766
Actividad laboral actual, baja laboral	0,608	0,213	0,004	0,190-1,026
Número de ingresos	1,076	0,255	0,000	0,577-1,574
Antecedente de trauma	0,575	0,224	0,011	0,135-1,016
NSSI	0,422	0,168	0,012	0,093-0,752
HARS	0,017	0,007	0,010	0,004- 0,031
SCID límite	0,514	0,250	0,040	0,025- 1,003
ZKPQ sociabilidad	- 0,053	0,024	0,027	-0,100- -0,006

Figura 13. Número de intentos autolíticos según sexo.



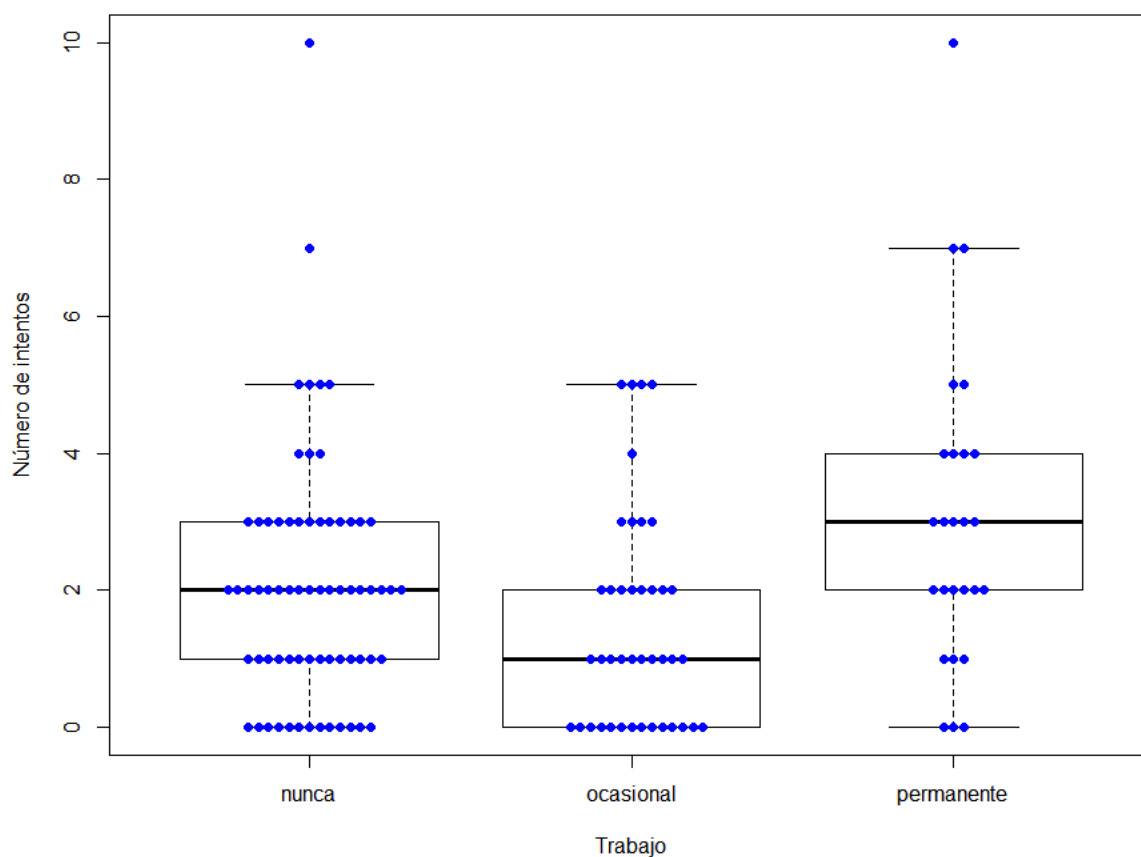
Hijos. Tener hijo se relaciona con tener más intentos autolíticos según el análisis univariante (ver **figura 14**). A mayor número de hijos (como variable continua), mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante.

Figura 14. Número de intentos autolíticos según número de hijos.



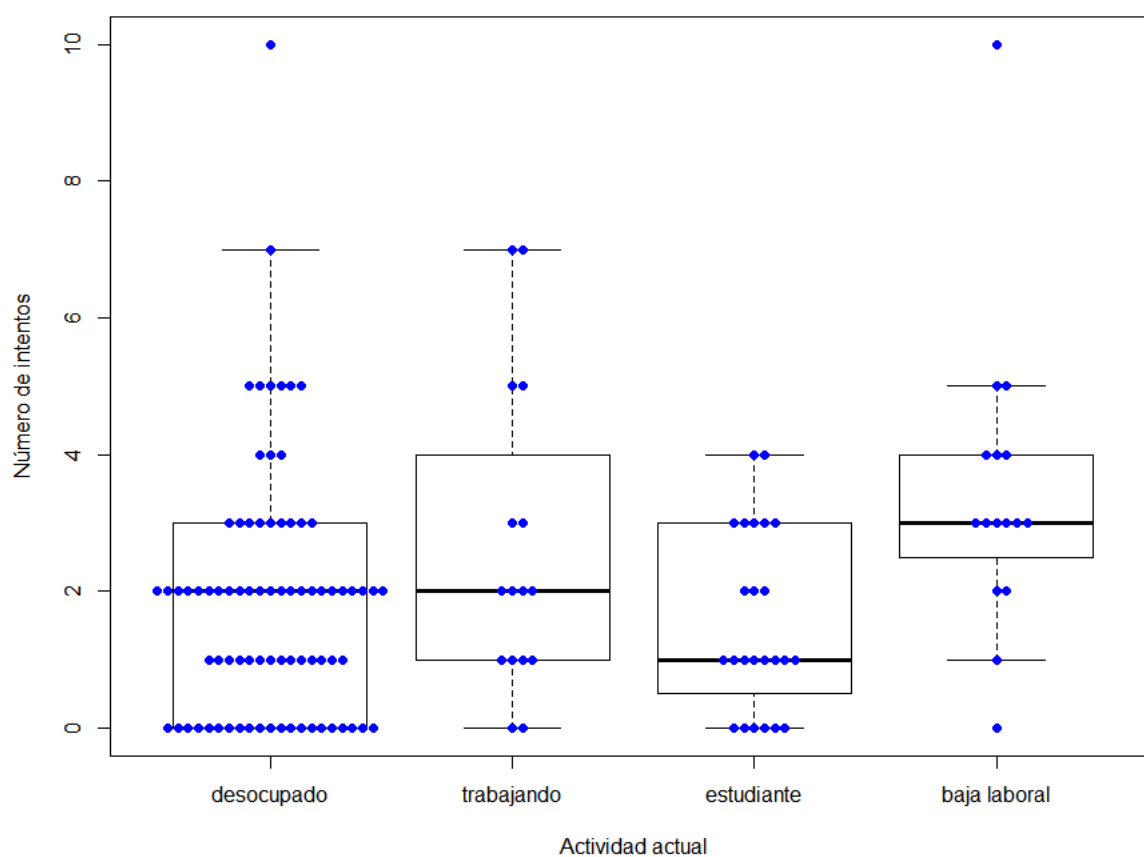
Trabajo. Respecto a la variable trabajo, se encuentra que de forma significativa los pacientes con trabajo permanente (19,4%) realizan más intentos autolíticos que aquellos que nunca han trabajado (50%), según el análisis univariante (ver figura 15).

Figura 15. Número de intentos autolíticos según trabajo.



Actividad laboral actual. Estar de baja laboral (11,9%) comparado con estar desocupado (58,2%) se relaciona con realizar más intentos autolíticos según el análisis univariante (ver figura 16).

Figura 16. Número de intentos autolíticos según actividad laboral actual.



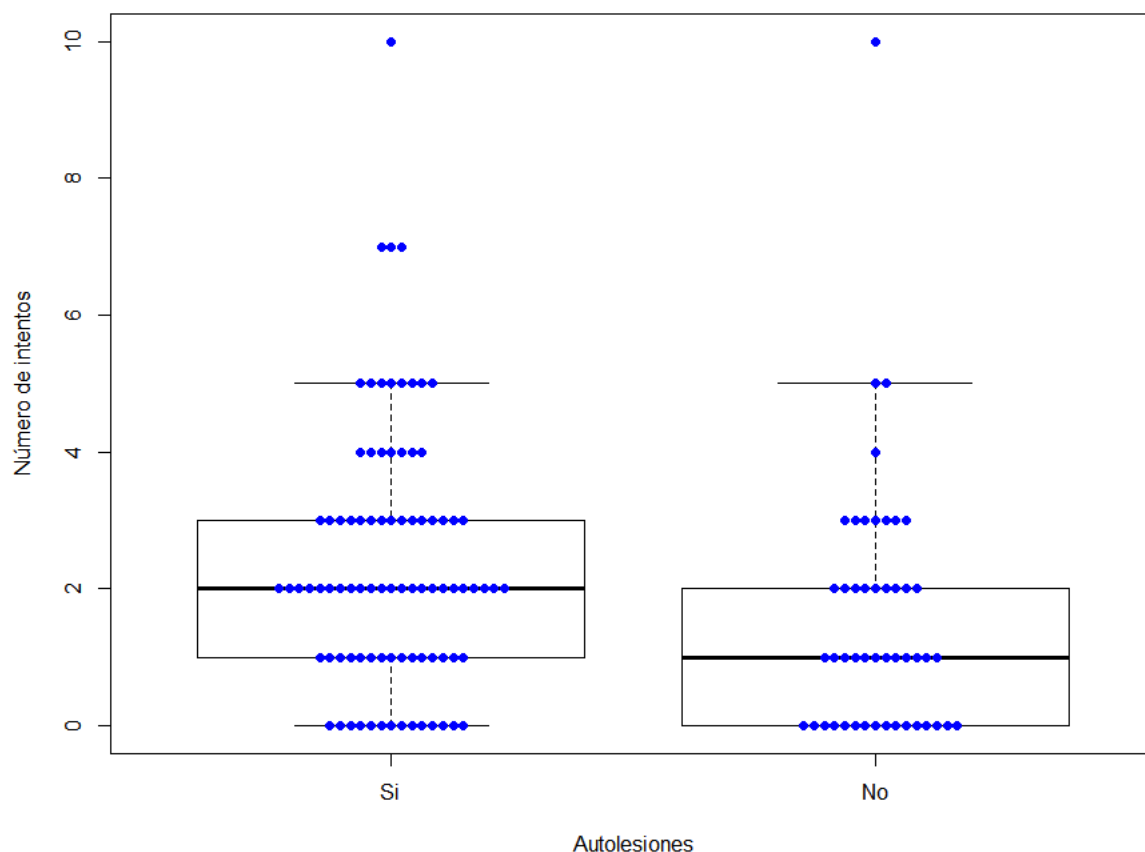
Número de ingresos hospitalarios. Haber ingresado previamente (85,2%) respecto a no haber ingresado (14,8%) se relaciona con mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante.

Figura 17. Número de intentos autolíticos según antecedente de trauma.



Antecedentes de Autolesiones sin finalidad suicida (NSSI) (64.2%), también se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante (**ver figura 18**).

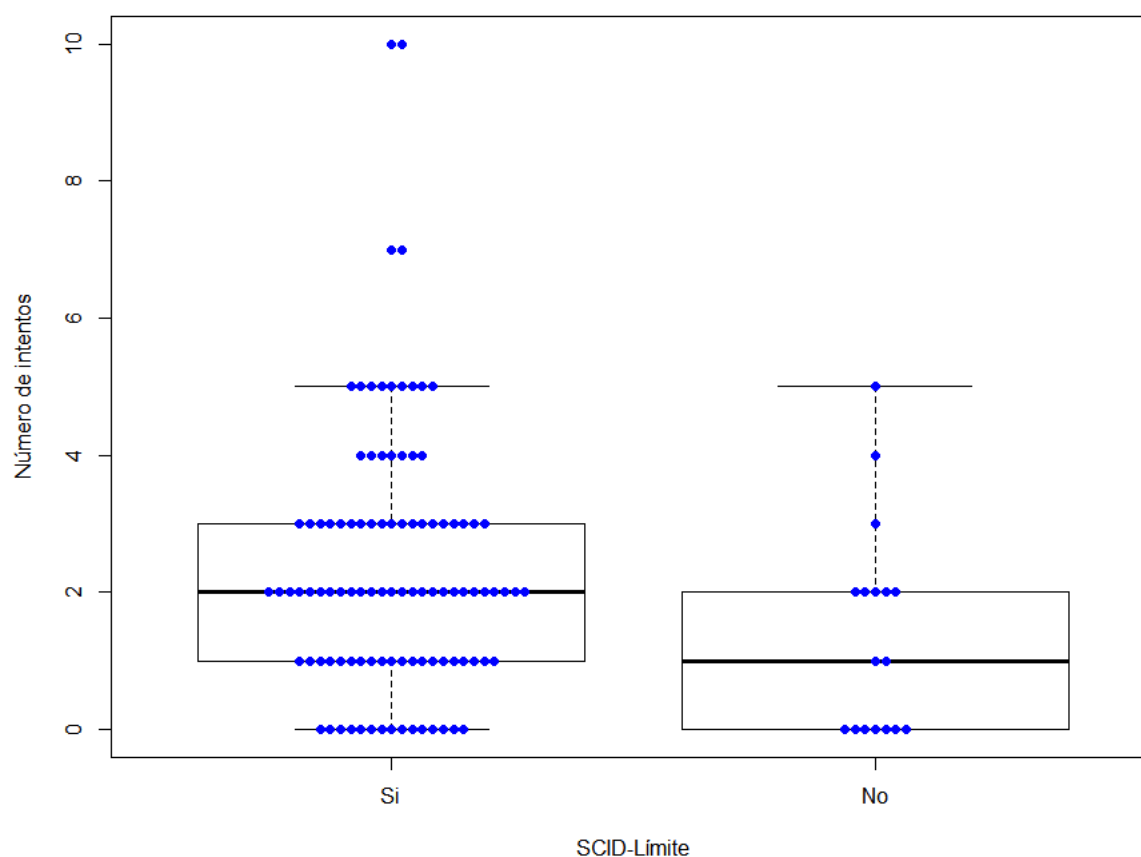
Figura 18. Número de intentos autolíticos según antecedente de NSSI.



Escala de ansiedad de Hamilton (HARS) con puntuación positiva se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante.

SCID límite con puntuación positiva se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante (ver figura 19).

Figura 19. Número de intentos autolíticos según puntuación en SCID límite.



ZKPQ sociabilidad variable con efecto protector, es decir, a mayor puntuación, menor asociación de TLP con intentos autolíticos según el análisis univariante.

A continuación, se exponen las distintas variables, cuyos resultados no fueron estadísticamente significativos.(**tabla Ñ**).

Tabla Ñ. Variables con diferencias estadísticamente no significativas en el análisis univariado mediante regresión binomial negativa.

Variable	Coef.	Error estándar	Valor p	Intervalo de confianza al 95%
Etnia caucásica	- 0,367	0,345	0,287	-1,044 - 0,309
Estado civil	- 0,210	0,192	0,276	-0,587 - 0,167

Tabla Ñ. Variables con diferencias estadísticamente no significativas en el análisis univariado mediante regresión binomial negativa.

Variable	Coef.	Error estándar	Valor p	Intervalo de confianza al 95%
Hijos no	- 0,247	0,251	0,992	-0,517 - 0,468
Nº abortos	0,044	0,082	0,593	-0,117 - 0,205
Aborto si/no	- 0,021	0,227	0,927	-0,466 - 0,424
Dependencia	0,297	0,186	0,109	-0,067 - 0,661
Nivel educativo	0,017	0,247	0,945	-0,500 - 0,466
Nivel socioeconómico	0,089	0,244	0,714	-0,388 - 0,568
Padres	0,317	0,196	0,104	-0,066 - 0,701
Número de hermanos	0,040	0,059	0,497	-0,076 - 0,156
Lugar fratria primero	- 0,064	0,194	0,743	-0,444 - 0,317
Abuso físico	0,128	0,245	0,602	-0,353 - 0,609
Abuso sexual violación	0, 260	0,168	0,122	-0,070 - 0,590
Prostitución	- 0,307	0,499	0,539	-1,285 - 0,672
SCID evitativo	- 0,140	0,160	0,382	-0,453 - 0,174
SCID dependiente	- 0,030	0,182	0,869	-0,387 - 0,327
SCID TOC	0,215	0,165	0,193	-0,109 - 0,540
SCID pasivo-agresivo	- 0,108	0,164	0,513	-0,430 - 0,215
SCID depresión	- 0,024	0,157	0,878	-0,331 - 0,283
SCID tr. paranoide	- 0,126	0,159	0,429	-0,438 - 0,186
SCID esquizotípico	0,457	0,273	0,094	-0,076 - 0,991
SCID esquizoide	0,321	0,216	0,137	-0,102 - 0,744
SCID histriónico	- 0,119	0,248	0,632	-0,605 - 0,367
SCID narcisista	0,003	0,200	0,989	-0,389 - 0,395
SCID antisocial	0,114	0,175	0,514	-0,229 - 0,458
SCID no especificado	0,724	0,492	0,141	-0,240 - 1,687
BIS 11 motor	0,005	0,011	0,622	-0,016 - 0,026
BIS 11 impulsivo	- 0,001	0,011	0,944	-0,022 -0,020
BIS 11 cognitivo	0,014	0,015	0,336	-0,015 - 0,043

Tabla Ñ. Variables con diferencias estadísticamente no significativas en el análisis univariado mediante regresión binomial negativa.

Variable	Coef.	Error estándar	Valor p	Intervalo de confianza al 95%
BIS 11 total	0,002	0,005	0,620	-0,007 - 0,011
ZKPQ impulsividad	- 0,007	0,019	0,720	-0,043 - 0,030
ZKPQ neuroticismo -ansiedad	0,016	0,023	0,484	-0,029 - 0,061
ZKPQ agresividad-hostilidad	0,011	0,029	0,693	-0,045 - 0,068
ZKPQ actividad	0,038	0,028	0,175	- 0,017 - 0,093
BSL 23	0,003	0,003	0,275	-0,003 -0,010
MADRS	0,004	0,007	0,576	-0,009 -0,016
MCMII Esquizoide	- 0,002	0,005	0,601	-0,014 - 0,006
MCMII dependiente	- 0,002	0,003	0,622	-0,005 -0,008
MCMII histriónico	0,001	0,004	0,887	-0,007 -0,008
MCMII antisocial	- 0,002	0,004	0,686	-0,009 -0,006
MCMII agresivo	- 0,002	0,004	0,713	-0,009 -0,007
MCMII compuls	- 0,002	0,004	0,702	-0,009 -0,007
MCMII pasivoagresivo	0,000	0,004	0,915	-0,008 -0,009
MCMII autodestrucción	0,002	0,005	0,703	-0,009 -0,013
MCMII esquizotípico	0,001	0,005	0,874	-0,008 -0,010
MCMII límite	0,001	0,005	0,810	-0,008 -0,010
MCMII paranoide	- 0,006	0,006	0,210	-0,018 -0,004
MCMII narcisista	0,014	0,004	0,703	-0,006 - 0,009

6.2.2. Conductas autolesivas sin finalidad suicida.

a) Se objetivan diferencias estadísticamente significativas en su asociación con las variables:

- Antecedentes de prostitución ($\chi^2=8,080$; $p=0,004$ / Estadístico exacto de Fisher= $0,012$). Prostitución se ha recogido solo en 4 pacientes de la muestra (ver **tabla O**).
- Puntuaciones en el SCID para Trastorno Narcisista ($\chi^2=5,817$; $p=0,016$), variable con efecto protector, es decir, a mayor puntuación, menor asociación de TLP con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.
- Puntuaciones en la prueba T para la igualdad de medias en ZKPQ dimensión neuroticismo-ansiedad ($p=0,031$) y en MCMI-II subescala fóbica ($p=0,045$) y antisocial ($p=0,027$), como muestra la **tabla P** y **figura 20**.

b) No hay diferencias estadísticamente significativas, pero las cifras se aproximan a la significación:

- Antecedentes de maltrato físico ($RV=11,801$; $gl=6$; $p=0,067$),
- Puntuaciones en el SCID para Trastorno Obsesivo Compulsivo ($\chi^2=3,001$; $gl=1$; $p=0,083$) y Trastorno Pasivo-Agresivo ($\chi^2=3,329$; $gl=1$; $p=0,068$). Los rasgos obsesivos y pasivo-agresivos de la personalidad, están cerca de la significación estadística. Los segundos, al igual que los rasgos narcisistas, tienen un carácter protector frente a las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.
- Puntuaciones en la prueba T para la igualdad de medias en MCMI-II subescala autodestructiva ($p=0,083$); como muestra la **tabla P** y **figura 20**.

Tabla O. Variable sociodemográficas y clínicas con diferencias estadísticamente significativas o cercanas a la significación estadística para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI)

NSSI			
		Si	No
Prostitución (n=109)	Si (n=4)	100%	0%
	No (n=105)	68,6%	31,4%
Maltrato físico (n=54)	Si (n=34)	66,7%	33,3%
	No (n=20)	50%	50%

c) No hay diferencias estadísticamente significativas con:

Sexo ($\chi^2=0,090$; $p=0,764$), etnia ($\chi^2=0,003$; $p=0,954$), estado civil ($\chi^2=1,283$; $p=0,257$), número de hijos ($\chi^2=1,239$; $p=0,538$), antecedente de aborto ($\chi^2=0,10$; $p=0,920$), trabajo ($\chi^2=0,129$; $p=0,938$), actividad actual ($\chi^2=1,742$; $p=0,628$), dependencia ($\chi^2=0,356$; $p=0,551$), nivel educativo ($\chi^2=4,560$; $p=0,207$), nivel socioeconómico ($\chi^2=0,742$; $p=0,690$), número de hermanos ($\chi^2=6,529$; $p=0,480$), lugar que ocupa en la fratria ($\chi^2=0,598$; $p=0,440$), número de ingresos ($\chi^2=0,719$; $p=0,869$), antecedentes de abuso físico ($\chi^2=1,475$; $p=0,225$), antecedentes de abuso sexual/violación ($\chi^2=0,911$; $p=0,340$), antecedentes de trauma ($\chi^2=0,894$; $p=0,344$), antecedentes de acoso escolar ($\chi^2=1,083$; $p=0,298$), antecedentes de acoso laboral ($\chi^2=0,169$; $p=0,681$) y antecedentes de causas legales ($\chi^2=0,709$; $p=0,400$). Ver **tabla Q**.

Asimismo, puntuaciones en el SCID para Trastorno Evitativo ($\chi^2=0,062$; $gl=1$; $p=0,803$), Trastorno Depresivo ($\chi^2=0,368$; $gl=1$; $p=0,544$), Trastorno Paranoide ($\chi^2=0,599$; $gl=1$; $p=0,439$), Trastorno Esquizotípico ($\chi^2=0,648$; $gl=1$; $p=0,932$), Trastorno Esquizoide ($\chi^2=0,680$; $gl=1$; $p=0,409$), Trastorno Histriónico ($\chi^2=0,007$; $gl=1$; $p=0,645$), Trastorno Antisocial ($\chi^2=2,323$; $gl=1$; $p=0,127$), Trastorno Límite ($\chi^2=2,243$; $gl=1$; $p=0,134$), Trastorno Dependiente ($\chi^2=2,203$; $gl=1$; $p=0,138$) y Trastorno No especificado ($\chi^2=0,154$; $gl=1$; $p=0,695$).

Tampoco puntuaciones en la prueba T para la igualdad de medias (Ver tabla 6.2.2.a) en BIS11 motor, impulsividad, cognitivo y total. ZKPQ dimensión impulsividad, actividad, agresividad-hostilidad y sociabilidad. BSL-23, MADRS, HARS y puntuaciones del MCMI-II en subescalas

esquizoide, dependiente, histriónica, narcisista, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva, esquizotípica, límite y paranoide. Resultados mostrados en **tabla P** y **figura 20**.

Tabla P. Resultados prueba T para la igualdad de medias para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

	Valor p de sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia
BIS-11			
Motor	0,519	-1,005	-4,082-2,073
Impulsiva	0,316	1,614	-1,558- 4,786
Cognitiva	0,442	0,815	-1,277- 2,908
Total	0,779	1,014	-6,127- 8,154
ZKPQ			
Impulsividad	0,620	0,616	-1,853-3,085
Neuroticismo-ansiedad	0,031	2,216	0,212-4,219
Agresividad y hostilidad	0,448	-0,613	-2,213-0,988
Actividad	0,187	1,090	-0,541- 2,720
Sociabilidad	0,322	-0,945	-2,837- 0,946
BSL-23			
BSL-23	0,696	2,147	-8,726- 13,019
MADRS			
MADRS	0,481	1,919	-3,464- 7,302
HARS			
HARS	0,768	0,769	-4,384- 5,922
MCMI- II			
Esquizoide	0,828	-1,475	-14,972- 12,022
Fóbica	0,045	12,880	0,317-25,443
Dependiente	0,485	6,272	-11,549- 24,092
Histriónica	0,676	-3,127	-18,013- 11,759
Narcisista	0,487	-5,570	-21,464- 10,324
Antisocial	0,027	-15,339	-28,899- (-1,779)
Agresivo- sádica	0,590	-3,704	-17,364- 9,956

Tabla P. Resultados prueba T para la igualdad de medias para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

	Valor p de sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia
Compulsiva	0,568	-4,148	-18,563- 10,267
Pasivo-agresiva	0,120	10,341	-2,766- 23,449
Autodestructiva	0,083	9,113	-1,218- 19,444
Esquizotípica	0,188	8,217	-4,116- 20,550
Límite	0,175	8,192	-3,733- 20,117
Paranoide	0,835	1,064	-9,122- 11,250

Figura 20. Prueba T para la igualdad de medias para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI)

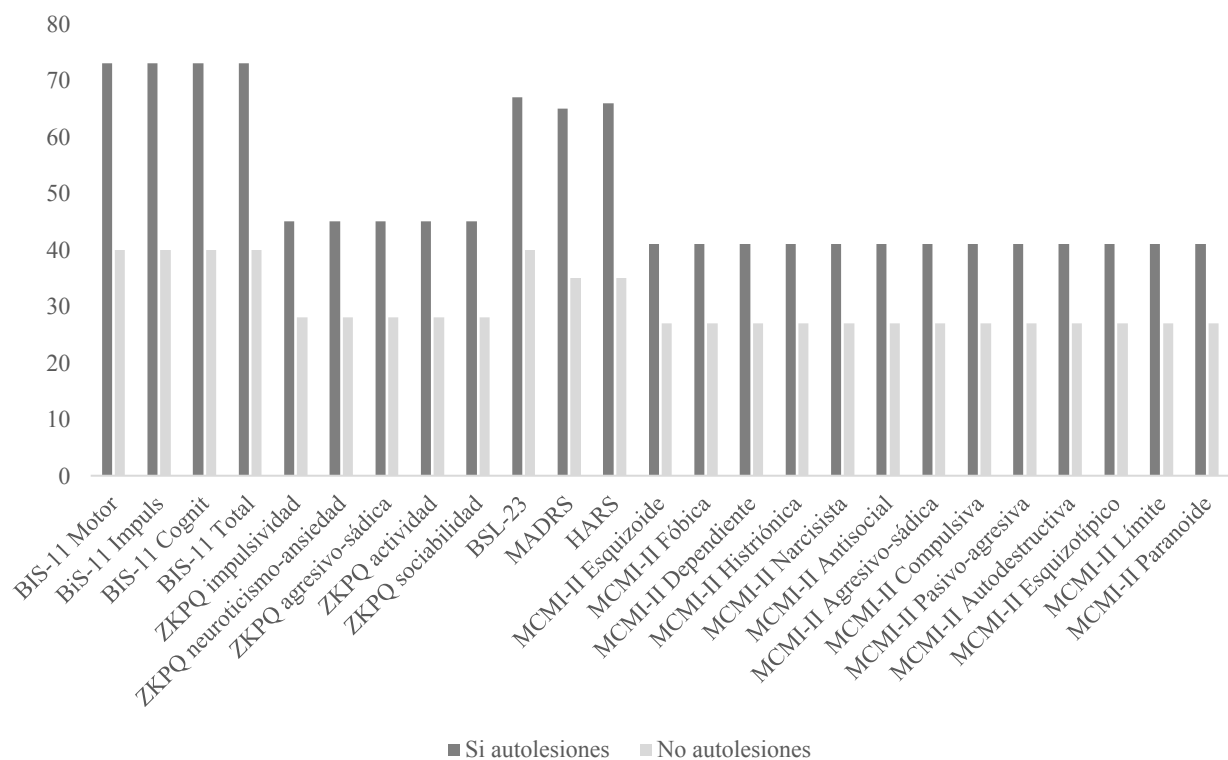


Tabla Q. Variable no significativas en el análisis univariante con las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

		NSSI	
		Si	No
Sexo (n=134)	Hombre (n=37)	62,2%	37,8%
	Mujer (n=97)	64,9%	35,1%
Etnia (n=122)	No caucásica (n=6)	66,7%	33,3%
	Caucásica (n=116)	65,5%	34,5%
Estado civil (n=114)	No casado (n=31)	61,3%	38,7%
	Casado (n=83)	72,3%	27,7%
Número de hijos (n=134)	0 (n=109)	63,3%	36,7%
	1 (n=15)	60%	40%
	Más de 1 (n=10)	80%	20%
Aborto (n=134)	No (n=115)	64,3%	35,7%
	Si (n=19)	63,2%	36,8%
Trabajo (n=134)	Nunca (n=67)	64,2%	35,8%
	Ocasional (n=41)	65,9%	34,1%
	Permanente (n=134)	61,5%	38,5%
Actividad actual (n=134)	Desocupado (n=78)	62,8%	37,2%
	Trabajando (n=16)	62,5%	37,5%
	Estudiante (n=24)	75%	25%
	Baja laboral (n=16)	56,3%	43,8%
Dependencia (n=134)	Si (n=107)	65,4%	34,6%
	No (n=27)	59,3%	40,7%
Nivel educativo (n=133)	Estudios primarios (n=18)	50%	50%
	Estudios secundarios (n=53)	66%	34%

Tabla Q. Variable no significativas en el análisis univariante con las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

	Formación profesional (n=27)	77,8%	22,2%
	Estudios universitarios (n=35)	57,1%	42,9%
Nivel socioeconómico (n=88)	Bajo (n=20)	85%	15%
	Medio (n=37)	75,7%	24,3%
	Alto (n=31)	87,1%	12,9%
Número de hermanos (n=87)	0 (n=3)	66,7%	33,3%
	1 (n=46)	67,4%	32,6%
	2 (n=20)	65%	35%
	3 (n=7)	85,7%	14,3%
	4 (n=2)	50%	50%
	5 (n=5)	60%	40%
	6 (n=2)	100%	0%
	8 (n=2)	0%	100%
Lugar que ocupa en la fratria (n=87)	Otro puesto que no sea el primero (n=52)	63,5%	36,5%
	Primero (n=35)	71,4%	28,6%
Antecedentes de abuso físico (n=65)	Si (n=42)	71,4%	28,6%
	No (n=23)	56,5%	33,8%
Abuso sexual/violación (n=134)	Si (n=38)	57,9%	42,1%
	No (n=96)	66,7%	33,3%
Antecedente de trauma (n=134)	Si (n=109)	66,1%	33,9%
	No (n=25)	56%	44%
Número de ingresos (n=54)	0 (n=8)	62,5%	37,5%
	1 (n=13)	53,8%	46,2%

Tabla Q. Variable no significativas en el análisis univariante con las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

	2-5 (n=20)	65%	35%
	Más de 5 (n=13)	69,2%	30,8%
Antecedentes de acoso escolar (n=133)	Si (n=59)	69,5%	30,5%
	No (n=74)	60,8%	39,2%
Antecedentes de acoso laboral (n=134)	Si (n=7)	71,4%	28,6%
	No (n=127)	63,8%	36,2%
Antecedentes de causas legales (n=134)	Si (n=55)	60%	40%
	No (n=79)	67,1%	32,9%

6.3. Análisis Multivariado

6.3.1. Intentos de suicidio

Hay una asociación estadísticamente significativa ($p=0.038$) con las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI), con una odds ratio de 3,218, para un intervalo de confianza del 95% (1,069-9,690).

También es estadísticamente significativa la asociación de las Conductas suicidas (CS) con las puntuaciones en la escala HARS ($p=0.011$), con una odd ratio de 1.063, y un intervalo de confianza del 95% (1,014-1,115).

6.3.2. Número de intentos de suicidio

Como se ha detallado en el apartado 5.5., para evaluar la relación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de adaptación al medio y aquellas asociadas al desarrollo de un trastorno psiquiátrico y la variable de resultado número de intentos autolíticos se realizó un análisis univariado y multivariado mediante una regresión binomial negativa. Se objetivan diferencias estadísticamente significativas según el análisis multivariado en las variables indicadas en la **tabla R**.

Tabla R. Variables con diferencias estadísticamente significativas en el análisis multivariado mediante regresión binomial negativa.

Variable	Coef	Error estándar	Valor p	Intervalo de confianza al 95%
Actividad laboral actual, baja laboral	0,465	0,207	0,025	0,059-0,871
Antecedente de trauma	0,473	0,233	0,042	0,017-0,930
NSSI	0,391	0,172	0,023	0,055-0,728
HARS	0,135	0,007	0,040	0,001 -0,026

- **Actividad laboral actual.** Estar de baja laboral (11,9%) comparado con estar desocupado (58,2%) se relaciona con realizar más intentos autolíticos según el análisis multivariante.
- **Antecedentes de trauma.** Los antecedentes de trauma (81,3%) se relaciona con mayor

número de intentos autolíticos según el análisis multivariante.

- **Antecedentes de Autolesiones sin finalidad suicida (NSSI)** (64.2%), también se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de intentos autolíticos según el análisis multivariante.
- **Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)** con puntuación positiva se relacionan de manera significativa con realizar mayor número de intentos autolíticos según el análisis multivariante.

6.3.3. Conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (NSSI).

Se asocian de forma estadísticamente significativa con los Intentos de suicidio (IS) ($p=0.006$) con una odds ratio de 4.037, y un intervalo de confianza del 95% (1,491-10,932).

Asociación estadísticamente significativa con los rasgos narcisistas de la personalidad ($p=0.022$), con una odds ratio de 0.314, y un intervalo de confianza del 95% (0,117-0,844). La asociación con este rasgo de la personalidad es de carácter “protector” ya que, a puntuaciones más altas en el rasgo narcisista, menor riesgo de conductas autolesivas sin finalidad suicida.

7. DISCUSIÓN

Se pueden resumir los resultados obtenidos diciendo que se ha encontrado un acuerdo general con la literatura como punto de partida, al considerar el TLP como un diagnóstico de pacientes con un persistente patrón de inestabilidad en su propia identidad y en su estado afectivo personal, con reacciones impulsivas, hostiles para sí mismas y para otros, dificultades en sus relaciones interpersonales, etc. (Gunderson et al., 2018; Leichsenring et al., 2011).

Estas características desembocan, entre otras alteraciones del comportamiento o manifestaciones conductuales, en frecuentes conductas de provocarse daño a sí mismos sin una finalidad suicida (NSSI) y, sobre todo, en conductas con fines autolíticos (IS) (Dubovsky and Kiefer, 2014; Grilo et al., 2004; Hawton and van Heeringen, 2009; Oumaya et al., 2008).

Todo ello iría en la línea con la hipótesis principal del presente trabajo de investigación, es decir, que la conducta suicida es un comportamiento nuclear en la clínica de los pacientes con diagnóstico de TLP.

Los intentos de suicidio previos son el factor de riesgo más decisivo para la previsión de un nuevo intento, así como de suicidio consumado (Brown et al., 2000; Haukka et al., 2008; Hawton and van Heeringen, 2009; Turecki and Brent, 2016). El 25-30% de las personas que realizan un intento de suicidio harán más intentos en el suicidio en el futuro (APA, 2014). Aunque los datos son variables, algunos estudios muestran una proporción de entre el 45-55% de pacientes que, tras un intento, repiten el intento de suicidio (Tejedor et al., 1999). El periodo que sigue al alta de un ingreso hospitalario, se considera de especial riesgo de conductas suicidas (CS) según meta-análisis recientes (Chung et al., 2017). Por lo tanto, la investigación sobre las variables que pueden predecir un nuevo intento en un paciente con antecedentes de un intento de suicidio cobra una gran importancia (Zalsman et al., 2016).

Los datos presentados muestran cifras de antecedentes de intentos de suicidio algo mayores (77,6%) que las recogidas en la literatura (40-70%) (Dubovsky and Kiefer, 2014; Jopling et al., 2016; Leichsenring et al., 2011; Oumaya et al., 2008). 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. Se trata de pacientes, potencialmente graves o con un curso adverso en sus

lugares de procedencia, que han sido derivados a una unidad de referencia para pacientes con este diagnóstico de Trastorno de Personalidad.

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 (NSSI) (64,2%). La literatura recoge precisamente el dato contrario, es decir, que las NSSI son más frecuentes que los IS (Nock and Prinstein, 2004). 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 (Klonsky, 2007; Posner et al., 2007; Turecki and Brent, 2016).

Volviendo a la hipótesis principal, se ha señalado que tanto los intentos de suicidio (IS) como las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) en pacientes diagnosticados con TLP, se asocian a algunas características clínicas específicas. Para ello, el objetivo principal del presente trabajo de investigación es detectar y cuantificar estas variables asociadas.

7.1. Relación entre los intentos de suicidio y las conductas autolesivas sin finalidad suicida.

La distinción de los intentos de suicidio (IS) y las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) queda relegada en el DSM-5 al apartado de “Afecciones que necesitan más estudio” (APA, 2014).

A pesar de que ha sido tema de estudio de numerosos trabajos, es una cuestión en debate (Hamza et al., 2012). En el presente trabajo, se ha aceptado esa distinción. Como se comentaba en el anterior epígrafe, los IS se caracterizan por una finalidad de muerte en los actos, bien por ser expresada por el paciente esta finalidad, o por ser deducible a juicio del clínico e investigador experimentado al analizar esas conductas (Klonsky, 2007; Posner et al., 2007; Turecki and Brent, 2016). Se distinguen en tres aspectos importantes: la intencionalidad del acto, la repetición de los actos y la letalidad (Baetens et al., 2011).

El presente estudio encuentra una fuerte asociación estadística en el análisis multivariante entre IS y NSSI en los pacientes diagnosticados de TLP, sin que pueda establecerse una relación causal entre ambas en una u otra dirección. Es un hallazgo también presente en otros estudios (Andover and Gibb, 2010). Se trata de un grupo de pacientes que tienden a presentar ambos tipos de conductas.

El riesgo de suicidio está asociado con las NSSI, en particular con las autolesiones repetidas (Bennardi et al., 2016; Carroll et al., 2014). Se encuentra asociación estadísticamente significativa en el análisis multivariante realizado mediante regresión binomial negativa entre los NSSI y el número de internos autolíticos. Es decir, el haber presentado NSSI 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 NSSI se asocia también al riesgo de repetición de la conducta autolesiva, especialmente el primer mes tras la valoración hospitalaria (Bennardi et al., 2016).

Hay pocos estudios longitudinales que permitan establecer la dirección del nexo entre NSSI y SB. Pero, en cualquier caso, puede afirmarse la relación estadística entre antecedentes de NSSI y el riesgo de futuras CS (Hamza et al., 2012). Se encuentra que las conductas NSSI son un mayor predictor de IS que a la inversa, es decir que los IS respecto a las NSSI, como señalan trabajos recientes (Asarnow et al., 2011; Prinstein et al., 2008; Wilkinson et al., 2011). Se observa que ambas están estrechamente relacionadas y pueden formar un continuo en la expresión de un malestar básico común a ellas (Victor and Klonsky, 2014). Por tanto, la identificación de las NSSI podría tener interés de cara a la prevención de conductas más disruptivas y graves como los IS, basándonos en estos resultados.

7.2. Variables sociodemográficas.

Se ha hecho mención previamente a que los pacientes incluidos en nuestro estudio provienen de una muestra 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 una Unidad específica y de referencia para tratamiento de TLP, bien desde la propia área sanitaria del Hospital en el que se localiza la Unidad, o bien desde otros Centros sanitarios de otras áreas sanitarias.

El perfil sociodemográfico corresponde a la combinación de pacientes, tanto procedentes de un

área asistencial en la sanidad pública de Madrid, como a pacientes que, por gravedad en su curso clínico y dificultades en su tratamiento, son remitidos desde otras áreas sanitarias a una Unidad de referencia en el tratamiento de pacientes diagnosticados de TLP. Este segundo subgrupo de pacientes tiene un origen geográfico diverso. La ausencia de Unidades especializadas del mismo tipo en nuestro entorno sanitario impide la comparación con datos de poblaciones de pacientes similares.

Hay que destacar algunos datos de interés en la población incluida en el presente trabajo, en comparación con las muestras poblacionales de otros estudios.

El 27,6% de los pacientes son varones, y el 72,4% son mujeres. Cifras que corresponden casi exactamente a las que da el DSM-5 (APA, 2014): aproximadamente un 75% de pacientes diagnosticados de TLP son mujeres y otros artículos de revisión en revistas de impacto (Leichsenring et al., 2011; Lieb et al., 2004; Tyrer et al., 2015).

Según los datos estudiados, ser mujer se relaciona con la presencia de un mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariado realizado mediante regresión binomial negativa. Los estudios clásicos y meta-análisis recientes indican que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, mientras que el suicidio consumado es más frecuente en varones (Geulayov et al., 2018; Hawton and van Heeringen, 2009; Zeppegno et al., 2015)

Se ha encontrado que el tener un hermano se relaciona de forma significativa según el análisis univariante con el antecedente de haber realizado intento de suicidio. A nuestro conocimiento, éste es un factor poco estudiado, en el que podría ser interesante indagar en mayor profundidad. La sintomatología TLP se muestra en muchas ocasiones en contextos interpersonales y familiares, habiéndose descrito que el tener hermanos se relaciona con más síntomas agresivos y de funcionamiento problemáticos, relacionados a su vez con la conducta suicida (Guilé et al., 2016).

Los pacientes con TLP muestran en general una mala tolerancia al estrés (Leichsenring et al., 2011; Lieb et al., 2004). Para algunos autores, los estresores más frecuentes descritos por los pacientes son los relacionados con el ámbito laboral. Como la sobrecarga laboral, el desempleo o la inseguridad laboral, pudiendo desencadenar patología mental relacionada con la conducta suicida (Kpsosowa, 2001; Nakao, 2010). Asimismo, los cambios frecuentes en el empleo se asocian con riesgo de conductas suicidas en pacientes con TLP (Paul H. Soloff and Chiappetta,

2017). Los datos estudiados indican que el haber trabajado de forma permanente comparado con nunca haber trabajado o haberlo hecho de forma ocasional, se relaciona con la presencia y con un mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante. Asimismo, estar de baja laboral, se relaciona con un mayor número de intentos autolíticos según el análisis multivariado realizado mediante regresión binomial negativa. Estos resultados se relacionarían con los hallazgos de Nakao en 2010 (Nakao, 2010), sin haberse realizado estudios específicos en población con TLP hasta la fecha.

Respecto al dato del desempleo como factor de riesgo de suicidio existe controversia, habiéndose descrito por algunos autores como factor de protección frente a conductas suicidas (Zeppegno et al., 2015).

Otro factor que aparece como de riesgo para presentar mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante mediante regresión binomial negativa en la muestra estudiada es el de tener hijos. Se ha mencionado antes la mala tolerancia al estrés presentada por los pacientes con TLP, pudiéndose entender el hecho de tener hijos como un importante factor estresante. El TLP predispone a presentar un estado psicológico más débil de cara a afrontar el estrés cognitivo que puede suponer el tener un hijo, pudiendo desencadenar intentos de suicidio (Geerling et al., 2019).

Hay que tener en cuenta que en nuestro caso se trata de un estudio transversal de una muestra de pacientes con TLP que llevan varios años a tratamiento y que han sobrepasado el inicio y las primeras fases de la enfermedad en su adolescencia. La media de edad es de treinta años, con un rango de edad entre diecisiete y cincuenta y seis años. En la literatura predominan los estudios en pacientes con TLP que llevan menos años de tratamiento y con promedios de edad más próximos a la adolescencia (Jacobson and Gould, 2007; du Roscoät et al., 2016).

7.3. Variables clínicas y relacionadas

7.3.1. Trauma

Los datos de pacientes con TLP con antecedente de eventos traumáticos de este estudio son congruentes con la literatura revisada, y los esperados en esta subpoblación (Ball and Links, 2009; Ferraz et al., 2013a; Kaplan et al., 2016; Merza et al., 2017). Se encuentran mayores tasas de abuso y maltrato en la presente muestra, comparado con población general.

En la población estudiada, las conductas autolíticas de estos pacientes se asocian de forma significativa en el análisis univariado con traumas infantiles. Éste es un dato que ha sido corroborado en varios trabajos previos (Devries et al., 2014; Ferraz et al., 2013b; Hardt et al., 2015; Rodante et al., 2019; Yen et al., 2013). Asimismo, se relacionan con un mayor número de intentos autolíticos de forma significativa según el análisis multivariante mediante regresión binomial negativa y con cifras cercanas a la significación estadística para las NSSI según el análisis univariante.

El debate teórico del papel del trauma en la infancia en la etiología del TLP viene dándose desde hace décadas (Ball and Links, 2009). Brodsky et al, hace unos 20 años, señalaban la posible importancia de traumas mayores como los abusos sexuales infantiles, como variables predictoras de mayor riesgo de conductas suicidas en pacientes con TLP (Beth S. Brodsky et al., 1997). Estos datos se han replicado en el presente estudio, encontrándose una asociación significativa entre los antecedentes traumáticos en general y la conducta suicida en TLP.

Kaplan et al (Kaplan et al., 2016), destacan el incremento del riesgo de suicidio en TLP en pacientes que han sido abusados física y/o sexualmente, aspectos que se estudian y replican parcialmente en el presente estudio, obteniéndose datos muy cercanos a la significación estadística para los antecedentes de abuso sexual y violación.

Según este estudio, el abuso sexual en la infancia predice prospectivamente la aparición de ideación suicida y la planificación, pero no el intento de suicidio (Kaplan et al., 2016). Por el contrario, los datos analizados encuentran relación de los antecedentes traumáticos en la infancia y del acoso escolar con los intentos de suicidio. Sin embargo, el presente estudio no valora de forma específica la planificación o ideación suicida.

En esta misma línea Soloff PH et al., encuentran que la presencia y la severidad de los abusos sexuales en la infancia, pero no los abusos físicos, predicen la conducta suicida en TLP de manera independiente a otro factor de riesgo de suicidio conocido (Soloff et al., 2002). La asociación con los abusos sexuales con cifras cercanas a la significación estadística y no con los abusos físicos, se replican en el presente estudio.

Ferraz L et al (Ferraz et al., 2013a), exponen que la hostilidad y el abuso sexual en la infancia, predicen la conducta suicida más que la impulsividad u otros rasgos de temperamento. Los datos estudiados no muestran significación estadística para la prueba ZKPQ en su subescala

agresividad y hostilidad, ni en su subescala impulsividad, así como tampoco el test BIS-11 en ninguna de sus subescalas para cuantificar la impulsividad; por la contra si se obtienen datos muy cercanos a la significación estadística para los antecedentes de abuso sexual y violación. Contrario al estudio de Ferraz et al, nuestros datos avalan que rasgos de temperamento determinados (que se mencionarán en el apartado 7.4) predicen la conducta suicida más que la hostilidad.

Asimismo, se empieza a hacer hincapié en el estudio del acoso escolar/*bullying* como variable relacionada con el diagnóstico de TLP y conductas suicidas repetidas, aspecto que también sugiere este análisis (Jopling et al., 2016). El TLP es una población especialmente vulnerable a acontecimientos adversos en la infancia. Los datos estudiados encuentran relación cercana a la significación estadística en el análisis univariante entre el *bullying* o acoso escolar y la conducta suicida en TLP. Estos datos van en la línea con lo descrito en meta-análisis recientes (van Geel et al., 2014; Holt et al., 2015).

Otro subtipo de trauma es el antecedente de haber abortado, presentado por el 14,2% de nuestra muestra (36,6% un aborto, 64,4% más de un aborto). Los pacientes con TLP presentan más antecedentes de haber abortado que la población general (De Genna et al., 2012). Existen datos en la literatura científica que avalan la relación entre el antecedente de aborto y la conducta suicida en general (Gold, 2018; Gressier et al., 2017); los datos estudiados avalan esta posible relación en pacientes con TLP, habiéndose obtenido datos muy cercanos a la significación estadística en el análisis univariante.

Algunos autores consideran la prostitución un subtipo de trauma relacionado con un aumento del riesgo de suicidio (Brody et al., 2005; Tsirigotis, 2018). Se objetivan diferencias estadísticamente significativas en su relación con las conductas autolesivas sin finalidad suicida, no con los intentos autolíticos. No obstante, solo 4 pacientes, entre los 109 que respondieron a esta cuestión, presentan antecedentes para la misma, por lo que se deben coger estos resultados con cautela.

7.3.2. Ansiedad

La escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)(Hamilton, 1959), es una escala de estado que evalúa la intensidad de la ansiedad, en sus vertientes psíquica o vivencia por parte del paciente, en sus manifestaciones físicas, y también en sus manifestaciones conductuales. Las preguntas hacen referencia a los últimos días previos a la entrevista, al menos los tres últimos días, por lo que es

una evaluación del estado del paciente en el momento en que se toma la medida (García-Portilla et al., 2015).

Los intentos autolíticos de los pacientes con TLP estudiados tienen relación en el análisis univariado y en el análisis multivariado, con la ansiedad medida con el HARS. Asimismo, la ansiedad también se relaciona con un mayor número de intentos autolíticos según el análisis multivariante realizado mediante el análisis de la regresión binomial negativo.

La ansiedad es un síntoma presente en numerosos síndromes psiquiátricos, y de forma inespecífica, en situaciones de desadaptación atribuibles a rasgos de personalidad patológicos. La psicopatología es el predictor más importante de suicidio, tras los antecedentes de conductas suicidas previas (Turecki and Brent, 2016). Esta ansiedad medida por el HARS, podría aumentar el riesgo de suicidio, con una mayor fuerza estadística que el propio síndrome de TLP concreto del que forma parte (Hoertel et al., 2015).

Algunos pacientes con TLP presentan desde la adolescencia un alto riesgo de conductas suicidas, bien como un rasgo casi constante, o bien porque en periodos “agudos” de riesgo se precipiten (Lieb et al., 2004). Este segundo caso, esa precipitación aguda de intentos de suicidio en pacientes con TLP, puede que sea la variable que más se relaciona con las puntuaciones positivas en el HARS y de forma estadísticamente significativa mediante el análisis multivariante tanto con los intentos de suicidio como con el número de intentos autolíticos.

Se han estudiado diversas condiciones vitales con repercusión clínica que, al no poder ser controladas adecuadamente con un tratamiento oportuno, pueden constituir un factor de riesgo para conductas suicidas relacionados con la ansiedad en TLP (Tucker et al., 2016). El insomnio, las enfermedades con dolor crónico, cirugía reciente o enfermedades crónicas y terminales incrementan el riesgo de suicidio (Juurlink et al., 2004; O'Connor and Nock, 2014; Winsper and Tang, 2014). Por otro lado, meta-análisis recientes indican que la actividad física está asociada con una menor ideación suicida, entre otras cosas por su posible papel activo controlando la ansiedad (Vancampfort et al., 2018).

7.3.3. Comorbilidad eje 1 y eje 2

Es frecuente la comorbilidad de los TP, y en particular del TLP, con otros diagnósticos tanto en el Eje I como en el Eje II (Lieb et al., 2004; Oldham, 2006; Zanarini et al., 2004a). Según algunos

estudios, hasta el 85% de pacientes diagnosticados de TLP tienen comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico. La comorbilidad se da muchas veces con más de un trastorno psiquiátrico, tanto del Eje I, como con otros TP en lo que se llamaba Eje II (Lenzenweger et al., 2007).

Tras los antecedentes de CS previas, la psicopatología es el predictor más importante de suicidio (Turecki and Brent, 2016). La comorbilidad en el Eje I implica un inicio más temprano del TLP, una peor respuesta al tratamiento, mayor cronicidad y según algunos autores, mayor riesgo de suicidio (Giner et al., 2013; Pascual et al., 2010).

A diferencia de algunos autores, no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre diagnósticos del Eje I o sindrómico, junto al diagnóstico de TLP en el Eje II, en relación con el riesgo de CS (Links et al., 2003; Zanarini et al., 2004a)

En relación con la comorbilidad en el Eje II parece que también podría relacionarse con la conducta suicida en pacientes afectos con TLP (Links et al., 2003; McGirr et al., 2007; Zeng et al., 2015). Palomares et al 2016, estudian la comorbilidad con otros TP en un grupo de pacientes diagnosticados de TLP grave, en una muestra de características parejas a la del presente estudio. El estudio concluye que los pacientes afectos con TLP que presentan comorbilidad en el eje 2, presentan peor evolución (Palomares et al., 2016). A pesar de que la comorbilidad en el eje 2 podría implicar una peor evolución, los datos analizados indican que la misma no se relaciona de forma significativa con un mayor riesgo de IS o de NSSI.

7.3.4. Ingresos hospitalarios previos

Haber ingresado previamente respecto a no haber ingresado se relaciona de forma significativa con mayor número de intentos autolíticos según el análisis univariante realizado mediante regresión binomial negativa y con la presentación de intentos autolíticos con cifras cercanas a la significación estadística en el análisis univariante. Puede interpretarse en el sentido de que a mayor número de hospitalizaciones probablemente pueda hablarse de una mayor gravedad en el curso clínico del TLP, ejemplificado entre otros factores en un mayor número de intentos autolíticos.

Estos datos coinciden con los de la literatura, describiéndose que el número de ingresos hospitalarios previos se relacionan con un mayor número de intentos autolíticos (Paul H. Soloff and Chiappetta, 2017; Temes et al., 2019). Asimismo, se describe que el periodo que sigue al alta

de un ingreso hospitalario, se considera de especial riesgo de CS (Chung et al., 2017).

7.4. Rasgos de personalidad

A pesar de ciertas diferencias en los hallazgos empíricos, con estimaciones diferentes de la importancia de unos rasgos de personalidad patológica u otros en el TLP, sigue siendo una teoría ampliamente aceptada que los pacientes diagnosticados de TLP tienen un alto riesgo de presentar conductas suicidas y relacionadas (Hawton et al., 2012; Leichsenring et al., 2011; Skegg, 2005; Turecki and Brent, 2016; Tyrer et al., 2011). Este es un dato ampliamente corroborado y sobre el que hay pocas discusiones.

Las dificultades comienzan al analizar el TLP en distintos rasgos de personalidad y los criterios que definen su diagnóstico, así como en el grado de contribución de cada uno de estos factores por separado en el desarrollo de conductas suicidas (Sher et al., 2016).

Dentro de los trastornos de personalidad más relacionados con la conducta suicida, se encuentran el TLP y el Trastorno Antisocial de Personalidad (Tyrer et al., 2015). Además, la comorbilidad más frecuente en el Eje II para el TLP es con el Trastorno Antisocial de la Personalidad. Y aunque los datos no son del todo concluyentes, la comorbilidad de ambos puede incrementar en conjunto el riesgo de conductas suicidas, comparado con cada uno de los diagnósticos por separado (Black et al., 2004; Links et al., 2003) y determinar un peor funcionamiento psicosocial (Paul H Soloff and Chiappetta, 2017; Stone, 2016). Además, ambos Trastornos comparten la agresividad y la impulsividad extremas (MacKinnon et al., 2008). Por lo tanto, tiene sentido pensar que un paciente afecto de TLP con rasgos antisociales de personalidad, presente una mayor tendencia a presentar intentos de suicidio.

La lesión auto-infligida (*self-inflicted injury*) es un patrón de conductas destructivas hacia uno mismo que incluyen conductas autolesivas sin finalidad suicida, intentos de suicidio y muertes por suicidio; donde se ha visto que la comorbilidad entre TLP y Trastorno Antisocial de la Personalidad, favorecen en gran medida las mismas (Crowell and Kaufman, 2016).

El análisis realizado, no encuentra relación significativa con los intentos de suicidio; pero si con las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) según el análisis univariante. Estos datos siguen las conclusiones de García-Nieto et al en 2014, cuando describen que el Trastorno Antisocial de la Personalidad se asocia a lo que denominan “Gestos suicidas” (García-Nieto et

al., 2014). El término “gesto suicida”, puede inducir al equívoco y no aparece en el DSM-5, donde el criterio definitorio que distingue conductas suicidas (CS) y conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI), es la presencia o no de la intencionalidad o voluntad de morir en el sujeto que ejecuta los actos (APA, 2014).

Respecto a los rasgos fóbicos, existen publicaciones que los relacionan con la conducta suicida (Reich and Hofmann, 2004; Youssef et al., 2004), pero no de forma específica con las NSSI como los resultados obtenidos tras el análisis univariante. La rigidez cognitiva, la rumiación, la supresión del pensamiento, el sentimiento de pertenencia, la percepción de ser una carga o los sesgos atencionales son algunos factores cognitivos relacionadas con la conducta suicida descritos, que pueden formar parte del cortejo sintomatológico de los pacientes TLP con mayor puntuación en rasgos fóbicos (O’Connor and Nock, 2014).

Es posible que estos pacientes con rasgos fóbicos, presenten unas características de un autoagresividad enmarcada no en un déficit de inhibición conductual, sino en un modelo más obsesivo/panneurótico de incapacidad para parar el deseo de autolesionarse, mostrando malestar y ansiedad durante el proceso de contención de la conducta; pero mostrando importante alivio cuando el acto es realizado (Sánchez Gómez et al., 2005).

En la muestra de pacientes estudiada, se ha encontrado relación estadísticamente significativa según el análisis univariante, entre las dimensiones de personalidad medidas por el cuestionario ZKPQ (Zuckerman et al., 1993) denominadas de sociabilidad; con efecto protector para los intentos de suicidio y el número de intentos. Y neuroticismo-ansiedad, como factor de riesgo para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

El cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) (Zuckerman et al., 1993) mide las dimensiones que constituyen el modelo de los cinco factores alternativos de personalidad. No existen puntos de corte, asumiéndose un modelo de personalidad normal y dimensional. Se basa en el supuesto de que los rasgos “básicos” de la personalidad son aquellos con una fuerte base biológico-evolutiva (García-Portilla et al., 2015).

La dimensión sociabilidad, mide por un lado el número de amigos que se tienen, el tiempo que se pasa con ellos y el gusto por asistir a fiestas y reuniones sociales. Por otro lado, la intolerancia al aislamiento, indica la preferencia por la compañía de otros en contraste a estar solo y realizar actividades solitarias (García-Portilla et al., 2015). Los datos analizados indicarían que estas

personas afectas de TLP más sociales y con preferencias por terceros recurrirían a realizar menos intentos autolíticos y a su vez, a emplearlo en menor frecuencia, que los TLP que obtienen menor puntuación en esa dimensión.

La dimensión sociabilidad cuando está afectada es, junto con la dimensión actividad, la dimensión que menos varía con el paso del tiempo (Alvarez-Tomás et al., 2016). Asimismo, una puntuación baja en esta dimensión en la adolescencia, predicen un desarrollo típico de la sintomatología TLP (Stepp et al., 2014). Los hallazgos comentados, podrían ser de interés dado que indicarían un posible factor protector ante intentos de suicidio relativamente estable en el tiempo.

Algunos estudios sugieren una asociación entre los polimorfismos del gen transportador de la serotonina y algunos síntomas del TLP como la conducta suicida (Bassir Nia et al., 2018; Mercedes Perez-Rodriguez et al., 2010; Ni et al., 2009; Zaboli et al., 2006). Alguno de estos polimorfismos, se asocian a menor puntuación en la escala sociabilidad, indicando un mayor riesgo de suicidio en pacientes con TLP (Pascual et al., 2007). Esto se relacionaría con los hallazgos del análisis del presente trabajo.

La dimensión neuroticismo-ansiedad, se refiere a estar frecuentemente preocupado, tenso, disgustado, ser miedoso, indeciso, falta de autoconfianza y muy sensible a las críticas (García-Portilla et al., 2015). Si este nivel de Neuroticismo es alto los sujetos tendrán ideas poco realistas, dificultades para tolerar la frustración, necesidades excesivas o tendencia al malestar psicológico (Costa and Widiger, 2002; McCrae and Costa, 2004).

Niveles altos de neuroticismo y bajos de extraversión se asocia con ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado (O'Connor and Nock, 2014). Revisiones sistemáticas sobre rasgos de personalidad correlacionados con conductas suicidas, sugieren el neuroticismo como un marcador de riesgo (Brezo et al., 2006; Neeleman, 2001). El análisis presentado indica que esta dimensión podría predecir las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) según el análisis univariante, mostrando cifras cercanas a la significación estadística para los intentos de suicidio (IS). Se podría afirmar que aquellos pacientes con TLP más tendentes a la preocupación, estar tensos, faltos de autoconfianza y sensibles a las críticas; serían más tendentes a realizar conductas de tipo NSSI.

La dimensión neuroticismo, así como el comportamiento suicida en general, tiende hacia la

normalización en el curso evolutivo del TLP según algunos autores (Alvarez-Tomás et al., 2016). Otros describen precisamente lo contrario, describiéndolo como un rasgo que permanece estable a lo largo del tiempo (de Raykeer et al., 2018).

El neuroticismo también está muy conectado con la impulsividad en comportamientos como el consumo de alcohol o tabaco, y la dificultad para controlar estas conductas, aunque esta relación es controvertida, pues aparece positivamente relacionada con la sociabilidad, dimensión que ya se ha comentado que opera como variable protectora (Costa and Widiger, 2002; McCrae and Costa, 2004).

En esta línea, a diferencia de varios autores y a diferencia de alguna evidencia previa, no hemos encontrado una relación estadística entre las conductas suicidas y la impulsividad, o con la agresividad, características o rasgos de personalidad frecuentes en estos pacientes, y que cabría encontrar asociados a algunos intentos de suicidio o conductas autolesivas sin finalidad suicida (Black et al., 2004; Beth S. Brodsky et al., 1997; Chesin et al., 2010; Giegling et al., 2009; Lynam et al., 2011; McGirr et al., 2007; Oldham, 2006; Shea et al., 2004; Skodol, 2017; Stanley and Siever, 2010).

Asimismo, algunos autores señalan que la impulsividad y la agresividad se relacionan con el número de intentos de suicidio previos (Chesin et al., 2010), datos que no corrobora el análisis realizado.

No obstante, también se sabe que no todas las conductas suicidas y conductas relacionadas están asociadas con comportamientos agresivo-impulsivos (Baca-Garcia et al., 2005). La impulsividad es un constructo conceptual heterogéneo, difícil de definir clínicamente de un modo unitario (Lynam et al., 2011). Conviene distinguir la impulsividad estado de la impulsividad rasgo, donde la primera sería una característica del acto suicida, que puede presentarse de forma fugaz, y la segunda es una característica implícita o estructural del sujeto que realiza un intento, una característica más estable en el tiempo (Vera-Varela et al., 2019).

La impulsividad medida con la escala de Barrat (BIS) (Patton et al., 1995) es el subtipo impulsividad rasgo, la cual no es tan definitoria de los intentos de suicidio o de las conductas autolesivas sin finalidad suicida calificadas como impulsivas o no premeditadas como la impulsividad estado (Baca-Garcia et al., 2005). La impulsividad medida por la escala ZKPQ (Zuckerman et al., 1993), es la suma de dos subescalas: impulsividad, entendida como una pobre

planificación y el paso al acto sin pensar apenas; y la subescala de búsqueda de sensaciones, que incluye la tendencia a la asunción de riesgos, la búsqueda de excitación, etc. (García-Portilla et al., 2015).

En esta línea, varios autores exponen que la impulsividad y otros rasgos de temperamento no son buenos predictores de la conducta suicida, exponiendo que entre otros el abuso sexual de la infancia, como se ha comentado bajo el epígrafe 7.3.1., sería un mejor predictor de conducta suicida (Ferraz et al., 2013a).

Rebok FI et al. (2015) describen que los TLP “impulsivos” se asocian con más fuerza estadística a consumo de tóxicos, pero no obtienen resultados destacables en cuanto a características que se puedan diferenciar en el espectro sintomático del TLP en relación con las conductas suicidas (Rebok et al., 2015).

Shert et al. (2016) comparan tres grupos de pacientes: pacientes con TLP y antecedentes de conductas suicidas; pacientes con TLP sin antecedentes de conductas suicidas; y voluntarios sanos. No encuentran diferencias en cuanto a impulsividad, y exponen que no hay una correlación entre impulsividad y presentar o no conductas suicidas (Sher et al., 2016).

Soloff y Chiapetta (2017), encuentran que la impulsividad no se asocia a un aumento del riesgo suicida, relacionándola con un peor funcionamiento psicosocial y no como un paso intermedio entre la sintomatología TLP y las conductas suicidas (Paul H. Soloff and Chiapetta, 2017).

En la muestra de pacientes estudiada en el presente trabajo, no se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre rasgos de personalidad patológica en TLP, medidos por el SCID e intentos de suicidio, excepto para los rasgos de personalidad límite, como cabía esperar de la población estudiada (en el análisis univariado $p=0,01$; criterios de TLP presentes en el 85,5% de pacientes incluidos en la muestra de estudio, se trata de una población de pacientes con criterios clínicos de diagnóstico de TLP). No obstante, no se describe asociación con las conductas autolesivas sin finalidad suicida.

Los rasgos de personalidad narcisista, en nuestro estudio, tienen un efecto protector, de tal manera que, a mayor puntuación en la escala, se asocia un menor riesgo de conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

Blanco-Fontecilla H et al. (2009) encuentran que los rasgos de personalidad narcisista se asocian a una menor impulsividad y, en consecuencia, intentos autolíticos de menor gravedad (Blasco-Fontecilla et al., 2009). En nuestro caso, la asociación encontrada para los rasgos de personalidad narcisista es con las NSSI, no así con los IS, aunque ambos tipos de conductas, IS y NSSI, según los resultados de nuestro estudio, están estrechamente vinculadas. Los rasgos de personalidad narcisista, en el presente estudio, tienen un efecto protector, de tal manera que, a mayor puntuación en la escala, se asocia un menor riesgo de conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI).

Como se menciona previamente, Sher L et al. (2016), y sobre todo Euler S et al. (2018), hacen referencia a la importancia de los rasgos de personalidad narcisista en el TLP (Euler et al., 2018; Sher et al., 2016). En el presente estudio no se ha subdividido en subgrupos o rasgos distintivos diferenciados entre los rasgos de personalidad narcisista, a diferencia de como hacen Euler S et al. (2018)(Euler et al., 2018). Estos autores distinguen entre narcisistas “vulnerables” y con “grandiosidad”. Y probablemente esta distribución en subgrupos haga diferir su grado de asociación con las conductas autolesivas sin finalidad suicida que hemos encontrado para el conjunto de todos los rasgos narcisistas en nuestro grupo poblacional.

En cualquier caso, y aunque sea sin estas precisiones diferenciales, se entiende que el dato en sí mismo puede tener un gran interés clínico, y será por nuestra parte objeto del desarrollo de ulteriores proyectos de investigación. Como se menciona previamente, en nuestro análisis los rasgos de personalidad narcisista correlacionan con las conductas autolesivas sin finalidad suicida NSSI, no con los intentos de suicidio, presentando un efecto protector. En este sentido, es objeto de análisis pormenorizado en algún trabajo (Hamza et al., 2012), y así lo propone también el DSM-5(APA, 2014). La vinculación entre intentos de suicidio y conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) es muy estrecha en estos pacientes. Es otro de los motivos para continuar con futuros trabajos de investigación, siguiendo la propuesta del DSM-5(APA, 2014).

En contra de la opinión de Euler S et al (2018) (Euler et al., 2018), la distinción de estos rasgos narcisistas en dos subgrupos no es algo habitual, e incluso se ha criticado que su valor en la conceptualización del Trastorno de Personalidad Narcisista en el DSM-5 haya merecido una excesiva atención, de una forma un tanto unilateral, y sin el suficiente apoyo empírico, sobre todo al hacer énfasis en los llamados rasgos de grandiosidad narcisista. Mientras que apenas se han tenido en cuenta para el diagnóstico los llamados rasgos narcisistas de vulnerabilidad (Stanton and Zimmerman, 2018).

El constructo de Personalidad Narcisista ha sido objeto de numerosas controversias (Alarcón and Sarabia, 2012; Miller et al., 2017, 2013). Tanto como rasgos de personalidad diferenciables entre sí, en un sentido dimensional, como rasgos que constituyen una estructura de personalidad, la personalidad narcisista.

Alarcón et al. (2012)(Alarcón and Sarabia, 2012) hacen una revisión desde el año 2000 de los estudios en los que el narcisismo es identificado como rasgo, dimensión, o tipo/trastorno de personalidad. La sustantivación precisa del adjetivo narcisista es muy compleja según los autores y varía de unos estudios a otros, algo que necesitaría una mayor homogeneidad para su análisis.

A pesar de estas polémicas aún no resueltas sobre las implicaciones de los rasgos narcisistas, sin embargo, el hallazgo de la importancia de los rasgos de narcisismo como protectores frente al riesgo de conductas suicidas en pacientes con TLP es un hallazgo que merece ser destacado.

Los rasgos de narcisismo parecen tener importantes consecuencias en las relaciones interpersonales de las personas que presentan tales características, simplemente como rasgos de personalidad, o conformando un constructo que cumple unos criterios de un Trastorno de personalidad (Wright et al., 2017). Son consecuencias negativas, muchas veces, por tratarse de personas que manejan de manera inadecuada las relaciones de dominancia con las personas cercanas. Pero en el caso de pacientes con TLP podrían tener un efecto protector para algunas consecuencias graves de los desequilibrios de tales estructuras de personalidad, como son las NSSI, e indirectamente las conductas suicidas.

Al igual que los rasgos de personalidad narcisista, los rasgos de personalidad obsesiva, y los rasgos de una personalidad pasivo-agresiva, tienen también ambos un efecto protector en relación con NSSI, en valores cercanos a la significación estadística, pero sin alcanzarla. Aunque no se asocian directamente con intentos de suicidio.

Los rasgos de personalidad narcisista, obsesivos, pasivo-agresivos, pueden presentarse en un paciente diagnosticado de TLP. Esto nos lleva al debate sobre la validez diagnóstica categorial de los Trastornos de personalidad, frente al diagnóstico dimensional en el que se emplean como referencias algunos de los rasgos de la personalidad. El DSM-5 sigue aceptando la clásica clasificación categorial (APA, 2014). El enfoque dimensional queda relegado a los Apéndices. Hemos hecho ya referencia a estas cuestiones conceptuales páginas atrás (Esbec and Echeburúa, 2015).

7.5. Limitaciones del estudio

7.5.1. Limitaciones conceptuales

La principal limitación conceptual a la hora de haber enfocado el planteamiento metodológico del presente trabajo de investigación es la dificultad que existe en distinguir entre la conducta suicida y la conducta autolesiva no suicida. En la medida en que está en debate en la comunidad científica el hecho de que puedan entenderse como dos tipos de conducta netamente diferenciables entre sí, y que dan lugar a dos tipos de signos o síntomas patológicos distintos desde el punto de vista psicopatológico.

El rasgo distintivo principal entre ambas conductas es la presencia o ausencia de intencionalidad de muerte, rasgo que permite diferenciar IS de NSSI, respectivamente. Pero al analizar las conductas de los pacientes, hacer la distinción neta entre el deseo de morir con sus numerosos matices, y la ausencia de un deseo de morir, en ocasiones no es fácil. Sobre todo, en aquellos actos en los que en su análisis predominan la urgencia, la impulsividad, el paso al acto sin premeditación, y se caracterizan por una funcionalidad cognitiva muy poco elaborada introspectivamente, más bien absorta en la ansiedad, en el malestar interno, o en la ira intensas.

Por otro lado, y para mayor complejidad aún, dentro de las conductas NSSI pueden establecerse, a su vez, varios subtipos distintos de conductas, en una especie de continuum en un espectro entre NSSI y conductas suicidas (CS), y algunas son más próximas que otras a las CS.

Las CS en sí mismas no son una entidad diagnóstica en el DSM-5 o en la CIE-10. Son descripciones de alteraciones del comportamiento, signos o síntomas, incluidos en síndromes más amplios (son por ejemplo uno de los criterios para el diagnóstico de TLP), y susceptibles de recibir distintos diagnósticos según la agrupación sindrómica en la que se localicen.

De igual forma, dentro de la valoración de la CS en pacientes con TLP, nos vemos limitados por distinguir el riesgo de suicidio agudo o a corto plazo, del riesgo de suicidio mantenido en un plazo más largo o incluso crónico.

Asimismo, tampoco se ha podido medir las tasas de suicidio consumado en su evolución en los pacientes incluidos en la muestra estudiada, para poder correlacionar esta variable con otras medidas en el estudio.

A pesar de las limitaciones conceptuales señaladas, la contribución que podamos realizar al estudio de los rasgos de personalidad a la presentación de CS en general, y, entre ellos, de los rasgos del TLP en particular, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, supone un reto que puede aportar información empírica de interés para estos pacientes.

7.5.2. Limitaciones metodológicas.

La principal limitación metodológica del diseño de nuestra investigación es que se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, de temporalidad concurrente y retrospectivo. Este modelo de diseño observacional y transversal no permite establecer nexos de causalidad entre las asociaciones estadísticas que hemos encontrado, en particular entre IS y NSSI. Asimismo, no tiene la potencia estadística equiparable a la de un estudio prospectivo.

Pueden existir sesgos de selección en la inclusión de pacientes que, al proceder de la Unidad específica de Trastornos de la Personalidad, son pacientes que pueden tener características concretas propias distintas a las de otros pacientes con el mismo diagnóstico pero provenientes de otros recursos sanitarios (diferente gravedad o característica respecto a pacientes con TLP no subsidiarios de acudir a Hospital de Día, peor adherencia terapéutica previa en otros dispositivos sanitarios de los que provienen, mayor seguimiento y apoyo profesional más intensivo que en programas de tratamiento previos, etc.).

Para minimizar el sesgo de selección, hemos obtenido una muestra por inclusión consecutiva de pacientes que cumplieran criterios de inclusión. Todos los pacientes han sido diagnosticados de TLP y en su acceso a la Unidad específica se les ha propuesto la inclusión en el estudio de forma correlativa en su llegada.

Los sujetos que acuden a la Unidad de Trastornos de la Personalidad han sido evaluados sistemáticamente. No obstante, no todos los pacientes contestan a todas las mediciones realizadas, limitando con ello el alcance del análisis estadístico, al dar lugar a varias variables perdidas.

Respecto a los sesgos en la detección y en la medición de las variables estudiadas, las medidas de valoración utilizadas han sido las mismas para todos los pacientes. La información se ha recogido a partir de los datos suministrados por el paciente en la mayor parte de las variables, y en algunos casos por sus acompañantes, con el consiguiente riesgo de distorsión subjetiva en

algunos datos. Algunas variables combinan la información subjetiva proporcionada por el paciente o sus familiares, contrastada con las observaciones del médico.

Las limitaciones existentes en todos los medios de evaluación son las propias de las derivadas de las clasificaciones en Psiquiatría y sus definiciones de las entidades diagnósticas, con respecto a las cuales están validados los medios diagnósticos. Limitaciones que se han mencionado en otros apartados de este trabajo y que, en cualquier caso, afectarían a todo estudio en esta rama de la Medicina que sigue los criterios científicos vigentes internacionalmente.

Para poder controlar estadísticamente el efecto de confusión de las distintas variables (sociodemográficas, comorbilidad, etc.) hemos realizado análisis de regresión múltiple y binomial negativo.

Los resultados son coherentes con estudios anteriores y estadísticamente significativos, con las limitaciones señaladas.

El estudio podría completarse con una muestra mayor de pacientes, con un número más amplio de variables valoradas, y con una recogida pormenorizada de acontecimientos estresantes que podrían mediar la susceptibilidad a presentar IS o NSSI.

8. CONCLUSIONES

1. Los intentos de suicidio (IS) y las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) son un comportamiento nuclear en el TLP. El TLP se asocia a tasas de IS y NSSI en cifras altas.
2. Ambas, IS y NSSI, 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.
3. La distribución de los IS y las NSSI en el TLP no es homogénea y se asocia a variables sociodemográficas, clínicas y personalidad de los distintos pacientes.
4. Los intentos de suicidio (IS) se asocian de forma significativa a tener un hermano, haber sufrido un trauma, a la ansiedad medida en el HARS y a los rasgos TLP medidos en el SCID.
5. Un mayor número de IS se asocia de forma significativa al sexo femenino, a tener hijos, al número de hijos, a tener un trabajo permanente, a estar de baja laboral, al número de ingresos hospitalarios, al antecedente de trauma, a la ansiedad medida en el HARS y a los rasgos TLP medidos en el SCID.
6. Aparece como variable protectora para los IS y para el número de IS la puntuación en ZKPQ de la dimensión sociabilidad.
7. Las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI) se asocian de forma significativa al antecedente de prostitución y a la dimensión neuroticismo-ansiedad en ZKPQ y a la subescala fóbica y antisocial en MCMI-II.
8. Aparecen como variable protectora para las NSSI los rasgos narcisistas de personalidad.
9. Dada la morbilidad y la gravedad de los IS y las NSSI, y la observación de que estas conductas se asocian a distintas características propias del TLP; procede continuar con los estudios sobre el tema en la línea de encontrar más marcadores clínicos, psicológicos y biológicos que permitan detectar los casos con mayor riesgo de conductas autolíticas en estos pacientes y poder elaborar programas de prevención de las mismas.

9. BIBLIOGRAFÍA

Adler G, Buie DH. Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. *Int J Psychoanal* 1979;60:83–96.

Akiskal HS. Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4:25–46.

Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000;59 Suppl 1:S5–30.

Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. Borderline: An adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985;46:41–8.

Alarcón RD, Sarabia S. Debates on the narcissism conundrum: Trait, domain, dimension, type, or disorder? *J Nerv Ment Dis* 2012;200:16–25. doi:10.1097/NMD.0b013e31823e6795.

Alvarez-Tomás I, Soler J, Bados A, Martín-Blanco A, Elices M, Carmona C, et al. Long-Term Course of Borderline Personality Disorder: A Prospective 10-Year Follow-Up Study. *J Pers Disord* 2016;31:590–605. doi:10.1521/pedi_2016_30_269.

Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res* 2010;178:101–5. doi:10.1016/j.psychres.2010.03.019.

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. doi:10.1111/eip.12461.

Anseán A. Nomenclatura sobre conducta suicida. Suicidios. Man. Prevención, Interv. y Postvención la Conduct. Suicida. 2nd ed., Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014, p. 23–6.

APA. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5a). 5a. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

APA. DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders III. Asociación Americana de psiquiatría. Washington DC.: 1980.

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;262:70–7. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.043.

Arensman E, Corcoran P, McMahon E. The iceberg model of self-harm: new evidence and insights. *The Lancet Psychiatry* 2018;5:100–1. doi:10.1016/S2215-0366(17)30477-7.

Arza R, Diaz-Marsá M, López-Micó C, De Fernández Pablo N, López-Ibor JJ, Carrasco JL. Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: Detection strategies. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37:185–90.

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. doi:10.1016/j.jaac.2011.04.003.

Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O, Ustundag B. Serum Cholesterol and Leptin Levels in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychobiology* 2002;45:167–71. doi:10.1159/000063665.

Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Oquendo MA, et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:152–6. doi:10.1007/s00406-004-0549-3.

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. doi:10.1080/13811118.2011.540467.

Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. Les conduites automutilatrices: Étude portant sur 30 patients. *Encephale* 2009;35:538–43. doi:10.1016/j.encep.2008.08.005.

Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:63–8.

Barrigón ML, Baca-García E. Retos actuales en la investigación en suicidio. *Rev Psiquiatr y Salud Ment* 2018;11:1–3. doi:10.1016/j.rpsm.2017.10.001.

Bassir Nia A, Eveleth MC, Gabbay JM, Hassan YJ, Zhang B, Perez-Rodriguez MM. Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol* 2018;21:60–8. doi:10.1016/j.copsyc.2017.09.002.

Beck A, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: 1990.

Beck A, Steer R, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985;142:559–63.

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. doi:10.1186/s12888-016-1120-2.

Bertolote J, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi* 2002;7:6–

Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *J Pers Disord* 2004;18:226–39. doi:10.1521/pedi.18.3.226.35445.

Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Lopez-Castroman J, Saiz-Ruiz J, et al. Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1583–7. doi:10.4088/JCP.08m04899.

Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Saiz-Ruiz J. Personality disorders and suicide: theory and research. New York: Nova Science Publishers; 2007.

Bohus M, Kleindienst N, Limberger M, Stieglitz R, Domsalla M, Chapman A, et al. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology* 2009;42:32–9.

Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1139–49. doi:10.4088/JCP.v69n0714.

Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925–32. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.1925.

Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:180–206. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x.

Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry* 2008;193:134–9. doi:10.1192/bjp.bp.107.037994.

Brodsky Beth S, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997;154:1715–9. doi:10.1176/ajp.154.12.1715.

Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:1871–7. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1871.

Brody S, Potterat JJ, Muth SQ, Woodhouse DE. Psychiatric and characterological factors relevant to excess mortality in a long-term cohort of prostitute women. *J Sex Marital Ther* 2005;31:97–112.

Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:371–7. doi:10.1037/0022-006X.68.3.371.

Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2010;197:20–7. doi:10.1192/bjp.bp.109.074716.

Brüne M. On the role of oxytocin in borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol* 2016;55:287–304. doi:10.1111/bjc.12100.

Bruwer B, Govender R, Bishop M, Williams DR, Stein DJ, Seedat S. Association between childhood adversities and long-term suicidality among South Africans from the results of the South African Stress and Health study: A cross-sectional study. *BMJ Open* 2014;4:e004644–e004644. doi:10.1136/bmjopen-2013-004644.

Buchheim A, Erk S, George C, Kächele H, Martius P, Pokorny D, et al. Neural Response during the Activation of the Attachment System in Patients with Borderline Personality Disorder: An fMRI Study. *Front Hum Neurosci* 2016;10:389. doi:10.3389/fnhum.2016.00389.

Cabanyes Truffino J. Resiliencia: una aproximación al concepto. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2010;3:145–51. doi:10.1016/j.rpsm.2010.09.003.

Calati R, Gressier F, Balestri M, Serretti A. Genetic modulation of borderline personality disorder: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2013;47:1275–87. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.06.002.

Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Arch Suicide Res* 2008;12:93–110. doi:10.1080/13811110701857004.

Carballo JJ, Oquendo MA, Giner L, Zalsman G, Roche AM, Sher L. Impulsive-aggressive traits and suicidal behavior in adolescents and young adults with alcoholism. *Int J Adolesc Med Health* 2006;18:15–9. doi:10.1515/IJAMH.2006.18.1.15.

Carpenter RW, Tomko RL, Trull TJ, Boomsma DI. Gene-environment studies and borderline personality disorder: A review. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:336. doi:10.1007/s11920-012-0336-1.

Carpenter RW, Trull TJ. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:335. doi:10.1007/s11920-012-0335-2.

Carrasco J, Lecic-Tosevski D. Specific types of personality disorder. In: Gelder M, López-Ibor J, Andreasen N, editors. *New Oxford Textb. Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press; 2000.

Carrasco JL. Trastornos de Personalidad y Psicoterapias. XIV Curso PostAPA, 2018.

Carrasco JL, Díaz-Marsá M, Pastrana JI, Molina R, Brotons L, López-Ibor MI, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. *Br J Psychiatry* 2007;190:357–8. doi:10.1192/bjp.bp.106.022590.

Carrasco JL, Tajima-Pozo K, Díaz-Marsá M, Casado A, López-Ibor JJ, Arrazola J, et al. Microstructural white matter damage at orbitofrontal areas in borderline personality disorder. *J Affect Disord* 2012;139:149–53. doi:10.1016/j.jad.2011.12.019.

Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9:e89944. doi:10.1371/journal.pone.0089944.

Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135:195–211. doi:10.1111/acps.12679.

Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395–405. doi:10.1017/S0033291702006943.

Chesin MS, Jeglic EL, Stanley B. Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Arch Suicide Res* 2010;14:342–62. doi:10.1080/13811118.2010.524054.

Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulos FC, Papadopoulou A, Bouras G, Gournellis R, et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:127–46. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01750.x.

Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:694–702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922–8. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.922.

Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975–90.

Coccaro EF, Lee R, Coussons-Read M. Cerebrospinal fluid inflammatory cytokines and aggression in personality disordered subjects. *Int J Neuropsychopharmacol* 2015;18:1–7. doi:10.1093/ijnp/pyv001.

Comings DE, Blum K. Reward deficiency syndrome: Genetic aspects of behavioral disorders. *Prog. Brain Res.*, vol. 126, 2000, p. 325–41. doi:10.1016/S0079-6123(00)26022-6.

Comings DE, Johnson JP, Gonzalez NS, Huss M, Saucier G, McGue M, et al. Association between the adrenergic alpha 2A receptor gene (ADRA2A) and measures of irritability, hostility, impulsivity and memory in normal subjects. *Psychiatr Genet* 2000;10:39–42.

Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry IJ. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis. *Int J Epidemiol* 2015;44:969–77. doi:10.1093/ije/dyv058.

Costa P, McCrae R, Kay G. *Persons, Places and Personality: Career Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory*. *J Career Assess* 1995;3:123–39.

Costa P, Widiger T. *Personality disorders and the five- factor model of personality*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2002.

Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:319–28. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.

Crowell SE, Kaufman EA. Development of self-inflicted injury: Comorbidities and continuities with borderline and antisocial personality traits. *Dev Psychopathol* 2016;28:1071–88. doi:10.1017/S0954579416000705.

Cubrin C, LeClere F, Smith G. Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants. *F Epidemiol Community Heal* 2000;54:517–24.

Denny BT, Fan J, Liu X, Guerreri S, Mayson SJ, Rinsky L, et al. Brain structural anomalies in borderline and avoidant personality disorder patients and their associations with disorder-specific symptoms. *J Affect Disord* 2016;200:266–74. doi:10.1016/j.jad.2016.04.053.

Derks YPMJ, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. A Meta-analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *J Pers Disord* 2016;31:362–84. doi:10.1521/pedi_2016_30_257.

Devries KM, Mak JYT, Child JC, Falder G, Bacchus LJ, Astbury J, et al. Childhood Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2014;133:e1331–44. doi:10.1542/peds.2013-2166.

Díaz-Marsá M, Carrasco JL, de Anta L, Molina R, Sáiz J, Cesar J, et al. Psychobiology of borderline personality traits related to subtypes of eating disorders: A study of platelet MAO activity. *Psychiatry Res* 2011;190:287–90. doi:10.1016/j.psychres.2011.04.035.

Díaz-Marsa M, Gonzalez Bardanca S, Tajima K, Garcia-Albea J, Navas M, Carrasco JL.

- Psychopharmacological treatment in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:39–49.
- Díaz-Marsá M, MacDowell KS, Guemes I, Rubio V, Carrasco JL, Leza JC. Activation of the cholinergic anti-inflammatory system in peripheral blood mononuclear cells from patients with Borderline Personality Disorder. *J Psychiatr Res* 2012;46:1610–7. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.09.009.
- Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:153–68.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089–96.
- Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline Personality Disorder in the Primary Care Setting. *Med Clin North Am* 2014;98:1049–64. doi:10.1016/j.mcna.2014.06.005.
- Ducasse D, Lopez-Castroman J, Dassa D, Brand-Arpon V, Dupuy-Maurin K, Lacourt L, et al. Exploring the boundaries between borderline personality disorder and suicidal behavior disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019. doi:10.1007/s00406-019-00980-8.
- Dudas RB, Lovejoy C, Cassidy S, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S. Correction: The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder (PLoS ONE (2017) 12: 9 (e0184447) DOI: 10.1371/journal.pone.0184447). *PLoS One* 2018;13:e0190727. doi:10.1371/journal.pone.0190727.
- Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal Universitaria; 1982.
- Ebert A, Edel MA, Gilbert P, Brüne M. Endogenous oxytocin is associated with the experience of compassion and recalled upbringing in Borderline Personality Disorder. *Depress Anxiety* 2018;35:50–7. doi:10.1002/da.22683.
- Eguiluz Uruchurtu I, Segarra Echebarria R. *Introducción a la psicopatología: una visión actualizada*. 2013.
- Ernst C, Lalovic A, Lesage A, Seguin M, Tousignant M, Turecki G. Suicide and no axis 1 psychopathology. *BMC Psychiatry* 2004;4:7. doi:10.1186/1471-244X-4-7.
- Esbec E, Echeburúa E. The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43:177–86.
- Esbec E, Echeburúa E. New criteria for personality disorders in DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39:1–11.
- Esguevillas Á, Díaz-Caneja CM, Arango C, Rey-Mejías ÁL Del, Bernardo EG, Delgado C, et al.

Personality organization and its association with clinical and functional features in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2018;262:393–9. doi:10.1016/j.psychres.2017.09.013.

Euler S, Stöbi D, Sowislo J, Ritzler F, Huber CG, Lang UE, et al. Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology* 2018;51:110–21. doi:10.1159/000486601.

Eurostat. Causes of death, European Statistical Office of the European Commission. 2016.

Evans E, Hawton K, Rodham K. In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *J Adolesc* 2005;28:573–87. doi:10.1016/j.adolescence.2004.11.001.

Faltinsen EG, Kongerslev M, Storebø OJ. Reviews and Meta-analyses of Psychotherapy Efficacy for Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry* 2017;74:853–4. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1397.

Ferraz L, Portella MJ, Vázquez M, Gutiérrez F, Martín-Blanco A, Martín-Santos R, et al. Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res* 2013a;210:980–5. doi:10.1016/j.psychres.2013.07.004.

Ferraz L, Portella MJ, Vázquez M, Gutiérrez F, Martín-Blanco A, Martín-Santos R, et al. Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res* 2013b;210:980–5. doi:10.1016/j.psychres.2013.07.004.

First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. New York, NY Biometrics Res Dep New York State Psychiatr Institute 2002.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2005;35:1467–74. doi:10.1017/S0033291705005416.

Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal Disord Theory, Res Treat* 2015;6:380–92.

Foster P, Wu L. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Re Psychiatry* 2002;21:75–113.

Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev* 2015;42:156–67. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002.

FSME. Observatorio de suicidio, Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos

mentales y el suicidio. 2018.

García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, de León-Martínez V, Baca-García E. Clinical Features Associated with Suicide Attempts versus Suicide Gestures in an Inpatient Sample. *Arch Suicide Res* 2014;18:419–31. doi:10.1080/13811118.2013.845122.

García-Portilla M, Bascarán M, Sáiz P, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7th ed. Madrid: 2015.

Garnés-Camarena Estruch O. Neurociencia de los trastornos borderline y sus correlaciones con la psicoterapia. Parte I. *Aperturas Psicoanalíticas* 2010;35.

van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr* 2014;168:435. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143.

Geerling I, Roberts RM, Sved Williams A. Impact of infant crying on mothers with a diagnosis of borderline personality disorder: A qualitative study. *Infant Ment Health J* 2019;40:405–21. doi:10.1002/imhj.21776.

De Genna NM, Feske U, Larkby C, Angiolieri T, Gold MA. Pregnancies, Abortions, and Births among Women with and without Borderline Personality Disorder. *Women's Heal Issues* 2012;22:e371–7. doi:10.1016/j.whi.2012.05.002.

Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry* 2018;5:167–74. doi:10.1016/S2215-0366(17)30478-9.

Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Möller HJ, Rujescu D, et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiatr Res* 2009;43:1262–71. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.013.

Giner Jiménez L, Pérez Solá V. Factores de riesgo. In: Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J, editors. *Suicidio y Psiquiatr. Recom. Prev. y manejo del Comport. suicida*, Madrid: Triacastela; 2011, p. 59–94.

Giner L, Blasco-Fontecilla H, Mercedes Perez-Rodriguez M, Garcia-Nieto R, Giner J, Guija JA, et al. Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *J Affect Disord* 2013;151:474–83. doi:10.1016/j.jad.2013.06.029.

Gold LH. Abortion and Suicide. *Am J Psychiatry* 2018;175:813–4. doi:10.1176/appi.ajp.2018.18050513.

González Vives S, Díaz-Marsá M, Fuentenebro F, López-Ibor Aliño JJ, Carrasco JL. Revisión histórica

- del concepto de trastorno límite de la personalidad (borderline). *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:336–43.
- Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Sutter-Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res* 2017;84:284–91. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.10.009.
- Griffin E, McMahon E, McNicholas F, Corcoran P, Perry IJ, Arensman E. Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007–2016. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018;53:663–71. doi:10.1007/s00127-018-1522-1.
- Grilo C, Sanislow C, Gunderson J, Pagano M, Yen S, Zanarini M, et al. Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Clinical Psychology* 2004;72:767–75. doi:http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.767.
- Grinker R, Werble B, Drye R. *The borderline syndrome: a behavioral study of ego-functions*. New York: Basic Books; 1968.
- Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med* 2002;162:53–60. doi:10.1001/archinte.162.1.53.
- Guilé J-M, Huynh C, Breton J-J, De La Rivière SG, Berthiaume C, St-Georges M, et al. Familial and Clinical Correlates in Depressed Adolescents with Borderline Personality Disorder Traits. *Front Pediatr* 2016;4:87. doi:10.3389/fped.2016.00087.
- Gunderson J. *Borderline personality disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1984.
- Gunderson J, Ridolfi M. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Ann New York Acad Sci* 2001;932:61–73.
- Gunderson JG. Reducing Suicide Risk in Borderline Personality Disorder. *JAMA* 2015;314:181. doi:10.1001/jama.2015.4557.
- Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 1996;153:752–8. doi:10.1176/ajp.153.6.752.
- Gunderson JG, Fruzzetti A, Unruh B, Choi-Kain L. Competing Theories of Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord* 2018;32:148–67. doi:10.1521/pedi.2018.32.2.148.
- Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord* 2008;22:22–41.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of

borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:827–37. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37.

Gvirts HZ, Braw Y, Harari H, Lozin M, Bloch Y, Fefer K, et al. Executive dysfunction in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Eur Psychiatry* 2015;30:959–64. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.12.009.

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50–5.

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. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.003.

Hardt J, Bernert S, Matschinger H, Angermeier MC, Vilagut G, Bruffaerts R, et al. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: Results from the ESEMeD study. *J Affect Disord* 2015;175:168–74. doi:10.1016/j.jad.2014.12.044.

Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996–2003. *Am J Epidemiol* 2008;167:1155–63. doi:10.1093/aje/kwn017.

Hawton K, Harriss L. The changing gender ratio in occurrence of deliberate self-harm across the lifecycle. *Crisis* 2008;29:4–10. doi:10.1027/0227-5910.29.1.4.

Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372–81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X.

Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373–82. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.

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. doi:10.1016/S2215-0366(16)30070-0.

Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003;182:537–42. doi:10.1192/bjp.182.6.537.

Hazlett EA. Neural Substrates of Emotion-Processing Abnormalities in Borderline Personality Disorder. *Biol Psychiatry* 2016;79:74–5. doi:10.1016/j.biopsych.2015.10.008.

Van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry* 2014;1:63–72. doi:10.1016/S2215-0366(14)70220-2.

Heikkinen M, Isometsa E, Henriksson M, Marttunen M, Aro H, Lonnqvist J. Psychosocial factors and

completed suicide in personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:49–57.

Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995;167:747–53. doi:10.1192/bjp.167.6.747.

Herman J. *Trauma and Recovery*. Gunderson JG *Borderline Personal. Disord. Ontog. a Diagnosis*. *Am J Psychiatry* 2009; 166:530–539, New York: Basic Books; 1992.

Herpertz SC, Bertsch K. Oxytocin effects on brain functioning in humans. *Biol Psychiatry* 2016;79:631–2. doi:10.1016/j.biopsych.2016.02.004.

Herpertz SC, Bertsch K. A new perspective on the pathophysiology of borderline personality disorder: A model of the role of oxytocin. *Am J Psychiatry* 2015;172:840–51. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15020216.

Hirschfeld RMA, Russell JM. *Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. *N Engl J Med* 1997;337:910–5. doi:10.1056/NEJM199709253371307.

Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotics forms of schizophrenia. *Psychiatry Q* 1949;23:248–76.

Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Kerridge BT, Limosin F, et al. Mental disorders and risk of suicide attempt: A national prospective study. *Mol Psychiatry* 2015;20:718–26. doi:10.1038/mp.2015.19.

Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics* 2015;135:e496–509. doi:10.1542/peds.2014-1864.

Hopwood CJ, Kotov R, Krueger RF, Watson D, Widiger TA, Althoff RR, et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personal Ment Health* 2018;12:82–6. doi:10.1002/pmh.1408.

Horesh N, Orbach I, Gothelf D, Efrati M, Apter A. Comparison of the Suicidal Behavior of Adolescent Inpatients with Borderline Personality Disorder and Major Depression. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:582–8. doi:10.1097/01.nmd.0000087184.56009.61.

Horn M, Potvin S, Allaire JF, Co   G, Gobbi G, Benkirane K, et al. Male inmate profiles and their biological correlates. *Can J Psychiatry* 2014;59:441–9. doi:10.1177/070674371405900807.

Hoyer G, Lund E. Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:134–7.

Instituto Nacional de Estadística. INE 2015. Defunciones por suicidio. 2018.

Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res* 2007;11:129–47. doi:10.1080/13811110701247602.

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. doi:10.1080/15374410801955771.

Joiner T. ¿Por qué la gente muere por suicidio? Cambridge,MA Prensa La Univ Harvard 2005.

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* 2016;0. doi:10.1515/ijamh-2016-0036.

Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164:1179–84. doi:10.1001/archinte.164.11.1179.

Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, Aguirre B, Galen G, Auerbach RP. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Compr Psychiatry* 2016;71:86–94. doi:10.1016/j.comppsy.2016.08.016.

Keller MB, Hanks DL. Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J Clin Psychiatry* 1995;56 Suppl 6:22–9.

Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Røysamb E, Tambs K, Torgersen S, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1438–46. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1438.

Kernberg O. La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Buenos Aires, Argentina: Paidós.; 1994.

Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:641–85.

Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale Unive. New Haven: 1984.

Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson; 1975.

Khan A, Leventhal R, Khan S, Brown W. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002;68:183–90.

Kimmel CL, Alhassoon OM, Wollman SC, Stern MJ, Perez-Figueroa A, Hall MG, et al. Age-related parieto-occipital and other gray matter changes in borderline personality disorder: A meta-analysis of

cortical and subcortical structures. *Psychiatry Res - Neuroimaging* 2016;251:15–25. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.005.

Klein DF, Liebowitz MR. Hysteroid dysphoria. *Am J Psychiatry* 1982;139:1520–1. doi:10.1176/ajp.139.11.1520.

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. doi:10.1037/a0030278.

Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007;27:226–39. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002.

Knight R. Borderline states. *Bull Menninger Clin* 1953;17:1–12.

Kohut H. Four basic concepts in self psychology. In: Ornstein P, Madison, editors. *Search Self Sel. writings Heinz Kohut 1978-1991* (vol. 4), International Universities Press; 1979.

Kohut H. *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press; 1977.

Kolla NJ, Eisenberg H, Links PS. Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Arch Suicide Res* 2008;12:1–19. doi:10.1080/13811110701542010.

Kpsosowa A. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med* 2001;31:127–38.

Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE, Narrow WE, Regier D. DSM-5: How reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry* 2012;169:13–5. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11010050.

Krueger RF, Markon KE. The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:477–501. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732.

Larkin C, Griffin E, Corcoran P, McAuliffe C, Perry IJ, Arensman E. Alcohol involvement in suicide and self-harm: Findings from two innovative surveillance systems. *Crisis* 2017;38:413–22. doi:10.1027/0227-5910/a000488.

Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011;377:74–84. doi:10.1016/S0140-6736(10)61422-5.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;62:553–64. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019.

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan PMM, Bohus PM. Borderline personality disorder. *Lancet*, vol. 364, 2004, p. 453–61. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6.

Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.

Links PS, Boggild A, Sarin N. Modeling the relationship between affective lability, impulsivity, and suicidal behavior in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2000;6:247–55. doi:00131746-200009000-00002 [pii].

Links PS, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry* 2003;48:301–10. doi:10.1177/070674370304800505.

Lischke A, Domin M, Freyberger HJ, Grabe HJ, Mentel R, Bernheim D, et al. Structural alterations in white-matter tracts connecting (para-)limbic and prefrontal brain regions in borderline personality disorder. *Psychol Med* 2015;45:3171–80. doi:10.1017/S0033291715001142.

Lischke A, Herpertz SC, Berger C, Domes G, Gamer M. Divergent effects of oxytocin on (para-)limbic reactivity to emotional and neutral scenes in females with and without borderline personality disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2017;12:1783–92. doi:10.1093/scan/nsx134.

Livesley W. Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Can J Psychiatry* 1998;43.

Livesley W, Jackson D. Dimensional Assessment of Personality Pathology Manual. Port Huron: Sigma; 1999.

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E, et al. Validación de las versiones en español de las Escalas Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002;118:493–9.

López- García M, Hinojal- Fonseca R, Bobes García J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Rev Derecho Penal Epid* 1993;3:309–411.

López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson; 2002.

Lowther C, Costain G, Baribeau DA, Bassett AS. Genomic Disorders in Psychiatry—What Does the Clinician Need to Know? *Curr Psychiatry Rep* 2017;19:82. doi:10.1007/s11920-017-0831-5.

Luoma J, Martin C, Pearson J. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909–16.

Lynam DR, Miller JD, Miller DJ, Bornovalova MA, Lejuez CW. Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personal Disord Theory, Res Treat* 2011;2:151–60. doi:10.1037/a0019978.

MacGregor EK, Grunebaum MF, Galfalvy HC, Melhem N, Burke AK, Brent DA, et al. Depressed parents' attachment: Effects on offspring suicidal behavior in a longitudinal family study. *J Clin Psychiatry* 2014;75:879–85. doi:10.4088/JCP.13m08794.

MacKinnon R, Michels R, Buckley P. El paciente límite. La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica, 2008, p. 299–324.

Maes M, Vandewoude M, Schotte C, Martin M, Blockx P, Scharpe S. Hypothalamic- pituitary-adrenal and -thyroid axis dysfunctions and decrements in the availability of L- tryptophan as biological markers of suicidal ideation in major depressed females. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:13–7.

Malone K, Oquendo M, Haas G, Ellis S, Li S, Mann J. Protective factors against suicidal acts in mayor depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000;157:1084–8.

Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Nelson EC. Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry Res* 2009;169:16–21. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.026.

Mancke F, Schmitt R, Winter D, Niedtfeld I, Herpertz SC, Schmahl C. Assessing the marks of change: how psychotherapy alters the brain structure in women with borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2018;43:171–81.

Mann J. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003;4:819–28.

Mann J, Oquendo M, Underwood M, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999;60:7–11.

Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, et al. Candidate Endophenotypes for Genetic Studies of Suicidal Behavior. *Biol Psychiatry* 2009;65:556–63. doi:10.1016/j.biopsych.2008.11.021.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181–9. doi:10.1176/ajp.156.2.181.

Martín-Blanco A, Ferrer M, Soler J, Arranz MJ, Vega D, Bauzá J, et al. An exploratory association study of the influence of noradrenergic genes and childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res* 2015;229:589–92. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.046.

Matusevich D, Ruiz M, Vairo M. [The evolution of the borderline personality disorder diagnosis: past, present and future]. *Vertex* 2010;21:274–85.

Mcclure G, Hawes DJ, Dadds MR. Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personal Ment Health* 2016;10:43–57. doi:10.1002/pmh.1320.

McCrae R, Costa P. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Pers Individ Dif* 2004;36:587–96.

McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry* 2007;68:721–9. doi:10.4088/JCP.v68n0509.

McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2019;116:51–60. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.05.012.

McTernan N, Spillane A, Cully G, Cusack E, O'Reilly T, Arensman E. Media reporting of suicide and adherence to media guidelines. *Int J Soc Psychiatry* 2018;64:536–44. doi:10.1177/0020764018784624.

Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* 1992;149:41–4. doi:10.1176/ajp.149.1.41.

Mercedes Perez-Rodriguez MM, Weinstein S, New AS, Bevilacqua L, Yuan Q, Zhou Z, et al. Tryptophan-hydroxylase 2 haplotype association with borderline personality disorder and aggression in a sample of patients with personality disorders and healthy controls. *J Psychiatr Res* 2010;44:1075–81. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.03.014.

Merza K, Harmatta J, Papp G, Kuritárné Szabó I. Childhood traumatization, dissociation and nonsuicidal self-injurious behavior in borderline personality disorder. *Orv Hetil* 2017;158:740–7. doi:10.1556/650.2017.30745.

Miller JD, Gentile B, Wilson L, Campbell WK. Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model. *J Pers Assess* 2013;95:284–90. doi:10.1080/00223891.2012.685907.

Miller JD, Lynam DR, Hyatt CS, Campbell WK. Controversies in Narcissism. *Annu Rev Clin Psychol* 2017;13:291–315. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045244.

Millon T. *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson; 2003.

Millon T, Everly G. *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York: Wiley; 1985.

- Mitchell SM, Brown SL, Roush JF, Bolaños AD, Littlefield AK, Marshall AJ, et al. The clinical application of suicide risk assessment: A theory-driven approach. *Clin Psychol Psychother* 2017;24:1406–20. doi:10.1002/cpp.2086.
- Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;174:382–9.
- Morey LC, Benson KT, Skodol AE. Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychol Med* 2016;46:647–55. doi:10.1017/S0033291715002226.
- Moscicki E. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997;3:499–517.
- Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res* 2007;11:69–82. doi:10.1080/13811110600992902.
- Mullins N, Perroud N, Uher R, Butler AW, Cohen-Woods S, Rivera M, et al. Genetic relationships between suicide attempts, suicidal ideation and major psychiatric disorders: A genome-wide association and polygenic scoring study. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* 2014;165:428–37. doi:10.1002/ajmg.b.32247.
- Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para las investigaciones médicas en seres humanos. 64a Asam. Gen., Fortaleza (Brasil): 2013.
- Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med* 2010;4:4. doi:10.1186/1751-0759-4-4.
- Nakar O, Brunner R, Schilling O, Chanen A, Fischer G, Parzer P, et al. Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *J Affect Disord* 2016;197:231–8. doi:10.1016/j.jad.2016.03.029.
- Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clin y Salud* 2017;28:25–31. doi:10.1016/j.clysa.2016.11.002.
- Navío Acosta M, Villoria Borrego L. Factores de riesgo de la conducta suicida. In: FMSE, editor. *Suicidios. Man. Prevención, Interv. y Postvención la Conduct. Suicida*. 2a, Madrid: 2014, p. 117–94.
- Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol* 2001;30:154–62.
- Ni X, Chan D, Chan K, McMain S, Kennedy JL. Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*

2009;33:128–33. doi:10.1016/j.pnpbp.2008.10.022.

Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, Franken IH, Hoek HW, Sommer IEC, et al. Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Sci Rep* 2017;7:13920. doi:10.1038/s41598-017-13108-6.

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. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010.

Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:885–90. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885.

Noyes R. Suicide and panic disorder: a review. *J Affect Disord* 1991;22:1–11.

O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health* 2013;25:201–5. doi:10.1515/ijamh-2013-0053.

O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry* 2014;1:73–85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6.

Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;163:20–6. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.20.

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Rosnick L, Davies M. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992;149:213–20. doi:10.1176/ajp.149.2.213.

Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Gerhard T, Blanco C. Suicide following deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 2017;174:765–74. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16111288.

OMS OM de la S. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10). Criterios Diagnósticos de Investigación. / World Health Organization. International Statistical classification of Diseases and Related Health Problems. 10th ed. Madrid: 1994.

Oquendo MA. Subtyping suicidal behavior: A strategy for identifying phenotypes that may more tractably yield molecular underpinnings. *J Clin Psychiatry* 2016;77:813–4. doi:10.4088/JCP.16f10933.

Oquendo MA, Bernanke JA. Suicide risk assessment: tools and challenges. *World Psychiatry* 2017;16:28–9. doi:10.1002/wps.20396.

Oquendo Maria A, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*

2000;23:11–25. doi:10.1016/S0193-953X(05)70140-4.

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. doi:10.1016/j.encep.2007.10.007.

Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:247–53. doi:10.1001/archpsyc.62.3.247.

Palomares N, McMaster A, Díaz-Marsá M, de la Vega I, Montes A, Carrasco JL. Multiple cluster axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44:212–21.

Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42:482–7. doi:10.1053/comp.2001.26271.

Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Alvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol* 2010;25:349–55. doi:10.1097/YIC.0b013e32833e23ed.

Pascual JC, Palomares N, Ibáñez Á, Portella MJ, Arza R, Reyes R, et al. Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015;15:255. doi:10.1186/s12888-015-0640-5.

Pascual JC, Soler J, Baiget M, Cortés A, Menoyo A, Barrachina J, et al. Association between the serotonin transporter gene and personality traits in borderline personality disorder patients evaluated with Zuckerman-Zuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:382–6.

Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 2016;387:1672–85. doi:10.1016/S0140-6736(15)00390-6.

Patton J, Stanford M, Barratt E. Factor structure of the Barrat impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995;51:768–74.

Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated Deliberate Self Harm: Findings from the World's First National Registry. *PLoS One* 2012;7:e31663. doi:10.1371/journal.pone.0031663.

Phillips D. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev* 1974;39:340–54.

Plutchik R. Outward and inward directed aggressiveness: the interaction between violence and suicidality. *Pharmacopsychiatry* 1995;28:47–57. doi:10.1055/s-2007-979620.

Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord. J. Psychiatry*, vol. 59, 2005, p. 319–24. doi:10.1080/08039480500320025.

Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Env Res Public Heal* 2010;7:1392–431.

Portzky G, van Heeringen K, Brent BBCCDDDEEEFFFGGG-FHHHHHJLLLMMMPPP. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:337–42. doi:10.1097/YCO.0b013e3281c49ff1.

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. doi:10.1176/ajp.2007.164.7.1035.

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. doi:10.1037/0022-006X.76.1.92.

Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360:1126–30. doi:10.1016/S0140-6736(02)11197-4.

Rao S, Broadbear JH, Thompson K, Correia A, Preston M, Katz P, et al. Evaluation of a novel risk assessment method for self-harm associated with Borderline Personality Disorder. *Australas Psychiatry* 2017;25:460–5. doi:10.1177/1039856217707390.

de Raykeer RP, Hoertel N, Blanco C, Olfson M, Wall M, Seigneurie A-S, et al. Effects of Psychiatric Disorders on Suicide Attempt. *J Clin Psychiatry* 2018;79. doi:10.4088/JCP.17m11911.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23^{ed} 2019. <https://dle.rae.es>.

Rebok F, Teti GL, Fantini AP, Cárdenas-Delgado C, Rojas SM, Derito MNC, et al. Types of Borderline Personality Disorder (BPD) in Patients Admitted for Suicide-Related Behavior. *Psychiatr Q* 2015;86:49–60. doi:10.1007/s11126-014-9317-3.

Reich J, Hofmann SG. State personality disorder in social phobia. *Ann Clin Psychiatry* 2004;16:139–44.

Reichborn-Kjennerud T, Krueger RF, Ystrom E, Torvik FA, Rosenström TH, Aggen SH, et al. Do DSM-5 Section II personality disorders and Section III personality trait domains reflect the same genetic and

environmental risk factors? *Psychol Med* 2017;47:2205–15. doi:10.1017/S0033291717000824.

Rizvi SL, Hughes CD, Hittman AD, Vieira Oliveira P. Can Trainees Effectively Deliver Dialectical Behavior Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder? Outcomes From a Training Clinic. *J Clin Psychol* 2017;73:1599–611. doi:10.1002/jclp.22467.

Rodante DE, Grendas LN, Puppo S, Vidjen P, Portela A, Rojas SM, et al. Predictors of short and long term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2019;acps.13058. doi:10.1111/acps.13058.

Ros S, Arranz F. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Conducta suicida. Barcelona: Masson; 2006.

du Roscoät E, Legleye S, Guignard R, Husky M, Beck F. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *J Affect Disord* 2016;190:517–21. doi:10.1016/j.jad.2015.10.049.

Rubio V, Pérez A. Trastornos de la Personalidad. Madrid: 2003.

Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Res* 2005;137:191–202. doi:10.1016/j.psychres.2005.07.004.

Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

Saiz González MD. Minería de datos para el análisis de los antecedentes familiares de la conducta suicida: hacia una definición del endofenotipo. 2006.

Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour. Chichester,UK: Wiley; 2000.

Sánchez Gómez P, Catalán Alcántara A, Bustamante Madariaga S, González García G. Psicopatología de la impulsividad. In: Eguiluz Uruchurtu I, Segarra Echebarría R, editors. *Introd. a la psicopatología*, Barcelona: ArsXXI; 2005, p. 457–72.

Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000;157:1629–33. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1629.

Sansone RA, Gaither G, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle:a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:215–8.

Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, De Graaf R, Asmundson GJG, Ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk

for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1249–57. doi:10.1001/archpsyc.62.11.1249.

Sarró B. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat* 1984;16:512–6.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:327–38.

Schneider K. Psychopathic personalities. Londres: Cassell; 1950.

Segarra Echebarría R, Eguiluz Uruchurtu I, Guadilla Fernández M, Erroteta Palacio J. Psicopatología de la afectividad. In: Eguiluz Uruchurtu I, Segarra Echebarría R, editors. *Introd. a la psicopatología*, ArsXXI; 2005, p. 161–210.

Segarra Echebarría R, Rodríguez Marañón M, Sánchez Gómez P. Psicopatología del instinto de vida. In: Eguiluz Uruchurtu I, Segarra Echebarría R, editors. *Introd. a la psicopatología una visión Actual.*, 2013, p. 287–308.

Servan A, Brunelin J, Poulet E. The effects of oxytocin on social cognition in borderline personality disorder. *Encephale* 2018;44:46–51. doi:10.1016/j.encep.2017.11.001.

Shea MT, Yen S, Pagano ME, Morey LC, McGlashan TH, Grilo CM, et al. Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over time. *J Abnorm Psychol* 2004;113:499–508. doi:10.1037/0021-843X.113.4.499.

Sher L. Preventing suicide. *QJM - Mon J Assoc Physicians* 2004;97:677–80. doi:10.1093/qjmed/hch106.

Sher L, Fisher AM, Kelliher CH, Penner JD, Goodman M, Koenigsberg HW, et al. Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Res* 2016;246:261–6. doi:10.1016/j.psychres.2016.10.003.

Silverman M, Berman A, Sanddal N, O'Carroll P, Joiner T. Rebuilding the Tower of Babel: a revisited nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav* 2007;37:248–77.

Sims A. La expresión de la personalidad trastornada. *Síntomas Ment.*, Madrid: Triacastela; 2008, p. 419–331.

Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:123–38. doi:10.3390/ijerph9010123.

Skegg K. Self-harm. *Lancet*, vol. 366, 2005, p. 1471–83. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3.

Skodol A. Borderline personality disorder: Epidemiology, clinical features, course, assessment, diagnosis, an differential diagnosis. UpToDate 2017.

Skodol AE. Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. *American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.

Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:733–8. doi:10.1176/ajp.156.5.733.

Soler J, Vega D, Feliu-Soler A, Trujols J, Soto A, Elices M, et al. Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry* 2013;13:139.

Soloff P, White R, Diwadkar VA. Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry Res - Neuroimaging* 2014;222:131–9. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.006.

Soloff Paul H., Chiappetta L. Suicidal Behavior and Psychosocial Outcome in Borderline Personality Disorder at 8-Year Follow-Up. *J Pers Disord* 2017;31:774–89. doi:10.1521/pedi_2017_31_280.

Soloff PH, Chiappetta L, Mason NS, Becker C, Price JC. Effects of serotonin-2A receptor binding and gender on personality traits and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2014;222:140–8. doi:10.1016/j.psychres.2014.03.008.

Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994;151:1316–23. doi:10.1176/ajp.151.9.1316.

Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood Abuse as a Risk Factor For Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord* 2002;16:201–14. doi:10.1521/pedi.16.3.201.22542.

Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, John Mann J. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *Am J Psychiatry* 2000;157:601–8. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.601.

Soloff PH, Pruitt P, Sharma M, Radwan J, White R, Diwadkar VA. Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2012;46:516–25. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.01.003.

Spitzer RL, Williams JB, Skodol AE. DSM-III: The major achievements and an overview. *Am J Psychiatry* 1980.

Sripada CS, Silk KR. The role of functional neuroimaging in exploring the overlap between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9:40–5. doi:10.1007/s11920-007-0008-8.

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.

Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry* 2001;158:427–32. doi:10.1176/appi.ajp.158.3.427.

Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 2010;167:24–39. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09050744.

Stanton K, Zimmerman M. Clinician ratings of vulnerable and grandiose narcissistic features: Implications for an expanded narcissistic personality disorder diagnosis. *Personal Disord Theory, Res Treat* 2018;9:263–72. doi:10.1037/per0000272.

Stepp SD, Keenan K, Hipwell AE, Krueger RF. The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2014;1:18. doi:10.1186/2051-6673-1-18.

Stern A. A psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neurosis. *Psychoanal Q* 1938;7:467–89.

Stone MH. Long-Term Course of Borderline Personality Disorder. *Psychodyn Psychiatry* 2016;44:449–74. doi:10.1521/pdps.2016.44.3.449.

Sudol K, Mann JJ. Biomarkers of Suicide Attempt Behavior: Towards a Biological Model of Risk. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19:31. doi:10.1007/s11920-017-0781-y.

Tajima K, Diaz-Marsa M, Montes A, Fernandez Garcia-Andrade R, Casado A, Carrasco JL. [Neuroimaging studies in borderline personality disorder]. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37:123–7. doi:20091110311 [pii].

Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, Pericay JM. Attempted suicide: Repetition and survival-findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:205–11. doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb10847.x.

Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *J Clin Psychiatry* 2019;80:30–6. doi:10.4088/JCP.18m12436.

Trull T, Stepp S, Durrett C. Research on borderline personality disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry*

2003;16:77–82.

Tsirigotis K. Women, Femininity, Indirect and Direct Self-Destructiveness. A Review. *Psychiatr Q* 2018;89:427–37. doi:10.1007/s11126-017-9545-4.

Tucker RP, Lengel GJ, Smith CE, Capron DW, Mullins-Sweatt SN, Wingate LRR. Maladaptive Five Factor Model personality traits associated with Borderline Personality Disorder indirectly affect susceptibility to suicide ideation through increased anxiety sensitivity cognitive concerns. *Psychiatry Res* 2016;246:432–7. doi:10.1016/j.psychres.2016.08.051.

Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387:1227–39. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2.

Tyrer P, Crawford M, Mulder R. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011;377:1814–5.

Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015;385:717–26. doi:10.1016/S0140-6736(14)61995-4.

Valdés M. Trastornos de la personalidad. In: Vallejo Ruiloba J, editor. *Introd. a la psicopatología y Psiquiatr*. 8th ed., Barcelona: Masson; 2015, p. 306–15.

Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Rosenbaum S, Schuch FB, Mugisha J, et al. Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;225:438–48. doi:10.1016/j.jad.2017.08.070.

Vega-Piñero M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Díaz-Sastre C. El suicidio. *Salud Glob* 2002;2:1–15.

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. doi:10.1016/j.psiq.2019.02.003.

Verkes RJ, Van Der Mast RC, Kerkhof AJFM, Fekkes D, Hengeveld MW, Tuyl JP, et al. Platelet serotonin, monoamine oxidase activity, and [3H]paroxetine binding related to impulsive suicide attempts and borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 1998;43:740–6. doi:10.1016/S0006-3223(97)00317-X.

Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34:282–97. doi:10.1016/j.cpr.2014.03.005.

Visintin E, De Panfilis C, Amore M, Balestrieri M, Wolf RC, Sambataro F. Mapping the brain correlates of borderline personality disorder: A functional neuroimaging meta-analysis of resting state studies. *J Affect Disord* 2016;204:262–9. doi:10.1016/j.jad.2016.07.025.

Weder N, Zhang H, Jensen K, Yang BZ, Simen A, Jackowski A, et al. Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:417-24.e5. doi:10.1016/j.jaac.2013.12.025.

Welte JW, Abel EL, Wieczorek W. The role of alcohol in suicides in Erie County, NY, 1972-84. *Public Health Rep* 1988;103:648-52. doi:10.2307/4628557.

Whalley HC, Nickson T, Pope M, Nicol K, Romaniuk L, Bastin ME, et al. White matter integrity and its association with affective and interpersonal symptoms in borderline personality disorder. *NeuroImage Clin* 2015;7:476-81. doi:10.1016/j.nicl.2015.01.016.

WHO. Preventing suicide: a global imperative. 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

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. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050718.

Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;44:13-24. doi:10.1016/j.cpr.2015.12.001.

Winsper C, Tang NKY. Linkages between insomnia and suicidality: Prospective associations, high-risk subgroups and possible psychological mechanisms. *Int Rev Psychiatry* 2014;26:189-204. doi:10.3109/09540261.2014.881330.

World Health Organization. WHO Suicide Data. 2018.

Wright AGC, Stepp SD, Scott LN, Hallquist MN, Beeney JE, Lazarus SA, et al. The effect of pathological narcissism on interpersonal and affective processes in social interactions. *J Abnorm Psychol* 2017;126:898-910. doi:10.1037/abn0000286.

Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004;161:1296-8. doi:10.1176/appi.ajp.161.7.1296.

Yen S, Weinstock LM, Andover MS, Sheets ES, Selby EA, Spirito A. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol Med* 2013;43:983-93. doi:10.1017/S0033291712001912.

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. doi:10.1007/s10802-014-9901-x.

Youssef G, Plancherel B, Laget J, Corcos M, Flament MF, Halfon O. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *Eur Psychiatry* 2004;19:131–9. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.11.005.

Zaboli G, Gizatullin R, Nilsson Å, Wilczek A, Jönsson EG, Ahnemark E, et al. Tryptophan hydroxylase-I gene variants associate with a group of suicidal borderline women. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:1982–90. doi:10.1038/sj.npp.1301046.

Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11 583 patients. *Br J Psychiatry* 2004;185:70–5. doi:10.1192/bjp.185.1.70.

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry* 2016;3:646–59. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

Zanarini M. BPD as an impulsive spectrum disorder. In: Paris J, editor. *Borderline Personal. Disord. Etiol. Treat.*, Washington DC: American Psychiatric Press; 1993, p. 67–85.

Zanarini M, Gunderson J, Frankenurg F. Discriminating borderline personality disorders from other axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147:161–7.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004a;161:2108–14. doi:10.1176/appi.ajp.161.11.2108.

Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the Development of Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord* 1997;11:93–104. doi:10.1521/pedi.1997.11.1.93.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: Description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand* 2004b;110:416–20. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00362.x.

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. doi:10.1521/pedi_2013_27_115.

Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* 2017;256:353–8. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.082.

Zeng R, Cohen LJ, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen ZS, et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res* 2015;226:361–7. doi:10.1016/j.psychres.2015.01.020.

Zeppegno P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry* 2015;15:13. doi:10.1186/s12888-015-0392-2.

Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999;40:245–52. doi:10.1016/S0010-440X(99)90123-2.

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162:1911–8. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911.

Zuckerman M, Kuhlman D, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *J Pers Soc Psychol* 1993;65:757–68.

10. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA A. NOMENCLATURA PARA EL SUICIDIO Y CONDUCTAS RELACIONADAS E IDEACIÓN SUICIDA	46
TABLA B. FUNCIONES DE LA AUTOLESIÓN DELIBERADA.....	49
TABLA C. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ANTE LA CONDUCTA SUICIDA.....	64
TABLA D. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TLP SEGÚN EL DSM-5.....	104
TABLA E. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADAS	113
TABLA F. VARIABLES CLÍNICAS, DE ADAPTACIÓN AL MEDIO Y ASOCIADAS AL DESARROLLO DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN LA MUESTRA ESTUDIADA.....	117
TABLA G. MÉTODO DEL INTENTO AUTOLÍTICO EN LA MUESTRA ESTUDIADA	121
TABLA H. PUNTUACIONES EN LAS DISTINTAS ESCALAS DE LOS CUESTIONARIOS ZKPQ Y MCMI-II.	124
TABLA I. PUNTUACIONES EN LAS DISTINTAS ESCALAS DE LOS CUESTIONARIOS BSL-23 Y BIS-11.	124
TABLA J. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS	126
TABLA K. RESULTADOS PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS PARA LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS	126
TABLA L. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS CON DIFERENCIAS CERCANAS A LA SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA PARA LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS.....	129
TABLA M. VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS EN EL ANÁLISIS UNIVARIANTE CON LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS.	130
TABLA N. VARIABLES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN EL ANÁLISIS UNIVARIADO MEDIANTE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA	132
TABLA Ñ. VARIABLES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE NO SIGNIFICATIVAS EN EL ANÁLISIS UNIVARIADO MEDIANTE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA.	139
TABLA O. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS O CERCANAS A LA SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA PARA LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN FINALIDAD SUICIDA (NSSI).....	143
TABLA P. RESULTADOS PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS PARA LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN FINALIDAD SUICIDA (NSSI).....	144
TABLA Q. VARIABLE NO SIGNIFICATIVAS EN EL ANÁLISIS UNIVARIANTE CON LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN FINALIDAD SUICIDA (NSSI).....	146
TABLA R. VARIABLES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN EL ANÁLISIS MULTIVARIADO MEDIANTE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA.	149

11. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tasa de suicidios distribuidos por países. Pág.52.

Figura 2. Mapa europeo de la tasa de suicidio por cada 100000 habitantes. Pág. 53.

Figura 3. Distribución de muertes por suicidio en Europa por país, ordenadas de menor a mayor. Pág. 53.

Figura 4. Métodos de suicidio empleados por sexo en España, 2015. Fuente INE. Pág. 54.

Figura 5. Modelo para el riesgo de suicidio adaptado de Turecki & Brent. Pág. 63.

Figura 6. Distribución de la muestra según distintas variables sociodemográficas. Pág. 115.

Figura 7. Antecedentes de distintas variables clínicas en la muestra estudiada. Pág. 119.

Figura 8. Número de ingresos hospitalarios previos y número de aborto en la muestra estudiada. Pág.119.

Figura 9. Conductas suicidas y relacionadas. Pág. 120.

Figura 10. Método del intento autolítico. Pág. 121.

Figura 11. Puntuación SCID. Pág. 123.

Figura 12. Puntuaciones en prueba T para la igualdad de medias para los intentos autolíticos. Pág. 128.

Figura 13. Número de intentos autolíticos según sexo. Pág. 133.

Figura 14. Número de intentos autolíticos según número de hijos. Pág. 134.

Figura 15. Número de intentos autolíticos según trabajo. Pág. 135.

Figura 16. Número de intentos autolíticos según actividad laboral actual. Pág. 136.

Figura 17. Número de intentos autolíticos según antecedente de trauma. Pág. 137.

Figura 18. Número de intentos autolíticos según antecedente de NSSI. Pág. 138.

Figura 19. Número de intentos autolíticos según puntuación en SCID límite. Pág. 139.

Figura 20. Puntuación en prueba T para la igualdad de medias para las conductas autolesivas sin finalidad suicida (NSSI). Pág. 145.

