

DSM 5: Trastornos que necesitan más estudio

Trastorno de comportamiento suicida

Criterios propuestos

- A.** El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.
Nota: 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. El "momento de inicio" es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.
- B.** El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.
- C.** El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
- D.** El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.
- E.** El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento.

Especificadores

El comportamiento suicida a menudo se categoriza por la violencia del método utilizado. Habitualmente las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por arma de fuego y otros métodos se consideran violentos. Otra dimensión para clasificarlo son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren una hospitalización médica que supere una visita al servicio de urgencias. Una dimensión adicional a considerar sería el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias de cara al pronóstico médico de un intento de suicidio.

Si el comportamiento suicida tuvo lugar de 12-24 meses antes de la evaluación, se considera que la afección está en remisión inicial. Los individuos siguen presentando un mayor riesgo de posteriores intentos de suicidio y de muerte en los 24 meses posteriores a un intento de suicidio, y el período de 12-24 meses, posteriores a que tuviese lugar el comportamiento, se especifica como "remisión inicial".

Características diagnósticas

La manifestación fundamental del trastorno de comportamiento suicida es un intento de suicidio. Un *intento de suicidio* es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias médicas graves. Hay varios factores que pueden influir en las consecuencias médicas del intento de suicidio, como una planificación pobre, la falta de conocimiento acerca de la letalidad del método elegido, la escasa intencionalidad o la ambivalencia, o la intervención casual de otras personas después de haberse iniciado el comportamiento suicida. Estos factores no deberían considerarse a la hora de asignar el diagnóstico.

Determinar el grado de intención puede suponer un reto. Los individuos pueden no reconocer su intención, en especial en las situaciones en las que hacerlo puede suponer una hospitalización o provocar sufrimiento a sus seres queridos. Algunos marcadores de riesgo incluyen el grado de planificación, que implica la elección de un tiempo y un lugar que minimicen la probabilidad de rescate o de interrupción, el estado mental del individuo en el momento del comportamiento, siendo la agitación aguda especialmente preocupante un alta reciente de una unidad de hospitalización o la suspensión reciente de un estabilizador del ánimo, con o el litio, o de un antipsicótico, como la clozapina, en el caso de la esquizofrenia. Algunos ejemplos de desencadenantes ambientales son enterarse recientemente de un diagnóstico médico potencialmente letal, como cáncer, experimentar la pérdida brusca e inesperada de un pariente cercano o una pareja, la pérdida del empleo o ser desalojado del domicilio. Por el contrario, características como hablar a los demás acerca de los eventos futuros o estar dispuesto a firmar un "pacto de no suicidio" serían los indicadores menos fiables.

Para que se cumplan los criterios, el individuo debe haber realizado, al menos, un intento de suicidio. Los intentos de suicidio pueden implicar comportamientos en los que, tras iniciarse el intento de suicidio, el sujeto cambió de opinión o intervino otra persona. Por ejemplo, un individuo puede pretender ingerir una determinada cantidad de medicamentos o de veneno, pero se detiene o le detienen antes de ingerir la cantidad completa. Si otra persona disuade al individuo o éste cambia de idea antes de iniciar el comportamiento, no se debería realizar el diagnóstico. El acto no debe cumplir los criterios para la autolesión no suicida, es decir, no debe conllevar los episodios autolesivos repetidos (al menos cinco veces en los últimos 12 meses que se realizan para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo. El acto no debe haberse iniciado durante un delirium o un estado de confusión. Si el individuo se intoxicó deliberadamente antes de iniciar el comportamiento para disminuir la ansiedad anticipatoria o minimizar la interferencia con el comportamiento que tenía planeado, se debería realizar el diagnóstica.

Desarrollo y curso

El comportamiento suicida puede aparecer en cualquier momento a lo largo de la vida, pero raramente se ve en los niños menores de 5 años. En los niños prepuberales, el comportamiento a menudo consistirá en un comportamiento (p. ej., sentarse en una comisa) que un progenitor les ha prohibido por el riesgo de sufrir un accidente. Aproximadamente el 25-30 % de las personas que intentan suicidarse hará más intentos en el futuro. Hay una variabilidad significativa en cuanto a la

frecuencia, el método y la letalidad de los intentos. Sin embargo, esto no difiere de lo observado en otras enfermedades, como el trastorno de depresión mayor, en el que la frecuencia de los episodios, el subtipo de los episodios y la disfunción asociada a un determinado episodio pueden variar de manera significativa.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El comportamiento suicida varía en frecuencia y forma en las diferentes culturas. Las diferencias culturales pueden deberse a la disponibilidad de los métodos (p. ej., el envenenamiento con pesticidas en los países en vías de desarrollo, las heridas por arma de fuego en el suroeste de Estados Unidos) o a la presencia de síndromes culturalmente específicos (p. ej., *ataques de nervios*, que en algunos grupos latinos pueden llevar a realizar comportamientos que se asemejan a los intentos de suicidio, o que pueden facilitar los intentos de suicidio).

Marcadores diagnósticos

A menudo aparecen anomalías en las pruebas de laboratorio como consecuencia del intento de suicidio. El comportamiento suicida que produce una pérdida de sangre puede acompañarse de anemia, hipotensión o *shock*. Las sobredosis pueden conducir al coma o la obnubilación y a alteraciones asociadas en las pruebas de laboratorio, como los desequilibrios electrolíticos.

Consecuencias funcionales del trastorno de comportamiento suicida

Pueden aparecer afecciones médicas (p. ej., laceraciones o traumatismos esqueléticos, inestabilidad cardiopulmonar, inhalación de vómito y asfixia, fallo hepático consecuente al uso de paracetamol) como consecuencia del comportamiento suicida.

Comorbilidad

El comportamiento suicida puede aparecer en el contexto de varios trastornos mentales, más comúnmente en el trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno esquizo-afectivo, los trastornos de ansiedad (en especial los trastornos de pánico de contenido catastrófico y los *flashbacks* del TEPT), 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 con la intención de llamar la atención sobre su martirio por motivos políticos o religiosos o en las parejas que realizan un pacto de suicidio, estando ambos casos excluidos de este diagnóstico, o cuando terceros informantes quieren ocultar la naturaleza del comportamiento.

Autolesión no suicida

Criterios propuestos

A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

- 1-Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
- 2-Para resolver una dificultad interpersonal.
- 3-Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

C- Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

- 1-Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
- 2-Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
- 3-Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

D- El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., *piercings*, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.

E- El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

F- El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel]).

Características diagnósticas

La característica esencial de la autolesión no suicida es que el individuo se inflige lesiones superficiales aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida. El objetivo habitualmente es reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche, o resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un autocastigo merecido. El individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato que tiene lugar durante el proceso. Cuando el comportamiento aparece con frecuencia, puede asociarse con una sensación de urgencia y de ansias, ocasionando un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción. Las heridas infligidas pueden hacerse más profundas y más numerosas.

Lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja, cuchilla u otro objeto afilado. Entre las zonas de lesión frecuentes están la región frontal de los muslos y la cara dorsal del antebrazo. Una sola sesión de lesiones puede conllevar una serie de cortes superficiales paralelos -separados por 1 o 2 centímetros- en una localización visible o accesible. Los cortes resultantes a menudo sangrarán y finalmente dejarán un patrón de cicatrices característico.

Otros métodos utilizados incluyen clavar una aguja o la punta de un cuchillo afilado en una determinada zona, más habitualmente en la parte alta del brazo, realizar una quemadura superficial con una colilla encendida, o quemar la piel frotándola de manera repetida con una goma de borrar. Las autolesiones no suicidas realizadas mediante diversos métodos se asocian con psicopatología más grave, incluso con llevar a cabo intentos de suicidio.

La gran mayoría de los individuos que se producen autolesiones no suicidas no busca asistencia clínica. No se sabe si esto es así porque se considera estigmatizante referir los síntomas con precisión o porque el individuo que realiza estos comportamientos los vive de una manera positiva y carece de motivación para ser tratado. Los niños pequeños pueden experimentar con estos comportamientos, pero no sienten alivio. En estos casos, los jóvenes a menudo refieren que el procedimiento es doloroso o angustiante y pueden interrumpir su práctica.

Desarrollo y curso

Lo más habitual es que la autolesión no suicida comience en la adolescencia temprana, y puede continuar durante muchos años. Los ingresos hospitalarios por autolesión no suicida alcanzan un pico a los 20-29 años de edad, y luego se reducen. Sin embargo, la investigación que ha estudiado la edad de ingreso no aporta información acerca de la edad de inicio del comportamiento, y se requieren estudios prospectivos para delimitar el curso evolutivo de la autolesión no suicida y los factores que promueven o inhiben su curso. Los individuos a menudo aprenden el comportamiento a causa de la recomendación u observación de otra persona. La investigación ha demostrado que cuando se ingresa a un individuo con una autolesión no suicida en una unidad de hospitalización, los demás individuos de la unidad podrían comenzar a realizar este comportamiento.

Factores de riesgo y pronóstico

Las tasas de prevalencia de la autolesión no suicida en los varones y las mujeres están más próximas que en el trastorno de comportamiento suicida, en el que el ratio mujeres-hombres es de alrededor de 3:1 o 4:1.

Se han propuesto dos teorías psicopatológicas, basadas en análisis funcionales del comportamiento. En la primera, basada en la teoría del aprendizaje, el comportamiento se mantiene por un refuerzo positivo o negativo. El refuerzo positivo se obtendría al castigarse a sí mismo de una manera que el individuo siente que tenía merecida, de manera que este comportamiento promueva un estado placentero y relajado, o genere la atención y la ayuda de la pareja, o constituya una forma de expresa: el enfado. El refuerzo negativo se obtiene como resultado de la regulación del afecto y la reducción de emociones desagradables o al evitar los pensamientos angustiantes, incluyendo los pensamientos acerca del suicidio. En la segunda teoría, la autolesión no suicida se considera una forma de autocastigo en la que se realizan actos autopunitivos para compensar los actos que provocaron sufrimiento o daño a otras personas.

Consecuencias funcionales de la autolesión no suicida

El acto de cortarse se puede realizar con instrumentos compartidos, lo que incrementa la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de la personalidad límite. Tal y como se ha indicado, la autolesión no suicida se ha considerado durante mucho tiempo un "síntoma" del trastorno de la personalidad límite, aunque las evaluaciones clínicas detalladas han encontrado que la mayoría de los individuos con autolesiones no suicidas tiene síntomas que también cumplen los criterios de otros diagnósticos, en especial de los trastornos de la conducta alimentaria y de los trastornos por consumo de sustancias. Históricamente la autolesión no suicida se consideraba patognomónica del trastorno de la personalidad límite. Ambas afecciones se asocian con varios otros diagnósticos. Aunque se asocian con frecuencia, los sujetos con autolesiones no suicidas no siempre presentan un trastorno de la personalidad límite. Las dos afecciones difieren en varios aspectos. Los individuos con trastorno de la personalidad límite a menudo presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles, mientras que la autolesión no suicida se asocia más a menudo con las fases de cercanía, con los comportamientos colaboradores y con las relaciones positivas. A un nivel más esencial, existen diferencias en la implicación de los diferentes sistemas de neurotransmisores, pero éstas no van a ser evidentes en la exploración clínica.

Trastorno de comportamiento suicida. La distinción entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida se basa en que el objetivo del comportamiento referido sea, o bien un deseo de morir (trastorno de comportamiento suicida), o bien experimentar alivio tal y como se describe en los criterios durante la autolesión no suicida. Los individuos pueden aportar la información según les convenga en función de sus circunstancias, y varios estudios muestran unas tasas elevadas de intenciones falsas en la declaración. Los individuos con antecedentes de episodios frecuentes de autolesión no suicida han aprendido que una sesión de cortes, aunque dolorosa, es esencialmente benigna a corto plazo. Puesto que los individuos con autolesión no suicida pueden intentar suicidarse y llegar a hacerlo, es importante revisar los antecedentes de comportamientos suicidas y obtener información de terceras personas en cuanto a cambios recientes en la exposición a

factores de estrés y en el ánimo. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse.

En un estudio de seguimiento de casos de "autolesión" en varones tratados en uno de los varios servicios de urgencias del Reino Unido, los individuos con autolesión no suicida tenían una probabilidad significativamente mayor de suicidarse que otros sujetos adolescentes procedentes de la misma cohorte. Los estudios que han explorado la relación entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida están limitados por su naturaleza retrospectiva y porque no logran obtener información contrastada acerca del método utilizado en los "intentos" previos. Una proporción significativa de las personas que se infligen autolesiones no suicidas ha respondido afirmativamente al preguntarles si alguna vez se han realizado cortes (o su método preferido de autolesión) con la intención de morir. Es razonable concluir que, aunque no presente un riesgo de suicidio elevado cuando se manifiesta por primera vez, la autolesión no suicida es una forma de comportamiento dañino para el propio individuo especialmente peligroso.

Esta conclusión también la apoya un estudio multicéntrico de adolescentes deprimidos, que no habían respondido previamente a la medicación antidepressiva, el cual determinó que aquellos con autolesión no suicida no respondían a la terapia cognitivo-conductual, y otro estudio que determinó que la autolesión no suicida era un factor predictivo de consumo/uso inadecuado de sustancias.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello). La tricotilomanía es un comportamiento dañino limitado a arrancarse el propio cabello, más habitualmente del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas. El comportamiento se presenta como "sesiones" que pueden durar horas. Es más probable que ocurra durante un período de relajación o distracción.

Autolesión estereotipada. La autolesión estereotipada, que puede implicar golpearse la cabeza morderse o golpearse, habitualmente se asocia con una concentración intensa o se produce en situaciones de escasa estimulación externa, y puede asociarse al retraso en el desarrollo.

Trastorno de excoriación (dañarse la piel). El trastorno de excoriación aparece fundamentalmente en las mujeres y habitualmente se dirige a excoriar una zona de la piel que el individuo considera antiestética o una mancha, habitualmente en la cara o el cuero cabelludo. Como en la autolesión no suicida, la excoriación a menudo va precedida de una sensación de ansia y se experimenta como placentera, aunque el individuo es consciente de que se está haciendo daño a sí mismo. No se asocia con el uso de ningún instrumento.