



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ”

**LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DISOCIATIVOS**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TESIS DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Ilyamín Merlín García

Tutora:

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe.

30 de mayo de 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A la Dra. Martha Ontiveros, guía y apoyo constante.

Al Dr. Juan José Cervantes, amigo y maestro.

A Marce, Rodrigo y Carlos, amigos en el camino.

A Mary.

A mis padres y hermanos.

A quién más que a ustedes.

Tabla de Contenidos

MARCO DE REFERENCIA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANTECEDENTES	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVO GENERAL	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
HIPÓTESIS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
MATERIAL Y MÉTODOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
TIPO DE ESTUDIO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
IMPLICACIONES ETICAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS	22
ANEXOS	24
1. Consentimiento informado	24
2. Cuestionario y hoja de registro de conductas autolesivas	25
3. Escala de experiencias disociativas	27
4. Registro de pruebas nociceptivas para pacientes con TLP	30
5. Diagrama de flujo de recolección y análisis de la información	31

MARCO DE REFERENCIA

I. TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, en su versión revisada (DSM-IV-TR), define al trastorno límite de personalidad (TLP) como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como marcada impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se presenta en diversos contextos. Se establece con la presencia de cinco o más de los nueve siguientes criterios diagnósticos (1):

- 1- Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.
- 2- Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria.
- 5- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- 7- Sentimientos crónicos de vacío.
- 8- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El TLP se presenta en 1-2% de la población general, 10% de pacientes psiquiátricos ambulatorios, 20% de los hospitalizados y en 75% de los casos se manifiesta en mujeres. Estos pacientes realizan intentos suicidas recurrentes; 10% de ellos muere por suicidio (3, 17) y tiene alta comorbilidad con trastornos afectivos y abuso de sustancias (27).

II. CONDUCTA AUTOLESIVA.

Los síndromes autodestructivos incluyen la producción directa o indirecta de lesiones estructurales o de procesos patológicos característicos (12).

La conducta autolesiva se refiere a la producción de daño deliberado y directo sobre el propio cuerpo, sin ayuda de otra persona, suficiente para producir daño tisular, sin intención suicida o relación a motivaciones sexuales. Las formas más comunes de conducta autolesiva son cortarse o quemarse la piel, golpearse la cabeza o extremidades, pellizcarse o morderse (22).

Algunos autores la describen como una conducta mal adaptativa, con cierto significado de autopreservación (mecanismo de defensa primitivo), mediante el cual se cumple una función de regulación de la emoción (liberación de disforia), cuya característica es el patrón repetitivo, con daño no letal y sin fines suicidas. Así, el comportamiento autodestructivo puede constituir una válvula para diversos estados disfóricos como tensión emocional, soledad, ansiedad o agresividad. En algunas personas, la autolesion va seguida

por sensación de alivio, liberación y calma, mientras el dolor puede constituir una defensa del mundo externo e interno abrumadores. En otras, puede servir como medio de recuperar la sensación ante la despersonalización y establecer los propios límites (13).

III. LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.

La conducta autodestructiva es característica de los pacientes con trastorno de personalidad límite y ha sido referida como una conducta distintiva de estos pacientes. Incluye conducta impulsiva potencialmente peligrosa, conducta autodestructiva deliberada, intentos suicidas y suicidio consumado (7).

La autolesión es un criterio muy eficiente para determinar el trastorno, calculándose como predictor global hasta en un 80% de los casos, es decir, este porcentaje de pacientes que presentan la conducta cumplirán los criterios suficientes para establecer el diagnóstico (8).

Se ha sugerido que los síntomas relacionados con la suicidalidad, descritos en el criterio 5 de DSM-IV-TR como “comportamiento suicida recurrente, gestos, amenazas o comportamiento autolesivo”, serían especialmente prominentes cuando la disregulación del afecto o el control de impulsos predominan (9).

Se han identificado tres características de la personalidad como relevantes para el comportamiento autodestructivo: perfeccionismo, agresión-impulsividad y disregulación afectiva (4).

Clínicamente la conducta autodestructiva, y en particular la conducta de automutilación, se han asociado con una mayor presencia de experiencias traumáticas en la infancia y síntomas disociativos. Asimismo, presentan un mayor grado de impulsividad y disociación, fueron víctimas con mayor frecuencia de agresión sexual durante la infancia y la frecuencia de experiencias disociativas se correlaciona directamente con el grado de conductas autolesivas.

IV. BIOLOGÍA Y ANATOMÍA FUNCIONAL DE LA SENSACIÓN DE DOLOR.

El dolor agudo es una experiencia universal y una protección biológica. Generalmente es de corta duración, aunque cuando es desencadenado por daño tisular, el dolor puede persistir por los días o semanas que el cuerpo intenta curarse. El dolor agudo es una respuesta apropiada a un evento desencadenante asociado con daño tisular real o potencial. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño real o potencial de tejidos, o descrita en términos de tales daños, o ambos". Esto significa que el dolor puede ser causado por estímulos nocivos, pero también puede ser experimentado en la ausencia de tales estímulos. Por lo tanto, la experiencia del dolor es multimodal, incluyendo experiencias físicas, sensoriales, emocionales y cognitivas, así como una percepción puede o no relacionarse al daño tisular real. La activación de nociceptores por sí misma no es suficiente para experimentar dolor, pues hay modificadores del sistema nervioso central para el procesamiento del dolor nociceptivo. Por lo tanto, el dolor es una experiencia subjetiva que depende del estado del sistema nervioso (24).

El dolor normal (dolor nociceptivo) resulta de la activación de terminaciones nerviosas libres en tejidos periféricos. La liberación de sustancias inflamatorias después de una lesión tisular activa terminaciones nerviosas A delta (fibras mielinizadas de pequeño

diámetro que transmiten dolor primario) y terminaciones nerviosas C (fibras aferentes desmielinizadas de pequeño diámetro que transmiten el dolor secundario), aumentando su sensibilidad. Esta disminución en el umbral de respuesta resulta en un aumento de disparos de estas aferencias en la médula espinal. Entonces se activan neuronas de segundo orden en la médula espinal, que envían proyecciones a tálamo y tronco cerebral a través de los tractos espinotalámico y espinomesencefálico. Desde el tálamo, se cree que el sistema del dolor se divide en un sistema lateral que participa en la sensación del dolor (sensorial y discriminatorio) y un sistema medial que participa en la connotación emocional del dolor (afecto y motivación). La proyección al núcleo somatosensorial primario del tálamo (complejo posterior ventral) es importante para la percepción del dolor, que a su vez se proyecta a cortezas somatosensoriales primaria y secundaria, así como a la porción dorsal de la ínsula posteromedial y corteza parietal posterior. El tracto espinotalámico también proyecta a núcleos talámicos. Es probable que los aspectos emocionales del dolor sean modulados mediante los núcleos intralaminar y medial de la corteza anterior del cíngulo (área 24 Brodmann), así como la corteza insular anterior y corteza orbitofrontal (25).

Centros superiores también modulan el dolor a través de estructuras del tronco cerebral. En particular, el núcleo raquídeo dorsal en el tronco cerebral se proyecta al tálamo y médula espinal para modular la intensidad del dolor. La sustancia gris periacueductal recibe proyecciones de muchas estructuras límbicas, sensoriales y autonómicas. Entre otras acciones, modula el nivel de actividad del núcleo raquídeo dorsal (18).

Así, la integración de las tres esferas del dolor (intensidad, nivel de desagrado y afecto secundario) se lleva a cabo en dos vías que conducen la información nociceptiva hacia las estructuras límbicas: una vía directa a través de los núcleos centrales del tálamo hacia la corteza insular y del cíngulo anterior y otra vía que proviene de las áreas somatosensoriales talámicas y corticales, que posteriormente constituyen una vía cortico-límbica que brinda información contextual acerca del estímulo doloroso. Ambas convergen en estructuras corticales y subcorticales del cíngulo anterior. La corteza del cíngulo anterior tiene un papel importante en los componentes afectivos del dolor. El estímulo doloroso también involucra áreas en la corteza dorsolateral prefrontal ya que interviene en el control del dolor (5).

V. DISOCIACIÓN EN EL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD.

La disociación patológica es conceptualizada como una alteración en las funciones integrativas de identidad, memoria y consciencia. Se ha propuesto que ciertos estados disociativos pueden ser una expresión de disfunción en la conectividad córtico-talámica.

Pacientes con trastorno límite de personalidad reportan altos niveles de disociación comparados con sujetos sanos y pacientes con trastornos del espectro de esquizofrenia. Clínicamente, esta alteración puede relacionarse con síntomas como difusión de la identidad, confusión, episodios amnésicos, sensaciones de alejamiento y pérdida o alteración de funciones sensitivas o motoras. Esta alteración se ha relacionado con una disfunción o deficiencia de la neurotransmisión mediada por receptores NMDA (15).

ANTECEDENTES

La conducta autolesiva ocurre en 70-80% de los pacientes que cumplen criterios de DSM-IV para el TLP y aproximadamente el 60% reportan que no experimentan dolor durante ella (21). Característicamente la conducta autolesiva o de automutilación no tiene intención suicida. La conducta autodestructiva en pacientes con trastorno de personalidad límite es comprendida de forma incompleta y puede estar asociada a diferentes motivaciones, significados y propósitos en cada paciente o en diversos momentos de un mismo paciente. Esta conducta puede producir la liberación de disforia aguda y puede estar acompañada de analgesia (15).

En un estudio en población psiquiátrica con conducta autolesiva, se evaluó la correlación clínica con diagnósticos de eje I y eje II. Se encontró que la conducta autolesiva estuvo asociada con trastorno por abuso de sustancias, trastorno por estrés postraumático y trastorno explosivo intermitente, además de los diagnósticos de trastorno antisocial y límite de la personalidad. Además, se relacionó la conducta autolesiva con altos niveles de síntomas disociativos, aún controlando el diagnóstico de trastorno límite y el abuso sexual (28).

En un estudio experimental, el grado de dolor reportado durante una prueba nociceptiva con frío (cold pressor test) fue significativamente menor en 11 mujeres con trastorno límite de personalidad, quienes habían reportado no experimentar dolor durante actos autolesivos, al compararlas con 11 pacientes con el mismo trastorno pero que refirieron experimentar dolor durante los actos autolesivos, y con 6 mujeres sanas como controles. Además, no hubo una diferencia significativa entre los grados de dolor reportados entre los dos últimos grupos. Además, auto reportes de depresión, cólera, ansiedad y confusión de las pacientes que no reportan dolor fueron significativamente más bajos después de la prueba (21).

En otro estudio con 15 mujeres con TLP que reportaron no experimentaban dolor durante actos autolesivos, se encontró que tuvieron menor capacidad de discriminación entre un dolor imaginario y estímulos dolorosos leves y más altas puntuaciones en la escala de experiencias disociativas, al compararlas con 24 mujeres con el mismo diagnóstico pero que reportaron experimentaban dolor durante actos autolesivos y con 22 mujeres sanas. Esto sugiere que la analgesia durante actos autolesivos puede estar relacionada tanto con una alteración en la capacidad de distinguir estímulos dolorosos como con mecanismos disociativos (23).

En un estudio más, se examinó la respuesta al estímulo térmico de pacientes con trastorno límite de personalidad mediante la teoría de detección de señal para determinar si había diferencias en la percepción del dolor y si estas eran explicadas por factores neurosensoriales o de actitud. Las 9 pacientes con TLP que reportaron no experimentar dolor durante actos autolesivos mostraron menor capacidad de discriminar estímulos térmicos nocivos que las 17 pacientes que reportaron sentir dolor durante actos autolesivos, las 8 pacientes sin antecedentes de conducta autolesiva y 9 mujeres sanas. Las pacientes del primer grupo también expresaron una actitud más estoica en respuesta a los estímulos dolorosos. Estos hallazgos sugieren que la analgesia durante los actos autolesivos en pacientes con TLP está relacionada tanto a anormalidades neurosensoriales como a diferencias de actitud ante el dolor (20).

Para estudiar los fundamentos neurofisiológicos de la conducta autolesiva en mujeres con TLP, se realizó un EEG durante una prueba nociceptiva con frío para comparar 4 grupos: 19 mujeres con TLP que reportaron no sentían dolor durante actos autolesivos, 22 que reportaron sentían dolor durante autolesiones, 15 con trastorno depresivo mayor y 20 sanas. Las mujeres del primer grupo tuvieron menores grados de dolor durante la prueba y puntuaciones más altas en la escala de experiencias disociativas, comparadas con los otros grupos. El poder absoluto en la actividad theta del EEG fue significativamente más alto en los dos grupos con TLP y se correlacionó con los grados de dolor y las puntuaciones en la escala de experiencias disociativas. Esto sugiere un posible sustrato neurofisiológico posiblemente ligado a mecanismos disociativos (19).

En otro estudio, se aplicaron dos pruebas nociceptivas, una prueba con estímulo de frío (cold pressor test) y la prueba del torniquete, a 12 mujeres con TLP con analgesia durante la autolesión y a 19 controles sanas, todas ellas libres de medicación psicotrópica. Las pruebas se aplicaron en dos momentos: uno durante la percepción subjetiva de calma y otro durante intensa ansiedad e impulsos de autolesión. Incluso en el primer momento las pacientes con TLP mostraron una reducción significativa en la percepción del dolor en comparación con las controles en ambas pruebas. Durante la ansiedad la percepción del dolor en pacientes con TLP se redujo significativamente respecto al momento de calma. Esto indica un mayor umbral al dolor, incluso en ausencia de angustia, en pacientes con TLP, que es más elevado durante el estrés (2).

Esta información ha permitido inferir que en pacientes con TLP la atenuación en la percepción del dolor no está relacionada con una alteración en el componente sensorial-discriminatorio del dolor, no se debe a hiperactividad inhibitoria descendente, ni a alteraciones de atención, sino puede deberse a un proceso intracortical alterado similar a ciertos estados meditativos. Por lo tanto, la analgesia que se presenta en la conducta de automutilación de pacientes con TLP está relacionada tanto a anomalías en procesos neurosensoriales como en aspectos emocionales y de actitud hacia el dolor en estos pacientes (26).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre la percepción del dolor y la presencia de síntomas disociativos en pacientes con trastorno límite de personalidad con conducta autolesiva?

JUSTIFICACIÓN

De manera similar a lo reportado en la literatura internacional, el diagnóstico de trastorno límite de personalidad se relaciona con una alta frecuencia en el uso de servicios de salud mental en nuestro país. En particular, el intento suicida es la primera causa de hospitalización psiquiátrica, lo cual es frecuente en pacientes con este diagnóstico. Además, la conducta autolesiva recurrente en estos pacientes, constituye un factor de riesgo para cometer suicidio. Por tal razón, es importante caracterizar este grupo diagnóstico en nuestra población, en busca de recursos de atención y tratamiento que mejoren el diagnóstico y evolución del padecimiento.

Ya se ha considerado el impacto de las experiencias disociativas en la percepción del dolor en pacientes con trastorno límite de personalidad, sin embargo, aportar evidencia respecto a la posible relación entre la conducta autolesiva, la percepción del dolor y la presencia de experiencias disociativas en un grupo homogéneo, daría solidez al conocimiento respecto al procesamiento del dolor en estas pacientes. Además, el corroborar una asociación entre las características clínicas de las pacientes con el trastorno y la conducta autolesiva, permitiría plantear una teoría consistente que relacionara fenómenos psicopatológicos con eventos neurofuncionales.

Se ha reportado que las pacientes con TLP tienen aumentado el umbral al dolor cuando se comparan con controles sanos, sin embargo, no se ha comparado en subgrupos de pacientes con TLP con grados diversos en la gravedad de la conducta autolesiva, lo que permitiría establecer si el umbral incrementado al dolor es una condición que facilita la conducta autolesiva e influye en la gravedad de ésta o si se trata de una condición inherente al trastorno sin influencia sobre tal conducta.

Finalmente, es importante establecer si la intensidad de síntomas disociativos guarda relación con la gravedad de la conducta autolesiva en pacientes con trastorno de personalidad límite.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Examinar la relación de los componentes del dolor con experiencias disociativas en pacientes con trastorno límite de personalidad con conducta autolesiva.

Objetivos Específicos

- Determinar las características de la percepción del dolor a través de sus componentes *sensitivo* (umbral al dolor) y *cognoscitivo* (tolerancia al dolor), en pacientes con trastorno límite de personalidad con conducta autolesiva.
- Examinar la relación entre la presencia de experiencias disociativas y las características de los componentes de la percepción del dolor en pacientes con trastorno límite de personalidad con conducta autolesiva.
- Relacionar la gravedad de la conducta autolesiva con la gravedad de las experiencias disociativas en pacientes con trastorno límite de personalidad.
- Relacionar la gravedad de la conducta autolesiva con las características de la percepción del dolor en pacientes con trastorno límite de personalidad.

HIPÓTESIS

Existe una alteración en la percepción del dolor, manifestada como mayor umbral y tolerancia a estímulos dolorosos, que se relaciona con una mayor gravedad de la conducta autolesiva y la presencia incrementada de experiencias disociativas, en pacientes con trastorno límite de personalidad con conducta autolesiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Según la clasificación de Feinstein, se trata de un estudio comparativo, de escrutinio, transversal y homodémico.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron en el estudio mujeres de entre 18 y 40 años de edad con diagnóstico de trastorno límite de personalidad y conducta autolesiva. La muestra se integró corroborando el diagnóstico de trastorno límite de personalidad mediante la realización de la entrevista clínica semiestructurada para trastornos de personalidad del DSM-IV (SCID II) a pacientes hospitalizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, con la sospecha clínica del trastorno.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

- ***Inclusión:***
 - Mujeres.
 - Edad de 18 a 40 años.
 - Diagnóstico de trastorno de personalidad límite según DSM-IV, con conducta autolesiva.
 - Que acepten participar en el estudio.
- ***Exclusión:***
 - Historia de trastorno psicótico en algún momento de su vida, trastorno mental secundario a causa médica no psiquiátrica, antecedente de trauma craneal, antecedente de enfermedad neurológica, presencia de alteraciones sensitivas en el examen neurológico.
 - Antecedente de dolor crónico.
 - Que estén recibiendo tratamiento analgésico en el momento del estudio.
 - No acepten participar.
- ***Eliminación:***
 - Que desistan de su participación.

Variables y escalas de medición

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Gravedad de conducta autolesiva.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Tolerancia al dolor.
- Umbral al dolor.
- Síntomas disociativos.

Métodos de recolección de datos e instrumentos de medición.

Una vez obtenido el consentimiento informado (anexo 1), se aplicó **la entrevista clínica estructurada para trastornos de eje II del DSM-IV (SCID-II)** para establecer el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, la cual ha mostrado un poder diagnóstico superior a 0.85 para la mayoría de los diagnósticos de eje II, incluyendo el trastorno límite de personalidad (con variabilidad de entre 0.45 a 0.95 según el diagnóstico) (6).

Se obtuvo información acerca del **antecedente de conducta autolesiva** mediante un cuestionario (anexo 2) aplicado por un entrevistador, que incluyó la edad de inicio de la conducta autolesiva, frecuencia y tipo de eventos, así como factores relacionados a los mismos. Los datos obtenidos fueron concentrados en una hoja de registro de conducta autolesiva (anexo 2). Este cuestionario ha sido elaborado en base a la Escala de Trauma en Autolesión (10), diseñada por Brian A. Iwata, con el objetivo de caracterizar la conducta autolesiva de acuerdo a la localización, tipo, frecuencia y severidad, publicada en *Journal of Applied Behavior Analysis*, en 1990. En base a la información obtenida mediante este cuestionario se clasificó la gravedad de conducta autolesiva en 4 categorías: categoría 0 para las pacientes con menos de 5 tipos de conducta autolesiva a lo largo de la vida y sin eventos autolesivos en los últimos 3 meses; categoría 1 para las pacientes con menos de 5 tipos de conducta autolesiva y menos de 5 eventos autolesivos en los últimos 3 meses; categoría 2 para las pacientes con 5 o más tipos de conducta autolesiva y entre 5 y 20 eventos autolesivos en los últimos 3 meses; y categoría 3 para las pacientes con más de 5 tipos de conducta autolesiva y más de 20 eventos autolesivos en los últimos 3 meses.

Por lo tanto, obtuvimos 4 grupos de pacientes, todas con antecedente de conducta autolesiva, clasificadas según la misma, lo que fue correlacionado como una variable ordinal con la puntuación obtenida en la escala de experiencias disociativas.

Se aplicó la **escala de experiencias disociativas** (anexo 3) para determinar la frecuencia de experiencias disociativas. Este instrumento fue publicado en 1986 por Bernstein y Putnam, y validado en México por Yazmín Mendoza Espinosa y Ariel Graff Guerrero, estableciendo una confiabilidad de alpha de Cronbach de 0.9385 y una validez con $df=305$; $p<0.01$, reportando además que la escala de experiencias disociativas en su versión en español, es confiable para evaluar la presencia de síntomas disociativos en población clínica y no clínica, al tener un índice mayor de 0.85 de consistencia interna; los individuos normales tuvieron puntuaciones más bajas y los sujetos con trastornos disociativos o con trastornos por estrés postraumático presentaron las puntuaciones más altas, corroborando el continuum de la disociación. Esta escala consiste en 28 reactivos con una modificación en el tipo de medición, del formato análogo visual original al categórico tipo likert de cinco categorías, donde 0 equivale a nunca, 25 a rara vez, 50 a algunas veces, 75 a casi siempre y 100 a siempre (14).

El **umbral al dolor** (componente sensitivo) y la **tolerancia al dolor** (componente cognoscitivo) fueron determinados mediante la aplicación de la prueba de termocicepción “cold pressor test”, que consiste en introducir por separado cada uno de los antebrazos dentro de un recipiente con agua enfriada a una temperatura de 10°C, lo que constituye el estímulo térmico doloroso. Se midió entonces el tiempo en segundos hasta que la paciente refirió percibir el estímulo frío como doloroso, lo que se estableció como “umbral al dolor”; la prueba continuó hasta el momento en que la paciente percibió el

estímulo como insoportable y retiró el miembro del agua, estableciéndose en ese momento la “tolerancia al dolor”, medida en segundos.

En la siguiente tabla se resume la definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Instrumento	Definición operacional
Gravedad de conducta autolesiva	Ordinal	Cuestionario de conducta autolesiva (anexo 2).	Categoría 0: menos de 5 tipos de conducta autolesiva a lo largo de la vida y sin eventos autolesivos en los últimos 3 meses; categoría 1: menos de 5 tipos de conducta autolesiva y menos de 5 eventos autolesivos en los últimos 3 meses; categoría 2: 5 o más tipos de conducta autolesiva y entre 5 y 20 eventos autolesivos en los últimos 3 meses; categoría 3: más de 5 tipos de conducta autolesiva y más de 20 eventos autolesivos en los últimos 3 meses.
Umbral al dolor	Continua	Cold Pressor Test (anexo 5).	Mediante estímulo de frío con agua a 10°C sobre cada antebrazo, umbral al dolor es el momento en que la paciente refiere comenzar a sentir dolor en el miembro dentro agua, medido en <i>segundos</i> .
Tolerancia al dolor	Continua	Cold Pressor Test (anexo 5).	Mediante un estímulo de frío con agua a 10°C sobre un antebrazo, tolerancia al dolor es el momento en que la paciente refiere no soportar el dolor y retira el miembro del agua, medida en <i>segundos</i> .
Síntomas disociativos	Continua	Escala de experiencias disociativas (anexo 3).	La gravedad de síntomas disociativos se determinó en base al puntaje total la escala de experiencias disociativas, a mayor puntuación mayor gravedad, en un rango de 0 a 112.

Análisis de los resultados

Las variables clínicas (síntomas disociativos) y conductuales (conducta autolesiva) del estudio se analizaron mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés: *Statistical Package for Social Sciences*) en su versión 13.

Para la descripción de las características de la muestra se obtuvieron medidas de tendencia central (porcentajes para variables no continuas y medias con desviación estándar para variables continuas).

Para relacionar la gravedad de la conducta autolesiva con la intensidad de las experiencias disociativas y con el umbral y tolerancia al dolor se utilizó la correlación de rho de Spearman.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Se trata de un estudio con riesgo mayor que el mínimo, ya que las pacientes participaron en una prueba con aplicación de estímulo doloroso. Sin embargo, el estímulo térmico (frío) fue controlado y vigilado para evitar algún tipo de lesión a las pacientes, es decir, el tiempo de exposición al estímulo de frío fue establecido a un máximo de 180 segundos.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 10 pacientes hospitalizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, todas ellas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad corroborado mediante la entrevista clínica semiestructurada para trastornos de personalidad del DSM-IV (SCID II), con un rango de edad de 18 A 38 años de edad.

Todas las pacientes tuvieron el antecedente de conducta autolesiva en algún momento de su vida, y solo una reportó no haber tenido conductas autolesivas en los últimos 3 meses.

Las conductas autolesivas más frecuentemente reportadas fueron: golpearse la cabeza o la cara (n=7), golpearse alguna otra parte del cuerpo (n=7), arañarse la piel (n=7), cortarse la piel (n=7) (Tabla 1).

Tabla 1. TIPO DE CONDUCTA AUTOLESIVA	n
Golpearse la cabeza o la cara	7
Golpearse alguna otra parte del cuerpo	7
Arañarse la piel	7
Picarse la piel	4
Pellizcarse la piel	3
Tallarse la piel	3
Cortarse la piel	7
Morderse alguna parte del cuerpo	5
Jalarse del cabello	6
Otras	3

En el 83% de los casos, las pacientes reportaron haber realizado la conducta autolesiva de manera impulsiva, y el solo 17% de forma planeada.

Las pacientes reportaron no haber experimentado dolor durante el acto autolesivo en el 63% de los eventos, contra el 37% en los que reportaron haber experimentado dolor.

El rango de edad de inicio de la conducta autolesiva fue de 9 a 18 años, con un promedio de 13.5 años de edad.

La gravedad de las conductas autolesivas se reportó como una variable ordinal con rango de 0 a 3, siendo cero la categoría menos grave y 3 la más grave. Una paciente calificó para la categoría 0 (10%), tres pacientes para la categoría 1 (30%), tres pacientes para la categoría 2 (30%) y tres pacientes para la categoría 3 (30%) (Gráfica 1).

La disociación se reportó como una variable continua, siendo el rango reportado de 11 a 86, con una media de 35.4 y DE de 22.65. Los puntajes obtenidos fueron correlacionados en su valor neto con la variable de gravedad de conducta autolesiva, por lo que no se reportan categorías en la escala de síntomas disociativos (gráfica 2).

El umbral al dolor se obtuvo del promedio del umbral del brazo izquierdo y del derecho, con un rango de 8.5 a 180 segundos, una media de 50.35 segundos y DE de 59.58. La tolerancia al dolor se obtuvo del promedio de la tolerancia del brazo derecho y del brazo izquierdo, con un rango de 19.5 a 180 segundos, una media 77.85 segundos y DE de 71.36

(tabla 2). Las correlaciones con la variable de gravedad de conducta autolesiva se realizaron con el resultado del umbral y tolerancia al dolor medido de forma directa (en segundos).

Al correlacionar la gravedad de las conductas autolesivas con el puntaje de la disociación, éstas se correlacionaron positiva y significativamente ($r=0.661$, $p=0.037$).

Al correlacionar la gravedad de las conductas autolesivas con el umbral y la tolerancia al dolor, se correlacionaron positivamente en ambos casos, aunque en ninguna de ellas fue significativa (umbral: $r=0.164$, $p=0.651$; tolerancia: $\rho=0.092$, $p=0.8$)

El umbral y la tolerancia al dolor se correlacionaron positiva y significativamente ($\rho=0.963$, $p<0.001$).

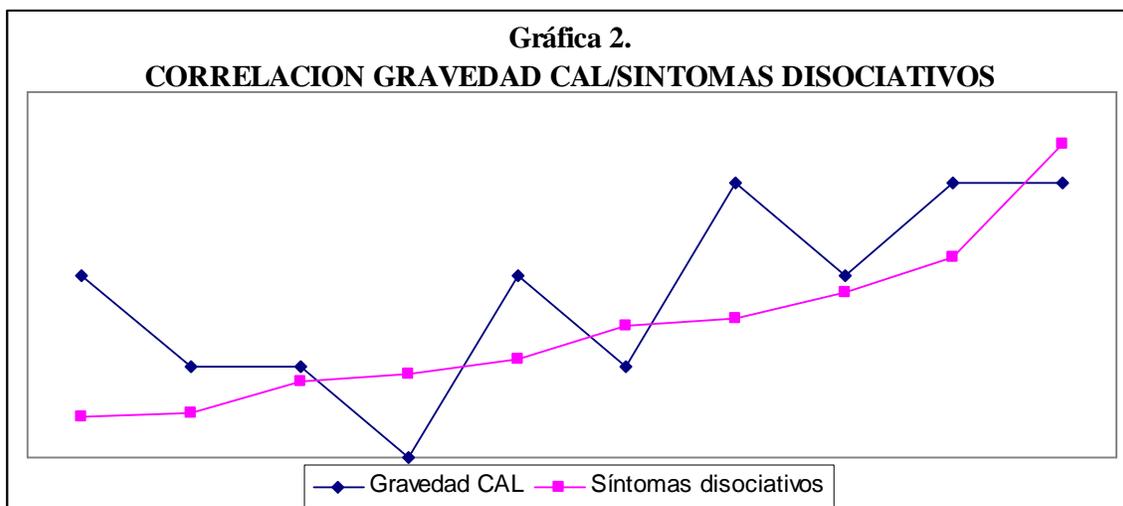
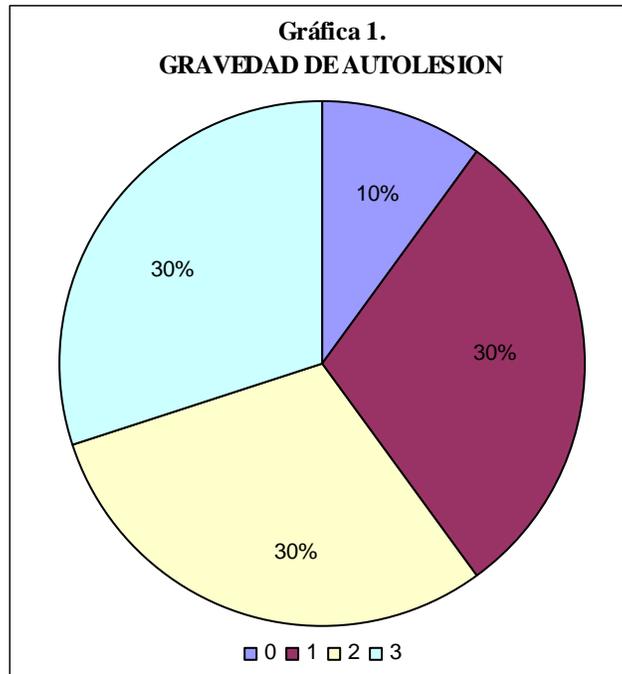


Tabla 2.

UMBRAL Y TOLERANCIA AL DOLOR DURANTE "COLD PRESSOR TEST"						
Pacientes (n=10)	Umbral (segundos)			Tolerancia (segundos)		
	Derecho	Izquierdo	Promedio	Derecho	Izquierdo	Promedio
	21	21	21	31	31	31
	33	36	34.5	39	69	54
	37	38	37.5	53	46	49.5
	180	100	140	180	180	180
	9	8	8.5	21	18	19.5
	18	15	16.5	38	38	38
	18	9	13.5	33	18	25.5
	180	180	180	180	180	180
43	37	40	180	180	180	
13	11	12	22	20	21	

DISCUSIÓN

Las pacientes con trastorno límite de personalidad y conductas autolesivas representan un grupo de interés clínico debido a lo riesgoso de sus conductas, así como por lo impactante y difícil de explicar que resulta el comportamiento de automutilación.

A pesar que los síntomas disociativos incluyen un criterio diagnóstico del trastorno límite de personalidad, poco se ha estudiado su relación con la etiología del trastorno y la contribución de estos a otras características clínicas del mismo.

A pesar de que la muestra que se obtuvo en este estudio fue pequeña, está bien caracterizada en cuanto al tipo y frecuencia de las conductas autolesivas, que se tradujo en gravedad de las mismas.

Semejante a lo reportado por Russ et al (21), en nuestra muestra se reporta que la mayoría de las pacientes con trastorno límite de personalidad no experimentan dolor durante las conductas autolesivas (63% vs 37% de los eventos).

Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con una parte de la hipótesis propuesta, aunque no en su totalidad.

En nuestro estudio resultó significativa la asociación de la intensidad de los síntomas disociativos con la gravedad de la conducta autolesiva, lo cual apoya la teoría que las conductas autolesivas guardan relación con las experiencias disociativas, como lo publicaron Zlotnick et al (28) en su estudio con una muestra clínica. También concurre con la propuesta de Russ et al (20) de que este fenómeno de disociación puede influir en la percepción al dolor durante la conducta autolesiva a manera de un estado de conciencia alterado.

Aunque es sabido que el umbral y la tolerancia al dolor son fenómenos no necesariamente relacionados, pues un umbral alto puede no acompañar a una tolerancia alta al dolor, en nuestra muestra el umbral se correlacionó importante y significativamente con la tolerancia, lo cual asocia estos fenómenos en nuestras pacientes, por lo que se requerirá de proyectos con métodos más sensibles para determinar alguna diferencia entre estos dos fenómenos relacionados al dolor.

Quizás el hallazgo más importante en este estudio fue el no haber presentado una relación significativa entre la gravedad de las conductas autolesivas y las variables de percepción al dolor, lo que se contrapone con lo reportado por Bohus et al (2), quien encontró una reducción de la percepción del dolor en pacientes con conducta autolesiva y analgesia durante los eventos. Este resultado sugeriría de manera preliminar que el fenómeno de la automutilación en estas pacientes no guarda relación directa con una anomalía del umbral ni la tolerancia al dolor, por lo tanto, la sola alteración en los componentes de la percepción del dolor no explicarían totalmente la gravedad de las conductas autolesivas, mientras se consolidaría aún más la propuesta de que los estados disociativos se relacionan a tal manifestación clínica de manera más directa.

Resulta poco esperado y difícil de explicar el no haber encontrado una relación entre las experiencias disociativas, el umbral y la tolerancia al dolor, como lo reportado en un estudio de Russ et al (19). Esto sugeriría que estos dos componentes de la nocicepción se comportan de manera distinta durante los actos autolesivos de las pacientes con trastorno límite de personalidad, pues serían modificados de forma específica durante los eventos autolesivos. Al respecto, debemos recordar que los síntomas disociativos dependen del

contexto sobre todo afectivo en el cual se encuentre el individuo y la escala de experiencias disociativas evalúa este fenómeno de manera longitudinal, mientras la prueba de « *cold pressor test* » representa una reacción perceptual en un determinado momento.

Lo más probable es que estos resultados se aclaren satisfactoriamente con muestras más grandes y mediante comparaciones entre pacientes con trastorno límite de personalidad con y sin conductas autolesivas.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes con trastorno límite de personalidad y conducta autolesiva no experimenta dolor durante éstos eventos.

Acorde a lo reportado previamente, concluimos que las conductas autolesivas se relacionan con los síntomas disociativos al presentarse de manera concomitante. Además, en base a los hallazgos del presente estudio, consideramos que guardan una relación aún más estrecha al corresponderse de manera positiva la gravedad de las conductas autolesivas con la frecuencia de los síntomas disociativos.

Esta relación se refuerza al considerar que la gravedad de las conductas autolesivas no se correlaciona de manera significativa con los componentes nociceptivos en ausencia de los fenómenos disociativos.

Finalmente, proponemos que el estado transitorio de alteración en la conciencia propio de los fenómenos disociativos propiciaría, a través de una condición nociceptiva modificada, presente específicamente durante los actos autolesivos, un contexto favorecedor de estos eventos.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. *Text revised. (DSM-IV-TR)*. Washington, 2000.
2. BOHUS M. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality and self-mutilating behavior. *Psychiatric Research*, 95:251-260, 2000.
3. BRODSKY BS. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav*, 36(3):313-22, 2006.
4. CLARKIN J. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnormal Psychology*, 92:263-275, 1983.
5. COGHILL RC. Pain intensity processing within the human brain: a bilateral, distributed mechanism. *J Neurophysiol*, 82:1934-1943, 1999.
6. FIRST M. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-V. Masson, Barcelona, 1999.
7. GERSON J. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. *Curr Psychiatry Rep*, 4(1):30-38, 2002.
8. GRILO CM. Related articles, diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in hispanic men and women with substance use disorders. *J Consult Clin Psychol*, 72: 126-131, 2004.
9. GUNDERSON JG. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Ann NY Acad Sci*, 932:61-73, 2001.
10. IWATA BA. The self-injury trauma (SIT) scale: a method for quantifying surface tissue damage caused by self-injurious behavior. *Journal of Applied behavior Analysis*, 23: 99-110, 1990.
11. KEMPERMAN I. Pain assessment in self-injurious patients with borderline personality disorder using signal detection theory. *Psychiatry Research*, 70:175-83, 1997.
12. KOCALEVENT RD. Autodestructive syndromes. *Psychother Psychosom*, 74 :202-11, 2005.
13. LEIBENFULT E. The inner experience of the borderline self mutilator. *J Pers Dis*, 1:317-324, 1987.
14. MENDOZA EY. Disociación y comportamiento autolesivo: aproximaciones para el estudio de la autoconciencia. *Tesis de Especialidad (en Psiquiatría) U.N.A.M. Facultad de Medicina-Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 2003.
15. MENDOZA EY. Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*; 25: 10-16, 2002.
16. NIJMAN HL. Self-mutilating behavior of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, 14:4-10, 1999.
17. OLDHAM JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*, 163: 20-26, 2006.
18. PRICE DD. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*, 288:1769-1772, 2000.
19. [RUSS MJ](#). EEG theta activity and pain insensitivity in self-injurious borderline patients. *Psychiatry Res*, 89: 201-214, 1999.

20. RUSS MJ. Pain and self-injurious in borderline patients: sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatry Research*, 63:57-65, 1996.
21. RUSS MJ. Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorders. *Biol Psychiatry*, 32:501-511, 1992.
22. RUSS MJ. Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 150:1869-1871, 1993.
23. SCHMAHL C. Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. *Pain*, Jul; 110:470-479, 2004.
24. TABER K. H. Functional Anatomy of Central Pain. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 13(4): 437 – 440, 2001.
25. VOGT BA. The medial pain system, cingulate cortex, and parallel processing of nociceptive information. *Prog Brain Res*, 122 :223-235, 2000.
26. WINCHEL RM. Self-Injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*, 148:306-317, 1991.
27. ZANARINI MC. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155:1733–1739, 1998.
28. ZLOTNICK C. Clinical correlates of self-mutilation in a clinical sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*, 187: 296-301, 1999.

Anexo 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”

Proyecto: **“PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DISOCIATIVOS”**

Responsable: Dr. Ilyamín Merlín García.

Numero de proyecto:

Usted participara en un estudio sobre la percepción del dolor en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

La *participación* no implica costo para usted. Incluye la realización de una entrevista diagnóstica, el llenado de escalas sobre antecedentes de experiencias disociativas, un cuestionario sobre conductas autolesivas, un inventario de trauma infantil, y la aplicación de pruebas para determinar su umbral y tolerancia al dolor. Lo anterior requerirá de tres sesiones de una hora cada una.

Las pruebas de umbral y tolerancia al dolor incluye: la aplicación de frío mediante la introducción de cada una de sus manos en un recipiente con agua a 10°C. Durante los procedimientos los estímulos estarán controlados para evitarle alguna complicación, es decir, el tiempo de exposición a cada estímulo será estandarizado a límites que impidan causarle daño. Al finalizar el estudio se pueden reanudar las actividades habituales inmediatamente.

El procedimiento puede resultar peligroso y esta contraindicado cuando se presentan:

- Alteraciones en la sensibilidad dérmica.

Este riesgo ha sido eliminado previamente, cuando se le realizó un examen neurológico clínico en el cual usted no tuvo alteraciones al respecto.

Al aceptar participar en este proyecto se le garantiza la respuesta de cualquier duda con respecto al estudio y durante la realización del estudio estará presente un psiquiatra para aclararle cualquier inquietud.

El equipo involucrado en esta investigación se compromete a reportarle cualquier resultado anormal obtenido, así como a referirle a la atención médica correspondiente, en caso de ser necesario.

Usted es libre de abandonar el proyecto en cualquier momento que lo desee.

Después de haber leído, entendido y en caso de haber tenido alguna duda haber preguntado sobre lo que implica la participación este estudio yo _____, acepto de manera voluntaria la participación en este estudio.

Firma: _____.

Yo _____, padre o tutor, acepto la participación de mi familiar en este estudio.

Firma: _____.

Testigo:

Testigo:

Responsable del proyecto: Dr. Ilyamín Merlín García.

Teléfono: 56552811, Ext. 265.

México DF, a _____ de _____ de 2008.

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CONDUCTA AUTOLESIVA.

1. ¿Alguna vez ha realizado algún acto para lastimarse a propósito, sin la intención de quitarse la vida, como:
 - a. Golpearse la cabeza o la cara con algún objeto o sus manos?
 - b. Golpearse alguna otra parte del cuerpo contra algún objeto?
 - c. Arañarse la piel?
 - d. Picarse la piel?
 - e. Pellizcarse la piel?
 - f. Tallarse la piel?
 - g. Cortarse la piel?
 - h. Morderse alguna parte del cuerpo?
 - i. Jalarse del cabello?
 - j. Algún otro acto (especificar).

(Para cada acto autolesivo presente se interrogarán cada una de las siguientes preguntas).

2. ¿Cuántas veces se ha realizado este tipo de lesión en los últimos 3 meses?
3. Durante este acto experimentó un estado o sensación como de:
 - a. No darse cuenta de haberlo hecho.
 - b. No recordar detalles de lo sucedido.
 - c. Sentirse otra persona.
 - d. Ignorar el dolor.
 - e. No darse cuenta lo que pasaba a su alrededor.
 - f. Sentir que todo alrededor no era real.
4. ¿Cuándo sucedió, había pensado previamente en realizarlo o como realizarlo o lo hizo de manera impulsiva?
5. ¿A qué edad se lastimó de esta manera por primera vez?
6. ¿Durante este acto sintió o no dolor?
7. ¿Hay algún tipo de emoción o estado que usted identifique le lleve a realizar esta conducta, como ansiedad, tristeza enojo u otra?

Diseñado por Ilyamín Merlín García.

ANEXO 2. HOJA DE REGISTRO DE CONDUCTA AUTOLESIVA.

Conducta		La ha Realizado		Estado sensación	Planeado	Impulsivo	Edad de inicio	Dolor		Frecuencia en últimos 3 meses				Factor afectivo relacionado			
		Si	No					Si	No	0	1	2	3 +	Ansiedad	Tristeza	Enojo	Otro (especifique)
Golpearse la cabeza o la cara contra algún objeto																	
Golpearse otra parte del cuerpo contra algún objeto																	
Arañarse la piel																	
Picarse la piel																	
Pellizcarse la piel																	
Tallarse la piel																	
Cortarse la piel																	
Morderse alguna parte del cuerpo																	
Jalarse del cabello																	
Otras (especifique)	1)																
	2)																
	3)																

Estados o sensaciones experimentadas durante el evento.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. No darse cuenta de haberlo hecho. 3. Sentirse otra persona. 5. No darse cuenta lo que pasa alrededor. | <ul style="list-style-type: none"> 2. No recordar detalles de lo sucedido. 4. Ignorar el dolor. 6. Sentir que todo alrededor no es real. |
|--|---|

Diseñado por Ilyamín Merlín García.

ANEXO 3. ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS.

Instrucciones.

Este cuestionario consta de 28 preguntas acerca de experiencias que usted puede tener en su vida diaria. Estamos interesados en saber con que frecuencia tiene usted estas experiencias. Es importante que considere únicamente las experiencias que ha presentado cuando no se encuentra bajo el efecto de otras drogas.

Para contestar el cuestionario marque con una cruz (X) donde crea adecuado.

1.- Algunas personas al ir en un vehículo repentinamente se dan cuenta que no recuerdan que ha sucedido la mayor parte del viaje.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

2.- Algunas personas al estar escuchando hablar a alguien repentinamente se dan cuenta que no han escuchado parte o todo lo que se ha dicho.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

3.- Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar sin tener idea de cómo llegaron ahí.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

4.- Algunas personas tienen la experiencia de estar vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

5.- Algunas personas tienen la experiencia de encontrar entre sus pertenencias objetos que no recuerdan haber comprado.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

6.- Algunas personas tienen la experiencia de encontrar gente que no conocen, que los llama por otro nombre, o insisten que se conocen de antes.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

7.- Algunas personas tienen la experiencia de sentirse como si estuvieran paradas a un lado de ellas mismas o viéndose ellas mismas haciendo algo, como si estuvieran viendo a otra persona.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

8.- Algunas personas dicen que a veces no reconocen a sus amigos o a sus familiares.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

9.- Algunas personas se dan cuenta que no recuerdan algunos eventos importantes de su vida.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

10.- Algunas personas tienen la experiencia de ser acusadas de mentirosas, cuando ellas piensan que no han mentado.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

11.- Algunas personas tienen la experiencia de verse al espejo y no reconocerse.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

12.- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las otras personas, los objetos y el mundo que las rodea no son reales.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

13.- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su cuerpo no les pertenece.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

14.- Algunas personas tienen la experiencia de recordar algún evento del pasado de manera tan vívida que sienten como si lo estuvieran reviviendo.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

15.- Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si las cosas que ellos recuerdan, realmente sucedieron o si las soñaron.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

16.- Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar conocido pero sienten como si el lugar fuera extraño o no familiar.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

17.- Algunas personas cuando están viendo la televisión llegan a estar tan metidas en el programa que no se dan cuenta de lo que pasa a su alrededor.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

18.- Algunas personas llegan a estar tan involucradas en una fantasía o en “soñar despiertas”, que sienten como si su fantasía realmente estuviera sucediendo.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

19.- Algunas personas se dan cuenta que son capaces de ignorar el dolor.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

20.- Algunas personas en ocasiones se dan cuenta que están sentadas con la mirada perdida en el espacio, pensando en nada y sin darse cuenta del paso del tiempo.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

21.- Algunas personas se dan cuenta que cuando están solas se hablan a si mismas en voz alta.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

22.- Algunas personas se dan cuenta que, comparado con otra situación similar, en algunas ocasiones pueden actuar tan diferente, que sienten casi como si fueran dos personas distintas.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

23.- Algunas personas se dan cuenta que en ciertos momentos son capaces de hacer cosas que usualmente serían difíciles para ellos.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

24.- Algunas personas se dan cuenta que no pueden recordar si hicieron algo o únicamente pensaron en hacerlo.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

25.- Algunas personas en ocasiones encuentran escritos, dibujos o notas entre sus pertenencias que ellos debieron haber hecho pero no lo recuerdan.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

26.- Algunas personas se dan cuenta que escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen que hacen cosas o comentan sobre cosas que ellos están haciendo.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

27.- Algunas personas sienten como si estuvieran viendo el mundo a través de la niebla por lo que las personas y las cosas les parecen lejanas y borrosas.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

28.- Algunas personas en ocasiones se dan cuenta de haber realizado cosas que no recuerdan haber hecho.

Nunca Rara vez Algunas Veces Casi siempre Siempre

Traducido por Ariel Graff.

ANEXO 4. REGISTRO DE PRUEBAS NOCICEPTIVAS PARA PACIENTES CON TLP.

Nombre: _____ Exp: _____
Fecha y hora: _____

Prueba de estímulo frío (Cold pressor tests)

	Tiempo (segundos)	
	Brazo izquierdo	Brazo derecho
Umbral		
Tolerancia		

Diseñado por Alberto López Ávila.

ANEXO 6. DIAGRAMA DE FLUJO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

