



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**

**Instituto Nacional de Psiquiatría**

**Ramón de la Fuente Muñiz**

**“Estudio comparativo del fenómeno disociativo entre  
pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad con y sin  
conductas autolesivas sin intencionalidad suicida”**

PROYECTO DE TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, QUE PRESENTA:

Marco Antonio Ávila Olvera

Asesor teórico: Dr. Iván Arango de Montis

Asesor metodológico: Dra. Ana Fresán Orellana

Ciudad de México, 2018.

Se muestran tres firmas manuscritas en tinta azul. La primera firma está al lado del nombre Marco Antonio Ávila Olvera. La segunda firma está al lado del nombre del asesor teórico. La tercera firma está al lado del nombre del asesor metodológico. Debajo de la tercera firma, se encuentra la fecha "26/12/1018" escrita a mano.



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.

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>6</b>
• TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	8
ETIOLOGÍA. ....	8
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD PARA EL DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.5ª edición) 301.83 - F60.3.....	10
MANIFESTACIONES CLÍNICAS. ....	11
• DISOCIACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. ....	15
• CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA, SU RELACIÓN CON FENÓMENOS DISOCIATIVOS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. ....	20
• EPIDEMIOLOGÍA: Trastorno límite de la personalidad, conductas autolesivas no suicidas y experiencias disociativas. ....	27
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>28</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>28</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
• OBJETIVO GENERAL:.....	29
• OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	29
<b>HIPÓTESIS</b> .....	<b>29</b>
• HIPOTESIS GENERAL: .....	29
• HIPOTESIS ESPECÍFICAS: .....	30
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>30</b>
• TIPO DE ESTUDIO .....	30
• POBLACIÓN EN ESTUDIO: SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	30
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA .....	30
• CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	31
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	32
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: .....	32

•	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES-----	32
•	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN-----	34
	FORMATO DE DATOS CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS-----	34
	ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS (DES: Dissociative Experiences Scale)---	35
	INVENTARIO DE DECLARACIONES SOBRE AUTO LESIONES (ISAS: Inventory of Statements About Self Injury) -----	37
	<b>PROCEDIMIENTO -----</b>	<b>39</b>
	<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO -----</b>	<b>40</b>
	<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS -----</b>	<b>41</b>
	<b>ORGANIZACIÓN -----</b>	<b>41</b>
•	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES-----	42
	<b>RESULTADOS -----</b>	<b>43</b>
•	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA-----	43
•	CARACTERÍSTICAS DE LAS AUTOLESIONES SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA. 45	
•	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE PACIENTES CON Y SIN AUTOLESIONES. -----	47
•	EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS ENTRE PACIENTES CON Y SIN AUTOLESIONES. 49	
•	PREDICTORES DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA EN PACIENTES CON TLP.-----	50
	<b>DISCUSIÓN -----</b>	<b>51</b>
	<b>CONCLUSIONES-----</b>	<b>59</b>
	<b>REFERENCIAS -----</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO 1-----</b>	<b>67</b>

## **RESUMEN**

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por inestabilidad en distintos aspectos del desarrollo, destacando la inestabilidad afectiva y las conductas autodestructivas. Se ha implicado a las experiencias disociativas en la práctica de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida en este grupo de pacientes, quizá como fenómenos mediadores entre antecedentes de eventos traumáticos y la realización de las autolesiones. En este estudio se investigó la relación existente entre las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y la presencia de experiencias disociativas en pacientes con trastorno límite de la personalidad, comparando dos grupos de pacientes con este diagnóstico en una población mexicana de ambos sexos, uno con realización de conductas autolesivas y el otro sin ellas, mediante la aplicación de la ISAS (Inventory of Statements About Self-injury) para definir la función de las autolesiones, y la DES (Dissociative Experiences Scales) para evaluar el grado de presencia de experiencias disociativas. Los resultados sugieren que las conductas autolesivas no son realizadas principalmente para detener las experiencias disociativas, pero la presencia de desrealización/despersonalización representa un factor de riesgo para la práctica de las autolesiones en este grupo de pacientes. La escala ISAS traducida al español adaptada al léxico de México mostró una adecuada confiabilidad.

**PALABRAS CLAVE:** trastorno límite de la personalidad, disociación, conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.

## **ABSTRACT**

Borderline personality disorder is characterized by instability in different aspects of development, highlighting affective instability and self-destructive behaviors. Dissociative experiences have been implicated in the practice of self-injurious behaviors without suicidal intentionality in this group of patients, perhaps as mediating phenomena between the history of traumatic events and the realization of self-injuries. In this study we investigated the relationship between self-injurious behaviors without suicidal intentionality and the presence of dissociative experiences in patients with borderline personality disorder, comparing two groups of patients with this diagnosis in a Mexican population of both sexes, one with realization of self-injurious behaviors and the other without them, by applying the ISAS (Inventory of Statements About Self-injury) to define the function of self-injuries, and the DES (Dissociative Experiences Scales) to assess the degree of dissociation presence. The results suggest that self-injurious behaviors are not performed mainly to stop dissociative experiences, but the presence of derealization / depersonalization represents a risk factor for the practice of self-injuries in this group of patients. The ISAS scale translated into Spanish adapted to the lexicon of Mexico showed adequate reliability.

**KEYWORDS:** borderline personality disorder, dissociation, self-injurious behaviors without suicidal intentionality.

## **ANTECEDENTES**

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno psiquiátrico caracterizado por patrones generalizados de inestabilidad en múltiples dominios del funcionamiento general, incluyendo inestabilidad en el comportamiento con rasgos como impulsividad, conductas autodestructivas (conductas autolesivas sin intencionalidad suicida); inestabilidad afectiva como son el temor persistente al abandono, inestabilidad afectiva con episodios recurrentes de enojo inapropiado, inestabilidad cognitiva con pensamientos y percepciones distorsionados; inestabilidad en la atención con experiencias disociativas; e inestabilidad en las relaciones interpersonales con relaciones intensas y volátiles. Estas distorsiones pueden manifestarse de diversas formas que los hace resultar con mayor disfunción psicosocial en el curso de la vida, como son el aumento en frecuencia de abuso de sustancias, relaciones interpersonales problemáticas, cambios frecuentes de empleo, cuestionamientos frecuentes sobre su identidad de género, entre otros, lo que los lleva a requerir altos niveles de utilización de recursos de salud y salud mental.<sup>(1)</sup> Los trastornos psiquiátricos coexistentes más frecuentes con este trastorno de la personalidad son el trastorno depresivo mayor (comorbilidad de 71-83%)<sup>(2),(3)</sup>, trastornos de ansiedad (88%), trastorno bipolar (7-15%)<sup>(4)</sup>, trastorno de estrés post traumático (47-56%)<sup>(2),(3)</sup>, trastornos de la conducta alimentaria, especialmente Bulimia nervosa (7-26%)<sup>(2),(3)</sup>; trastornos por consumo de sustancias (50-65%)<sup>(2),(3)</sup> y trastorno por déficit de atención (40%).<sup>(5),(6)</sup>

En la historia del estudio de la agrupación de síntomas que integran a este trastorno se ha conceptualizado desde como un complejo de rasgos neuróticos y psicóticos, hasta desórdenes específicos de la personalidad, desórdenes del espectro de la esquizofrenia, trastornos afectivos, y la reciente conceptualización de trastornos de la personalidad, relacionado con trastornos del control de impulsos y del espectro del trauma.<sup>(1)</sup>

El compromiso de los procesos de desarrollo relacionados con la mala interpretación de las señales interpersonales, la falta de acceso a la experiencia emocional interior, y la experiencia disociativa de representación lleva a alteraciones en el funcionamiento social. El comportamiento social puede caracterizarse por la intrusión, la agresión y la insensibilidad ante las señales y las normas interpersonales.<sup>(1)</sup>

Dentro de la revisión de literatura clínica en el tema del trastorno límite de la personalidad, se sugiere que tres áreas de alteración cognitiva se asocian con el diagnóstico de este trastorno: sentimientos de desconfianza y suspicacia, episodios micropsicóticos relacionados con el estrés y fenómenos disociativos, de estos últimos predominando en frecuencia las experiencias de despersonalización y desrealización.<sup>(7)</sup>

Los fenómenos disociativos fueron añadidos dentro de los criterios diagnósticos del DSM 4 en 1994. La investigación ha demostrado consistentemente que los niveles de disociación son significativamente más altos en el trastorno límite de la personalidad en comparación con los controles normales, otros trastornos de la personalidad, y pacientes psiquiátricos generales sin un diagnóstico de trastorno disociativo como tal. La disociación en los pacientes con trastorno límite de la personalidad es a menudo asociado con el trauma, sin que esta relación sea estricta.<sup>(8)</sup> Las características del trastorno límite de la personalidad se asocian con el uso de estrategias de escape y evitación experiencial por antecedentes de sucesos traumáticos, como un intento de evitar pensamientos, imágenes, emociones, recuerdos, sensaciones físicas, u otras experiencias internas, aun cuando esta estrategia causa comportamiento lesivo a largo plazo.<sup>(8)</sup>

La disociación, definida como una alteración en las funciones habitualmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad, o la percepción del medio ambiente ha sido identificado como un mediador crítico entre la adversidad temprana y la psicopatología.<sup>(9)</sup> Los síntomas disociativos pueden estar presentes en una diversidad de trastornos psiquiátricos, sin tener que representar como tal un trastorno disociativo definido por manuales de diagnóstico como el DSM 5; a menudo este tipo de síntomas no son reconocidos clínicamente, y este hecho puede estar relacionado con la ausencia de instrumentos de diagnóstico apropiados. La relevancia de su identificación en los distintos tipos de trastornos psiquiátricos en los que podrían encontrarse radica en que los síntomas disociativos pueden influir considerablemente en el perfil de los síntomas y la respuesta a los tratamientos implementados; los niveles más altos de disociación podrían ser un predictor del resultado negativo a un tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico.<sup>(10)</sup>

Si bien presentan un riesgo de suicidio mayor a la población general, este riesgo es mayor en adultos jóvenes y disminuye gradualmente al aumentar la edad, predominando dentro de sus

conductas de riesgo las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.<sup>(6)</sup> Las conductas autolesivas no suicidas se han definido como la destrucción deliberada y auto infligida de tejido corporal sin intención suicida y para fines no sancionados por la sociedad, representando una de las conductas comunes más desadaptativas en los pacientes con trastorno límite de la personalidad siendo atribuidas tanto en su origen como en su persistencia a una dificultad en la regulación de las emociones y el alivio temporal de las experiencias internas intensas no deseadas.<sup>(8)</sup> Las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida continúan presentando el estigma de ser visto como un gesto de manipulación, en lugar de un intento de mala adaptación para hacer frente a esas emociones intensas intolerables y abrumadoras.<sup>(11)</sup> La conexión entre el antecedente de abuso sexual infantil, fenómenos disociativos y conductas autolesivas (particularmente la realización de cortes) ha sido documentado y discutida en la literatura relacionada al estudio de este trastorno de la personalidad.<sup>(12)</sup> Se sugiere que la disociación y la desregulación emocional pueden jugar un papel mediador que une el maltrato infantil y las conductas autolesivas en el adulto o adolescente.<sup>(13)</sup>

- **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

**ETIOLOGÍA.**

Los trastornos de la conducta se construyen a través de la interacción acumulativa de factores de riesgo y de protección que operan en el tiempo. Los primeros riesgos potencian el impacto de los riesgos posteriores, pero pueden ser moderados por los soportes inmediatos o contextuales en curso. Es importante en el desarrollo de la personalidad considerar el fenómeno de la adaptación, definida como la calidad de la integración entre los dominios de funcionamiento seleccionados ante los problemas que surgen en cada momento de la vida; la adaptación positiva se obtiene de las integraciones de las capacidades biológicas, socio emocionales, cognitivas y de representación que promueven una concordancia resolutiva con los problemas ocurridos. La mala adaptación, o adaptación psicopatológica, refleja una desviación del afrontamiento a los conflictos a partir de los patrones normales de adaptación, usando patrones de funcionamiento rígidos que comprometen el desarrollo del aprendizaje de la resolución de problemas. Las primeras interacciones entre el niño y el entorno configuran las reacciones posteriores a los desafíos y oportunidades de establecer

condiciones para la aparición de perturbaciones. Son importantes las formas como la experiencia temprana, la experiencia posterior y las circunstancias actuales interactúan para dar forma a la adaptación o perturbación de la misma en los adultos.<sup>(1)</sup>

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.<sup>(6)</sup> Los estudios más recientes se han enfocado en la identificación de la etiología del trastorno límite de la personalidad, destacando la dificultad para ello por la necesidad de la realización de estudios longitudinales prospectivos que determinen la relación entre características de la infancia y el desarrollo de la patología, para tener bases de medida del temperamento, así como la evaluación de la conducta en la crianza, y la medición de la influencia de factores externos, resaltando la complejidad de los síntomas y factores ambientales diversos que podrían contribuir al desarrollo del trastorno.<sup>(1)</sup>

En la búsqueda de la etiología específica del trastorno límite de la personalidad, se ha intentado explicar con una relación entre la presencia de la sintomatología y el temperamento expresado en la infancia, lo cual es sugestivo, pero no confirmatorio de que dichos rasgos estaban ya presentes desde los primeros meses de vida o que jueguen un rol causal.<sup>(1)</sup>

El origen y la evolución de los fenómenos limítrofes pueden analizarse identificándose como procesos dinámicos entre las influencias internas y externas, y las transformaciones biológicas y psicológicas ocurridas en el tiempo, es decir, como el desarrollo de una organización dinámica de la experiencia y los patrones de adaptación, y no como una continuidad de conductas diferentes. Existen distintas hipótesis sobre su etiología, incluyéndose la privación de su núcleo social básico en una etapa temprana asociado con historias de separaciones prolongadas en la infancia, retirada emocional por parte de su cuidador primario, relaciones materno infantiles conflictivas y distantes o sobreprotectoras; exposición constante a ambientes traumáticos y caóticos destacando el maltrato en la infancia con énfasis particular en el abuso sexual; interacciones familiares conflictivas, y formas sutiles de deterioro bioquímico y neuropsicológico, lo cual puede ser secundario a vulnerabilidades innatas o genéticas y factores endógenos como temperamento y características de respuesta al estrés. Se acepta que más que la influencia individual de alguno

de estos factores, es la interacción de algunos de ellos desde la etapa temprana de la vida la que predispone al desarrollo del espectro de síntomas que integran el trastorno límite de la personalidad. Así mismo se ha estudiado el nexo entre los antecedentes de acontecimientos traumáticos, incluido el abuso sexual, con el desarrollo de síntomas del trastorno límite de la personalidad, no aceptándose por completo como prueba de un nexo causal único, entre otras justificaciones, al tomar en cuenta que existen muchas personas con antecedentes de abuso o pérdidas que no desarrollan este trastorno de la personalidad.<sup>(1)</sup>

Además se ha encontrado que su presencia es hasta 5 veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de personas con este mismo trastorno, que en la población general, y con un mayor riesgo si existe el antecedente familiar de trastorno por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad, y trastornos afectivos como el depresivo mayor y bipolar.<sup>(6)</sup>

Es importante correlacionar los factores endógenos y ambientales para el funcionamiento subsiguiente para entender el impacto del trauma en el desarrollo de los procesos de la personalidad.<sup>(1)</sup>

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD PARA EL DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.5ª edición) 301.83 - F60.3.**

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Además de dichos criterios diagnósticos, el DSM 5 comenta otros aspectos asociados que apoyan el diagnóstico tales como un patrón de auto boicot cuanto están a punto de alcanzar alguna meta personal, algunos pacientes experimentan síntomas psicóticos breves (como alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos) durante periodos de estrés, pueden sentir mayor seguridad con objetos de transición comparado con las relaciones interpersonales, con frecuentes pérdidas de empleos, interrupción de la educación y separación de parejas sentimentales.<sup>(6)</sup>

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**

Existe una relación entre el desarrollo de síntomas del trastorno límite de la personalidad y disturbios en la adultez incluyéndose autolesiones, síntomas disociativos, abuso de drogas, violencia doméstica y conductas suicidas, entre otras.<sup>(1)</sup>

Algunos autores han sintetizado la gama de manifestaciones clínicas dentro de 3 dimensiones: Perturbación en la identidad y relaciones interpersonales, desregulación afectiva y desregulación conductual.<sup>(14)</sup>

Se reconoce dentro de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad, a la desregulación emocional como un fenómeno clave en la manifestación del resto de características de esta entidad.<sup>(15)</sup> Se identifican dos estrategias de regulación emocional utilizadas en poblaciones no clínicas que se relacionan con la adaptación saludable en la población general. La primera estrategia, la reevaluación cognitiva, se define como una forma de cambio cognitivo que consiste en reinterpretar el significado de una situación emocional potencialmente provocativa y cambiando de este modo la trayectoria de una respuesta emocional.<sup>(16)</sup> La segunda estrategia, la supresión expresiva, es una forma de modulación de la respuesta que implica la inhibición voluntaria del comportamiento de expresión de la emoción en curso.<sup>(17)</sup> La desregulación emocional se define como la incapacidad de cambiar o regular las señales emocionales, la experiencia, las acciones, las respuestas verbales y / o expresiones no verbales en condiciones normativas,<sup>(18)</sup> e implica una mayor vulnerabilidad a los estímulos emocionales, reacciones emocionales intensas y lento retorno a la línea basal emocional.<sup>(8)</sup> La desregulación emocional se caracteriza por la expresión de diversas emociones cambiando bruscamente entre los estados de ánimo negativos y positivos, aunque los estados de ánimo negativos son predominantes en intensidad, con una sucesión de miedo, ira, ansiedad, depresión, culpa y vergüenza, con intensidad y duración incontrolable, informando una débil voluntad para contener estas emociones o para colaborar con las intervenciones de los demás para ese fin, sin embargo no considerándose como desregulación emocional a este cambio repentino en las emociones como algo espontáneo, sino como la manipulación intencional de los factores desencadenantes de las emociones no deseadas y del curso de la emoción disparada.<sup>(15)</sup> Algunos de los rasgos que caracterizan a la desregulación emocional son: experimentar emociones aversivas con intensidad, incapacidad para regular la excitación intensa, dificultad para desviar la atención de los estímulos emocionales, fallos en el procesamiento de la información, las dificultades en la inhibición de comportamientos impulsivos, problemas para organizar actividades dirigidas a objetivos no dependientes del ánimo, y la tendencia a disociarse bajo alta tensión.<sup>(8)</sup> El uso de la supresión expresiva, cuando se busca una evitación experiencial de sucesos sumamente traumáticos, interfiere con la capacidad de reinterpretar el significado de una situación que provoca una emoción no deseada, si bien puede reducir temporalmente la angustia, el efecto a largo plazo de dicha evitación como una estrategia de regulación emocional pueden

aumentar la psicopatología.<sup>(19)</sup> Se considera un proceso central en este trastorno al identificársele en ocho de los nueve criterios diagnósticos (a excepción de los sentimientos crónicos de vacío) según el DSM 5, siendo estos: 1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado en una relación, 2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado 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 (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida), 5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación, 6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días), 8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes), y 9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.<sup>(6)</sup>

Sobre el origen de esto se han propuesto teorías etiológicas biológicas considerándose una anormalidad innata en la excitación límbica y, con menos certeza, una anormalidad en la corteza prefrontal inspirándose en el parecido con la desregulación emocional en ciertos síndromes neurológicos; con realización de estudios de imagen, algunos autores han considerado como específico de este trastorno el hallazgo de un volumen reducido en la amígdala, el hipocampo, corteza cingulada anterior derecha (una revisión incluyó la hiperactivación de la ínsula y la conectividad escasa entre la ínsula y la corteza cingulada anterior como un marcador de la desregulación emocional en el trastorno límite de la personalidad<sup>(20)</sup> y corteza orbitofrontal izquierda.<sup>(21)</sup> Se ha sugerido que estos cambios neurológicos tienen un fundamento epigenético, principalmente tomando como ejemplo lo identificado en el trastorno de estrés postraumático, una entidad relacionada con el trastorno límite de la personalidad, que comparten entre otras cosas un patrón similar de desregulación emocional, atribuyéndose las anomalías neurológicas descritas a las influencias tóxicas de la fisiología de la angustia traumática recurrente en la infancia.<sup>(22)</sup> La neuroplasticidad podría ser una explicación suficiente para la mayoría de estos hallazgos, dado el papel de todas estas partes del cerebro en realizaciones fisiológicas consecutivas de aprendizaje; sin embargo

dicha explicación podría no ser suficiente para explicarlo, ya que en contraste con síndromes neurológicos, la desregulación emocional en el trastorno límite de la personalidad es selectiva a circunstancias específicas, como la producida ante la adversidad en una relación, como la amenaza de la traición o el abandono, y no así en todos los casos.<sup>(15)</sup> Ante ello han sido las teorías psicodinámicas las que en su explicación han buscado superar esta limitación de las teorías biológicas. En este sentido propone la disregulación emocional como una vulnerabilidad biológica que consiste en la excitabilidad extraordinaria límbica hacia el peligro que muestra lo rápida e intensa que es la excitación y lo lento que es el retorno a la línea de base emocional, atribuyéndose esta vulnerabilidad biológica al temperamento innato.<sup>(23)</sup> En un sentido biopsicosocial, la insuficiente modulación de la irregularidad límbica en el trastorno límite de la personalidad resulta en el fracaso para desarrollar habilidades de modulación a través de la experiencia al enfrentarse desde la infancia a ambientes invalidantes de las emociones (respuesta del cuidador a la excitabilidad del niño con formas irregulares, inapropiadas y extremas, como castigar o trivializarla, aceptando entonces el infante la incredulidad acerca de la autenticidad de sus emociones); por ende, la disregulación emocional no puede atribuirse exclusivamente a una deficiencia biológica. Se ha intentado explicar esto también desde el punto de vista de la teoría del apego que describe cómo los niños, de acuerdo a lo adaptativo del tipo de apego que presentan a su cuidador primario, aprenden el beneficio de contener sus emociones, que luego, en condiciones similares, se convierte en su razón para querer contener sus emociones más tarde.<sup>(15)</sup>

Se reafirma la relación entre el desarrollo de síntomas del trastorno límite de la personalidad y factores de riesgo endógenos y ambientales, incluyéndose en estos últimos el antecedente de desorganización en el apego, experiencias acumulativas de violencia y disrupción familiar durante la niñez y adolescencia.<sup>(1)</sup>

La experiencia traumática temprana compromete las capacidades emergentes en la regulación afectiva, control de los impulsos, la excitación y la modulación. Los niños pueden llegar a ser hiper o hiporeactivos a los estímulos emocionales, particularmente a aquellos que señalan amenaza o peligro, lo que resulta en cambios marcados o imprevisibles de los niveles de excitación desproporcionados al contexto ambiental. Los niños expuestos al maltrato o trauma siguen dependiendo de las habilidades primitivas de supervivencia (por ejemplo, el

aislamiento, la agresión, la somatización) y defensas (por ejemplo, la disociación) para negociar los problemas de desarrollo mucho después de que los niños que se desarrollan típicamente han abandonado estas defensas a favor de una regulación y estrategias relacionales más sofisticadas.<sup>(1)</sup>

Pese a permanecer con la tendencia a experimentar emociones intensas, con impulsividad e inestabilidad en relaciones interpersonales durante la mayor parte de la vida, como rasgos de su personalidad, durante la década de los 30 a 40 años de edad la mayoría de los pacientes con este trastorno obtienen una mayor estabilidad en sus relaciones y funcionamiento profesional, más aun recibiendo un manejo psiquiátrico, reportándose que tras 10 años de manejo ambulatorio, casi el 50% de los pacientes ya no presentarían un patrón de comportamiento que cumpla con todos los criterios del trastorno límite de la personalidad.<sup>(6)</sup>

- **DISOCIACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.**

La disociación es la falta de integración normal de los pensamientos, sentimientos y experiencias que se caracterizan por una alteración y / o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento, que pueden interrumpir todas las áreas de funcionamiento psicológico.<sup>(24),(6)</sup> En el DSM 5 se exponen trastornos disociativos que incluyen una variedad de síntomas y manifestaciones como desrealización, despersonalización, amnesia psicógena y la confusión acerca de la propia identidad. Durante mucho tiempo, los síntomas disociativos se han considerado como condiciones limitantes entre la normalidad y la psicopatología, sin embargo, se ha demostrado que los síntomas disociativos son fenómenos que se encuentran comúnmente en la población general.<sup>(10)</sup> En particular, algunos síntomas disociativos como la despersonalización o desrealización son frecuentes en algunas entidades psiquiátricas no correspondientes a trastornos disociativos como tal, incluyéndose en el trastorno de pánico (se ha reportado que hasta el 69% de los pacientes con trastorno de pánico han experimentado despersonalización o desrealización durante las crisis),<sup>(25)</sup> trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastornos del sueño, trastornos psicóticos, el trastorno de conversión, trastorno depresivo, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad.<sup>(10)</sup> Algunos estudios han identificado

que los pacientes con puntuaciones de disociación elevadas en escalas especializadas tienen síntomas obsesivo-compulsivos más severos, con mayores puntuaciones en escalas de medición de síntomas depresivos, y eran más propensos a tener un trastorno de la personalidad, en comparación con los pacientes con puntuaciones bajas de disociación.<sup>(26)</sup> Se ha identificado una relación inversa entre el grado de respuesta a distintas formas de terapia de la psicopatología y los niveles de disociación; se ha reportado que existe una correlación negativa entre la puntuación total de sintomatología disociativa y las dosis medias de los medicamentos prescritos.<sup>(27)</sup>

Los síntomas disociativos son frecuentes, con una relación hombre:mujer de 9:1, y pueden afectar considerablemente a la condición de los pacientes y la respuesta al tratamiento psicopatológico.<sup>(28),(29)</sup>

Dentro de los factores relevantes de la persona, algunos aspectos del carácter y temperamentales pueden estar relacionados con los síntomas disociativos; como la personalidad normalmente permanece constante durante toda la vida, estos rasgos de personalidad pueden representar factores que predisponen al desarrollo de síntomas disociativos.<sup>(10)</sup>

Las teorías de la disociación hacen hincapié en que los síntomas de la disociación expresada en la edad adulta se correlacionan con eventos traumáticos, refieren a los síntomas disociativos como una transformación a una expresión patológica de eventos traumáticos, sobre todo aquellos de abuso ocurridos desde la infancia, asumiendo que en este caso la disociación funciona como un mecanismo de protección para escindir percepciones traumáticas de la conciencia y para evitar la confrontación plena con emociones extremadamente estresantes.<sup>(30)</sup> Con respecto a dichas teorías, distintos estudios han demostrado correlaciones significativas, fuertes y consistentes entre la disociación y los informes retrospectivos de maltrato infantil,<sup>(31)</sup> más aún si el perpetrador del abuso resulta ser uno de los cuidadores primarios, encontrándose una relación con el autor que influye en la intensidad de los síntomas;<sup>(32)</sup> se ha reportado que la acumulación de eventos traumáticos puede aumentar el riesgo de disociación, sin embargo, hay evidencia de que el tipo de experiencia traumática es más predictiva que el número de traumas, siendo más probable que experiencias de victimización directa resulten en un mayor riesgo de disociación (por

ejemplo, haber presenciado violencia doméstica, o haber sido receptores de violencia físico o sexual).<sup>(9)</sup> Las teorías de trauma asumen que los acontecimientos que implican amenazas inmediatas y extremas combinadas con limitadas posibilidades de defensa activa tienen a provocar un grado de disociación mayor en relación al trauma, teniendo como prototipo de esto los antecedentes de eventos de abuso sexual durante la niñez y primeras etapas de la adolescencia.<sup>(30)</sup> Se ha reportado sin embargo que el abuso emocional y la negligencia emocional durante la infancia pueden ser tan importantes como el abuso sexual y físico en relación con el desarrollo de síntomas disociativos,<sup>(33)</sup> destacando la importancia de esto en que el abuso emocional es mucho más frecuente que otros tipos de trauma. De hecho, se ha descrito que se puede considerar que, al integrar todos los tipos de abuso, no solo el físico, la influencia de abuso sexual se reduce, quedando el abuso emocional como el más fuerte predictor de síntomas disociativos. Esto puede reflejar que las amenazas a la integridad social pueden desencadenar la misma o mayor respuesta al estrés como una amenaza a la integridad física.<sup>(30)</sup>

En función de la relación de los fenómenos disociativos con el antecedente traumático puede hacerse una clasificación de disociación peritraumática<sup>(34)</sup> que se refiere a las reacciones disociativas que se producen mientras se experimenta el evento desagradable pudiendo servir como una función de protección mediante la reducción de la conciencia de la experiencia aterradora; con respecto a este modelo, algunos estudios han informado que sirve como una defensa sana y adaptativa utilizada en respuesta a un estrés abrumador o de peligro potencialmente mortal, lo que contribuye a un mejor funcionamiento, sin embargo, también se ha reportado que a mediano y largo plazo se ha asociado con el posterior desarrollo de los síntomas de angustia que, de permanecer constante repercute en el desarrollo de los recursos personales de adaptación de la víctima.<sup>(35)</sup> Por otro lado, en el modelo de disociación persistente se expresa cómo una respuesta puede impedir el acceso y la resolución de los recuerdos traumáticos y afecto asociado.<sup>(12)</sup>

Se ha encontrado en algunos estudios la relación entre psicopatología relacionada con síntomas disociativos en la madre y la manifestación de los mismos en la etapa adulta del infante, encontrándose una fuerte asociación entre la disociación materna y en el niño que no podría ser explicada por la exposición del niño a traumas, síntomas de internalización, o

síntomas de depresión y ansiedad materna.<sup>(9)</sup> La presencia de rasgos de personalidad potencialmente predisponentes al desarrollo de síntomas disociativos contribuye a plantear algunas dudas sobre la idea recurrente de que dichos síntomas son causados exclusivamente por experiencias traumáticas, pudiendo haber una influencia mutua no excluyente.<sup>(10)</sup>

Existe una asociación positiva entre la frecuencia de uso de la supresión emocional o la evitación experiencial y la gravedad del trastorno límite de la personalidad, asociado con el funcionamiento menos adaptativo; una forma en la que esto puede manifestarse es por medio de fenómenos disociativos (por ejemplo, el desprendimiento de las experiencias físicas y emocionales) que pueden influir en las reacciones psicológicas a los estímulos emocionales. La investigación ha demostrado que, si la disociación funciona como una estrategia de regulación emocional condicionada, se convierte en una respuesta automática a estresores incluso menores, lo cual interfiere con el procesamiento de la información emocional.<sup>(8)</sup> La disociación se ha relacionado con el trastorno límite de la personalidad de dos maneras, una de ellas por comorbilidad identificándose por ejemplo hasta un 10 a 27% de prevalencia del trastorno disociativo de la identidad en la población con trastorno límite de la personalidad, comorbilidad que empeora el funcionamiento de los pacientes y su pronóstico;<sup>(36),(37),(38)</sup> en segundo lugar, algunas de las personas con un diagnóstico primario de trastorno límite de la personalidad tienen uno o más síntomas disociativos (pero no una comorbilidad con trastorno disociativo). La mayoría de los estudios han encontrado que, en el trastorno límite de la personalidad, la disociación está significativamente relacionado predominantemente con el antecedente de abuso durante la niñez, así como otros factores tales como la negligencia, el apego temeroso, disfunción materna severa y ser testigo de la violencia o del abuso de sustancias del cuidador primario. Como se comentó previamente, el desarrollo de fenómenos disociativos patológicos se ha relacionado consistentemente con antecedentes importantes de trauma, predominando el antecedente de abuso sexual y de otros tipos graves en la infancia, y es en el trastorno límite de la personalidad, en donde las tasas de abuso sexual infantil y múltiples formas de abuso en dicha etapa son más altas que en otros trastornos de la personalidad.<sup>(8)</sup> Teniendo conocimiento de la relación entre el trastorno límite de la personalidad y el desarrollo de síntomas disociativos, se ha estudiado la gravedad de estos en los pacientes con trastorno límite de la personalidad. En general, se ha encontrado que este tipo de pacientes tienen una puntuación media de 17.8 a 27.4 en la escala DES (Dissociative

Experiences Scale).<sup>(7)</sup> Este rango es similar a la media de las puntuaciones alcanzadas por pacientes con trastornos alimentarios, pero más bajas que las puntuaciones medias del DES alcanzados por los pacientes que cumplían criterios para trastorno de estrés postraumático y trastornos disociativos como tal, además de identificar una puntuación media mayor en comparación con otros trastornos de la personalidad,<sup>(39),(40)</sup> aunque se ha sugerido que las altas puntuaciones pueden ser una mezcla de fenómenos de disociación no patológica y patológica, ya que el DES contiene varios elementos que pueden considerar experiencias disociativas normales, o que pueden ocurrir en personas sin patología psiquiátrica.<sup>(8)</sup> En dichos estudios se ha determinado además que todos los tipos de experiencias disociativas, incluidas las consideradas como más graves suelen reportarse con una disminución clínicamente significativa en la severidad con el paso del tiempo, encontrándose tal disminución hasta en el 92% de los pacientes con trastorno límite con una alta puntuación (30 o más) en un periodo de 10 años de seguimiento; además de sugerirse que las nuevas ocurrencias de la disociación severa una vez que han disminuido su gravedad, son raras.<sup>(7)</sup>

Existe una relación estrecha entre 2 fenómenos psicopatológicos identificados en el trastorno límite de la personalidad, estas son la desregulación afectiva y la disociación, siendo la primera como ya se describió previamente, una deficiencia en la capacidad para modular los estados de excitación que afectan a las emociones de forma tal que se vuelven incontrolables con una expresión intensa y poco modificable. La desregulación afectiva y la disociación se han asociado con antecedentes de trauma psicológico. Ambas podrían analizarse como un encapsulamiento de estados mentales que representan experiencias inhibitorias y/o excitatorias. La disociación implica dos tipos de manifestaciones: síntomas disociativos somatomorfos y síntomas disociativos psicomorfos. Los síntomas disociativos psicomorfos además pueden presentarse como síntomas negativos, referidos a aparentes pérdidas ya que las experiencias tienden a no estar a disposición de una parte disociada de la personalidad (por ejemplo, amnesia), y positivos que implican síntomas intrusivos (por ejemplo, una forma de re experimentación del trauma). Los síntomas disociativos somatomorfos incluyen síntomas negativos (por ejemplo, anestesia) y síntomas positivos (por ejemplo, dolor). Se considera que el exceso de regulación del afecto conlleva a estados mentales asociados a experiencias inhibidas y síntomas negativos de disociación, tales como pasividad en la expresión de emociones y actividad motriz, siendo incapaz de establecer estrechos vínculos

con los demás. Los estados mentales asociados a experiencias excitatorias son consistentes con una baja capacidad de regulación del afecto y con los síntomas positivos de la disociación, incluyendo una sensación de agobio, estados de fuga, hipervigilancia inconsciente, realización de autolesiones inconscientes, y conductas impulsivas. Las experiencias excitatorias y afecto insuficientemente regulado, con fenómenos de disociación positivos, sobre todo de tipo psicomorfos, parecen ser prominentes en el trastorno límite de la personalidad.<sup>(41)</sup>

- **CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA, SU RELACIÓN CON FENÓMENOS DISOCIATIVOS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.**

Las conductas autolesivas se definen generalmente como cualquier forma de violencia directa e intencional o daño infringido al propio cuerpo. Deben diferenciarse de algunas conductas que pese a causar modificaciones corporales resultan culturalmente aceptables.<sup>(12)</sup> Históricamente las conductas autolesivas no suicidas eran confundida con los comportamientos suicidas, pero ahora es considerado como un fenómeno clínico distinto. Las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida son acciones intencionales que causan daños físicos o daños en los tejidos, que no se sancionan socialmente (a diferencia de las formas culturales de la ornamentación por ejemplo, tatuajes y perforaciones) y no incluyen comportamientos auto perjudiciales singulares y gruesos, tales como enucleación de ojo, o los comportamientos estereotipados, tales como golpearse la cabeza persistentemente.<sup>(11)</sup> Los métodos más comunes de este tipo de conductas incluyen la realización de corte de profundidad variable, rascado intenso, morderse, realización de quemaduras en piel, pellizcos, auto perforación sin finalidad principal ornamental, y la interferencia con cicatrización de heridas.<sup>(42),(43)</sup>

A diferencia de los intentos de suicidio, las conductas autolesivas son generalmente vistas como un proceso motivado que presenta características especiales como que el daño físico suele ser de baja letalidad, el comportamiento es altamente repetitivo, y por lo general se realizan sin intención ni ideación suicida, además de presentar inmediatez en las consecuencias esperadas, así como la inaceptabilidad social.<sup>(44),(45)</sup> Además de ello, parece que las conductas autolesivas representan ciclos repetitivos<sup>(46)</sup> con una naturaleza adictiva<sup>(47)</sup>. Dichos comportamientos conducen a un alivio temporal del malestar emocional intenso

(a través de la liberación de endorfinas y/o mediante fenómenos disociativos inmediatos durante y después de la lesión), sirviendo esto como un refuerzo positivo para la repetición de las autolesiones.<sup>(48)</sup>

En el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición) se incluye en su sección III “Medidas y modelos emergentes”, capítulo de “Afecciones que necesitan más estudio”, a la Autolesión no suicida, teniendo como criterios propuestos los siguientes:

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 tenga 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 periodo inmediatamente anterior al acto autolesivo.

2.- Un periodo 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 excoiación [dañarse la piel]).<sup>(49)</sup>

Se estima que la prevalencia de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida en la población femenina adolescente varía de 6,9% al 15%, siendo esta población en la que es más frecuentemente encontrado este comportamiento, destacando la evidencia que indica que es una práctica presente en hasta el 40% de los sobrevivientes de abuso sexual infantil.<sup>(45)</sup>

Ciertos diagnósticos en repetidas ocasiones se ha encontrado que se correlaciona con la presencia de conductas autolesivas no suicidas, incluyendo el trastorno límite de la personalidad, trastornos de la alimentación y los trastornos disociativos. También hay evidencia de que la presencia de cualquier trastorno psiquiátrico aumenta el riesgo de estas conductas y que múltiples diagnósticos aumentan aún más el riesgo, independientemente de los diagnósticos específicos.<sup>(11)</sup>

Las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida son uno de los comportamientos disfuncionales más comunes en el trastorno límite de la personalidad, con tasas de prevalencia de hasta el 84%.<sup>(8)</sup>

Se ha reportado en la literatura de investigación sobre este tema una relación entre la exposición al maltrato infantil con la posterior presencia de conductas autolesivas no suicidas; se considera que las múltiples formas de sintomatología postraumática en adultos pueden vincular el maltrato infantil con conductas autolesivas en la edad adulta.<sup>(50)</sup> El antecedente de abuso sexual en la infancia aumenta el riesgo de conducta autolesiva más del triple, más aún si dicho abuso es perpetuado por miembros de su propio núcleo familiar.<sup>(51)</sup> Autores como Sandor Ferenczi, en un enfoque psicoanalítico, ya desde el año 1933, describía el término de “identificación con el agresor”, como una forma de unirse al mismo mediante realización de conductas autodestructivas que dan continuidad a las realizadas por quien perpetró el abuso, como una manera de expresar disgusto y rechazo hacia su propio ser físico y atrapamiento dentro de su cuerpo, al cual encuentra como contaminado o como haber sido traicionada por él. Desde este enfoque, la división entre el Yo físico y psicológico parece estar permitido por la disociación. Se ha encontrado que las personas que se hacen daño a sí mismos sin una finalidad suicida pueden realizarlo con una finalidad con aparente beneficio propio, o bien lo realizan durante la ocurrencia de fenómenos de disociación. Algunos estudios han propuesto que las conductas autolesivas pueden ser predichas por la presencia de sintomatología disociativa (sobre todo la persistente), ya que se han identificado y reportado en la literatura episodios de disociación que preceden a menudo a la realización de actos autolesivos, especialmente del tipo de cortes.<sup>(12)</sup> Se considera así que la disociación persistente medía la relación entre conductas autolesivas y la historia de abuso sexual en la infancia.<sup>(52)</sup>

En el intento por explicar tanto la etiología como el motivo de persistencia de las conductas autolesivas, se ha desarrollado tanto un modelo teórico de reducción de la tensión el cual postula que dichas conductas alivian al individuo de la escalada de las emociones negativas y que dicho alivio obtenido refuerza el acto de autolesión; y el modelo de la disociación que sugiere que estas conductas son una forma de terminar o hacer frente a los efectos de la disociación que resulta de la intensidad del afecto presente en ese momento.<sup>(45)</sup> Tanto la

desregulación emocional y disociación se han encontrado vinculados a la presencia de conductas autolesivas no suicidas en poblaciones de adolescentes de alto riesgo, consistente con investigaciones que sugieren que la desregulación emocional puede estar implicado en múltiples facetas de la autolesión, sugiriendo que estas conductas pueden servir como un intento de hacer frente a la vergüenza, sentimiento de culpa, y la disociación.<sup>(50)</sup> Una de las funciones más importantes de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida en poblaciones clínicas es aliviar las emociones no deseadas. En los pacientes con trastorno límite de la personalidad se ha conceptualizado como una estrategia de afrontamiento desadaptativo con la tendencia a suprimir pensamientos y / o emociones no deseadas, viendo estas conductas, al igual que los fenómenos disociativos en este grupo de pacientes, como una forma de escapar o evitar las experiencias internas no deseadas.<sup>(8)</sup> En ese sentido, se considera que la disociación persistente podría ser un factor de riesgo para el origen y persistencia de las conductas autolesivas.<sup>(12)</sup> Esto es aún más apoyado al encontrarse puntuaciones de disociación más altas en escalas de medición de dichos síntomas, en pacientes que presentan conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.<sup>(53)</sup> La desregulación emocional puede proporcionar posiblemente, una relación entre la exposición a un trauma psicológico, los síntomas disociativos y las conductas autolesivas.<sup>(13)</sup> Considerando las estrategias de regulación de las emociones, se ha encontrado que el nivel de supresión expresiva determina el efecto que la reevaluación cognitiva tiene en el desarrollo de conductas autolesivas, un aumento en la primera interfiere con los efectos beneficiosos que la reevaluación cognitiva tiene en este sentido (y viceversa). Entonces, el uso de estrategias de escape y evitación de regulación emocional, como es la supresión expresiva específicamente que puede manifestarse como experiencias disociativas, se asocia con una mayor frecuencia de conductas autolesivas en pacientes con trastorno límite de la personalidad; la reevaluación cognitiva baja (es decir, poca o ninguna reinterpretación de los estímulos emocionales), al inicio del proceso de generación de la emoción, se asocia con una elevada disociación y mayor frecuencia de conductas autolesivas.<sup>(8)</sup>

Estudios de laboratorio han revelado una reducción en la sensibilidad al dolor en pacientes con trastorno límite de la personalidad que se auto lesionan durante la vivencia de emociones intensas, y la percepción subjetiva de la insensibilidad del dolor y las características disociativas tienen una correlación positiva; esto sugiere que la disociación puede ser vista

como una estrategia de evitación experiencial que puede disminuir la conciencia o el procesamiento del dolor (y tal vez otras emociones), mientras se ejecutan las conductas autolesivas.<sup>(8)</sup>

Algunos hallazgos indican que algunos individuos utilizan las conductas autolesivas no suicidas para acentuar los límites interpersonales o comunicar sus emociones indeseadas, para castigarse a sí mismos, reducir los sentimientos de vacío constante, y para evitar impulsos hacia los comportamientos suicidas más letales. Si bien se ha sugerido que la presencia de disociación representa un factor de riesgo para el comenzar a presentar conductas autolesivas no suicidas, se ha reportado a personas que presentan las conductas autolesivas con la finalidad de interrumpir la presencia de fenómenos disociativos aversivos, usando el dolor físico como estímulo para combatir la sensación de entumecimiento, de vacío, la despersonalización o la desrealización.<sup>(11)</sup>

Dentro de los fenómenos disociativos, pueden identificarse aquellos que tienen relevancia clínica, y aquellos que pueden considerarse normales, no conceptualizando así a la disociación como un fenómeno unitario. Las experiencias disociativas que se pueden considerar normales son aquellas que pueden presentarse en población no clínica, experimentado por individuos sin predisposición patológica a la disociación, y que no resultan relevantes en la funcionalidad general. Estudios en la población general han encontrado que una mayoría de los individuos refiere haber tenido al menos algún grado de experiencia disociativa menor.<sup>(54)</sup> La disociación normal, y en menor grado la disociación clínica severa o trastornos disociativos como tal<sup>(55)</sup> se han encontrado en asociación significativa con la presencia de conductas autolesivas. Una forma de evaluar dicha asociación e influencia de los niveles de disociación en el riesgo de conductas autolesivas es usando un modelo de división de gravedad de síntomas disociativos en cuartiles, usando como base la escala DES para conceptualizar la gama de experiencias disociativas (como un espectro de lo normal a lo patológico, o como dos categorías distintas de los fenómenos, uno que refleja la tendencia de un individuo a la disociación normal, y el otro en representación de los síndromes clínicos relacionados con el trauma). Así se clasifican los niveles de disociación en normal, clínica y clínica severa. De esta forma, las tasas de niveles de disociación clínicos y severamente clínicos no muestran contribuciones estadísticamente

significativas, mientras que la disociación normal se ha correlacionado tanto con la presencia y frecuencia de conductas autolesivas no suicidas (relación entre disociación normal y la presencia de conductas autolesivas con un gran tamaño del efecto,  $d$  de Cohen = 0,823; casi el doble de grande que los encontrados para las medidas de disociación clínica y clínica severa con  $d$  de Cohen = 0,42).<sup>(11)</sup> Para esto, el modelo de riesgo por cuartiles propone 4 cuadrantes de nivel y tipo de experiencias disociativas: bajo normal, alto normal, clínica baja y clínica alta, basándose en el DES con 30 puntos como el corte divisor entre la disociación considerada normal y la clínica. Así el primer cuartil, que corresponde a una calificación en el DES de 0-15 (+/- 5), se considera disociación normal baja, experimentado por individuos en ausencia de trauma o una tendencia personal a la disociación, siendo representativa de adolescentes y adultos promedio en la comunidad que consiste en experiencias momentáneas como sensación de soñar despierto, la hipnosis carretera, y dejarse absorber temporalmente en una actividad; en este cuartil la influencia de la disociación en la ejecución de conductas autolesivas es bastante bajo y, posiblemente inexistente.<sup>(11)</sup>

En el segundo cuartil se considera a la disociación normal alta con un rango de puntuación en el DES de 15-30, que representa el rango de moderado a alto de la disociación normal, representado por el grado de disociación que un individuo puede experimentar durante la adolescencia si tenían una tendencia alta personal a la disociación, o bajo la influencia del estrés sostenido, angustia o imposición física, incluyendo experiencias como las experiencias de absorción sostenida, sensación de entumecimiento o de vacío, y desrealización o despersonalización; aquí, la influencia de la disociación en el riesgo de desarrollar conductas autolesivas aumenta, posiblemente como una reacción al dolor causado por la propia experiencia disociativa (conociéndose ya que algunas personas se lastiman a sí mismas para desterrar las experiencias disociativas aversivas), y por los antecedente más comunes de experiencias de estrés o malestar emocional.<sup>(11)</sup>

En el tercer cuartil se considera a la disociación clínica baja, con una gama de intensidad de baja a moderada, encontrándose dentro del rango de puntuación del DES de 30-45 puntos, pudiendo experimentarse como resultado de un trauma durante la edad adulta, como individuos con trastorno de estrés post traumático y, en algunos casos, los trastornos disociativos; este tipo de experiencias disociativas pueden representarse por episodios de

amnesia peritraumática y recuerdos relacionados con el trauma. En este grupo la influencia de la disociación en el desarrollo de conductas autolesivas pareciera ser más bien como de protección, resultando así como un grado suficiente de amortiguamiento de la aflicción en el individuo reduciendo su acceso totalmente a la experimentación de tales sentimientos, fragmentando el impacto de la experiencia.<sup>(11)</sup>

El cuarto cuartil engloba la disociación clínica alta, siendo el nivel de moderada a grave en un contexto clínico ocupando un rango de puntuación del DES de 45-60 puntos; este nivel de disociación podría resultar del antecedente de un trauma infantil repetido. Aquí se incluye a los trastornos disociativos, pudiéndose representar estas experiencias como amnesia intermitente o frecuente, sentido alterado de sí mismo, y la discontinuidad de la experiencia. En ellos, la influencia de la disociación aumenta el riesgo de desarrollar conductas autolesivas no suicidas, lo cual podría ocurrir ya que este grupo de pacientes probablemente han experimentado repetidas experiencias de trauma desde la infancia, lo que resulta en una reducción de las habilidades de afrontamiento, siendo en ellos la disociación insuficiente para amortiguar totalmente tal angustia, además de que las características de los fenómenos disociativos siguen siendo preocupantes y perturbadoras, pudiendo buscar en estos episodios métodos inmediatos y concretos de la regulación emocional, incluyendo las conductas autolesivas.<sup>(11)</sup>

Un estudio encontró que sólo los síntomas disociativos y no el estrés postraumático o síntomas depresivos, midieron estadísticamente la relación entre una historia de maltrato infantil y el desarrollo de conductas autolesivas no suicidas, hallazgos que sugieren que los síntomas disociativos pueden desempeñar un papel único como factor de riesgo para el desarrollo de las mismas cuando se consideran esas 3 variables.<sup>(56)</sup>

- **EPIDEMIOLOGÍA: Trastorno límite de la personalidad, conductas autolesivas no suicidas y experiencias disociativas.**

La prevalencia general del trastorno límite de la personalidad según se estima en un 1.6%, pero se considera que podría ser tan elevada como 5.9%, representando hasta el 20% de la población psiquiátrica hospitalizada, mientras que la prevalencia en la atención privada es de aproximadamente 6%, entre individuos que acuden a centros de salud mental del 10%. En grupos de mayor edad la prevalencia suele ser menor. Se diagnostica de forma predominante

en el género femenino, representando aproximadamente el 75% de la población con este diagnóstico.<sup>(6)</sup>

La prevalencia de conductas autolesivas no suicidas, de acuerdo a estudios internacionales, en la población general han mostrado tasas que van del 2.2% al 23.2%;<sup>(57)</sup> y una prevalencia dentro de las poblaciones psiquiátricas más alta, con estudios tanto a población clínica ambulatoria y hospitalizados para encontrar tasas que van del 33.2% al 68%.<sup>(43),(58)</sup> Su prevalencia aproximada en el trastorno límite de la personalidad es de hasta el 84%.<sup>(8)</sup> Los correlatos demográficos sugieren que la adolescencia es la etapa con mayor presentación de estas conductas, con un promedio de edades 13-21. El riesgo de conductas autolesivas no suicidas parece alcanzar su punto máximo durante la adolescencia, un período de tiempo de desarrollo que puede mostrar tasas medias más altas de la disociación en muestras comunitarias.<sup>(11)</sup>

Se estima que las experiencias disociativas pueden padecerlas hasta el 5 a 10% de la población general y 10.2 a 41.4% de pacientes psiquiátricos, pudiéndose deber esta amplia variación de prevalencia a factores culturales y psicosociales, siendo menor en países orientales.<sup>(59)</sup>

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué diferencias existen entre las características de los fenómenos disociativos en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que realizan conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, en comparación con quienes no las realizan?

## **JUSTIFICACIÓN**

Dado que las tasas de conductas autolesivas han aumentado en los últimos años,<sup>(60),(61)</sup> existe una necesidad para tener un mayor entendimiento de la conducta en la búsqueda de un adecuado tratamiento de este comportamiento. Investigaciones recientes se han centrado en las funciones de las conductas autolesivas.<sup>(46),(62)</sup> La comprensión de por qué las personas se involucran en la realización de conductas autolesivas podría mejorar la prevención y el tratamiento.<sup>(63)</sup> Los mecanismos disociativos parecen jugar un papel importante en el ciclo

de las conductas autolesivas; las autolesiones no suicidas y la disociación son problemas clínicos complejos, comunes en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, a menudo infra reconocidos y comprendidos de manera imperfecta.

Por ello la importancia de determinar la relación entre las experiencias disociativas y la realización de autolesiones sin intencionalidad suicida, ya que en la intervención terapéutica de pacientes con trastorno límite de la personalidad, un enfoque dirigido a la sintomatología disociativa podría repercutir en una atención más integral dirigida a comprender y reducir la frecuencia de las conductas autolesivas que representan tanto un riesgo a la integridad física, como una de las características de este trastorno que expresan un grado mayor de disfunción como una forma de regulación inadaptativa de las emociones.

## **OBJETIVOS**

- **OBJETIVO GENERAL:**

Comparar las características del fenómeno disociativo en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad con y sin conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1.- Obtener los datos de confiabilidad interna de la escala ISAS (Inventory of Statements About Self Injury) para evaluar la presencia y funciones de las conductas autolesivas.

2.- Comparar las características demográficas y clínicas entre pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad con y sin conductas autolesivas.

3.- Determinar si el fenómeno disociativo es un factor de riesgo para la manifestación de conductas autolesivas en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

## **HIPÓTESIS**

- **HIPOTESIS GENERAL:**

Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que realizan conducta autolesivas sin intencionalidad suicida presentarán un grado mayor de fenómenos disociativos comparado con las pacientes que no realizan conductas autolesivas.

- **HIPOTESIS ESPECÍFICAS:**

H 1.- La escala ISAS (Inventory of Statements About Self Injury) en su versión descrita al español, con ajuste al léxico de población mexicana, presentará adecuados valores de confiabilidad para la comunidad estudiada del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

H 2.- Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que realizan conductas autolesivas sin intencionalidad suicida serán en su mayoría del género femenino, con una menor edad cronológica, menor nivel educativo, estado civil en soltería con historial de inestabilidad en relaciones de pareja, sin empleo formal actual; con mayor historial de conductas impulsivas e historial de violencia sexual.

H 3.- La presencia del fenómeno disociativo será un factor de riesgo para la manifestación de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

- **TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de diseño se basa en la clasificación de Feinstein,<sup>(64)</sup> tratándose de un estudio transversal, mediante la aplicación de escalas autoaplicables, con propósito comparativo de casos conformado por dos grupos de análisis de componentes homodémicas; el primero, por aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad con antecedente de realización de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, y el segundo grupo de análisis, por aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad sin realización de conductas autolesivas.

- **POBLACIÓN EN ESTUDIO: SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

### **CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

El tamaño de la muestra fue calculado de acuerdo al mínimo porcentaje estimado (10.2%) de pacientes psiquiátricos que presentan experiencias disociativas.<sup>(59)</sup>

Con los datos anteriores y de acuerdo a la fórmula de:<sup>(65)</sup>

$$n = \frac{EDFF * N * p * (1-p)}{[(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

En donde:

- n = Tamaño de la muestra
- EDFF = Efecto del diseño
- N = Población
- p = Proporción estimada
- d = Nivel de precisión deseado

---

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población)(N):	10000
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	10.2%
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	10%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

---

**IntervaloConfianza (%)**

90%

**Tamaño de la muestra**

99

Se incluyeron pacientes que recibieron tratamiento en la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad y en área de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplieron los siguientes criterios:

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años.
- Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos para Trastorno Límite de la personalidad según el DSM-V, con y sin antecedentes de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.
- Pacientes de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad y del área de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Pacientes que aceptaron participar de forma voluntaria mediante firma del consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Cumplir criterios para diagnóstico de trastornos psicóticos o trastorno disociativo, por DSM V.
- Pacientes con riesgo elevado de agitación psicomotriz.
- Diagnósticos neurológicos a los que se atribuya la presencia de fenómenos ictales.
- Enfermedad médica o neurológica en condición inestable, entendiendo por condición inestable cualquier estado clínico que requiera una intervención inmediata ya sea clínica o farmacológica.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

Que aunque previamente haya aceptado participar en el estudio, algún paciente decida retirar su consentimiento para seguir participando.

#### **• DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES**

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>TIPO</b>	<b>MEDICIÓN</b>
<i>Datos sociodemograficos</i>		
Edad actual	Intervalar	Años
Sexo	Nominal dicotómica	Femenino/masculino
Escolaridad	Intervalar	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico
Estado civil	Nominal	Soltero/Casado/Divorciado/Viudo
Ocupación	Nominal	Desempleo/Hogar/Estudiante/Empleado
<i>Datos Clínicos</i>		
Comorbilidad	Nominal	Sin comorbilidad/Trastorno depresivo mayor/ Trastorno de ansiedad/ Trastorno por uso de sustancias/ Otro trastorno psiquiátrico.
Intentos suicidas	Intervalar	Número de veces
Conductas autolesivas	Nominal	Si / No
Número total de hospitalizaciones	Intervalar	Número de veces
Edad a la primera hospitalización	Intervalar	Años
Tiempo total de hospitalizaciones	Intervalar	Semanas
Relaciones de pareja	Intervalar	Numero de parejas
Antecedente de violencia sexual	Nominal	Sin antecedente/con antecedente
Edad de primer agresión sexual	Intervalar	Años
Relación con perpetrador de violencia sexual	Nominal	Familiar / Conocido / Desconocido
Antecedente de violencia no sexual	Nominal	Sin antecedente/con antecedente
Edad de primer agresión no sexual	Intervalar	Años
Relación con perpetrador de violencia no sexual	Nominal	Familiar / Conocido / Desconocido

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>TIPO</b>	<b>MEDICIÓN</b>
<b><i>Criterios DSM 5 para Trastorno Límite de la Personalidad</i></b>		
Temor intenso a ser abandonado o traicionado	Nominal	Si / No
Relaciones interpersonales con extremos de idealización y de devaluación	Nominal	Si / No
Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo	Nominal	Si / No
Impulsividad en áreas perjudiciales	Nominal	Si / No
Episodios recuentes e intensos de disforia o irritabilidad	Nominal	Si / No
Sensación crónica de vacío	Nominal	Si / No
Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves	Nominal	Si / No
<b><i>Escala ISAS: Funciones de conductas autolesivas</i></b>		
Regulación de emociones	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Limites interpersonales	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Auto castigo	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Auto cuidado	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Antidisociación	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Anti suicidio	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Busqueda de sensaciones	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Crear relaciones con pares	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Influencia interpersonal	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Resistencia	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Señalar aflicción	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Venganza	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
Autonomía	Intervalar	Promedio de puntuación de ítems que conforman la función
<b><i>Escala DES</i></b>		
Nivel de disociación	Intervalar	Puntuación total

- **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

**FORMATO DE DATOS CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS**

El formato de datos clínico-demográficos se ha diseñado en base a las características de los individuos de estudio en su contexto demográfico, así datos clínicos relevantes para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y factores contribuyentes. Está integrado por 2 secciones conformadas por múltiples reactivos, en los cuales se registró la información necesaria requerida mediante interrogatorio dirigido al paciente.

La primer sección se refiere a Datos Generales, que incluye la ficha de identificación del paciente que contiene las siguientes variables: edad actual del paciente (en años completos), género, orientación sexual, estado civil, escolaridad completada en años, ocupación actual, número de empleos previos, y nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente). Además, se incluye un área con información de contacto correspondiente al "Familiar de Referencia", en donde se registraron los datos completos de por lo menos uno de los familiares, con el objetivo de poder localizar al paciente en caso de ser necesario.

La segunda sección se refiere a los datos clínicos relevantes para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, y factores que influyen en su desarrollo, se compone con algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica basada en los Criterios del DSM V y por una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: Temor intenso a ser abandonado o traicionado, inestabilidad en relaciones interpersonales caracterizadas por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, impulsividad en áreas perjudiciales (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios), conductas recurrentes suicidas o autolesivas sin intencionalidad suicida (respuesta afirmativa o negativa), episodios recurrentes e intensos de disforia o irritabilidad, sensación crónica de vacío, dificultad para controlar la ira (exhibición frecuente de enojo, peleas físicas recurrentes), ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves; hospitalizaciones psiquiátricas previas, numero de hospitalizaciones psiquiátricas en total, edad de primer

hospitalización, duración total de hospitalizaciones psiquiátricas previas (en semanas), hace cuánto tiempo fue la última hospitalización psiquiátrica, intentos suicidas previos y cantidad de los mismos, antecedente de recepción de violencia sexual, edad del paciente al recibir la primer agresión sexual, relación con el perpetrador de tal violencia (familiar, conocido, desconocido), antecedentes de otros tipos de violencia (física o verbal), edad en que recibió tal violencia, relación con el perpetrador (familiar, conocido, desconocido), cantidad de relaciones de pareja previas y comorbilidad psiquiátrica (depresión, ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, otros). Esta información se obtuvo mediante una evaluación retrospectiva teniendo como fuentes de información exclusivamente al paciente.

### **ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS (DES: Dissociative Experiences Scale)**

La Escala de Experiencias Disociativas (DES: Dissociative Experiences Scale) fue desarrollada por Bernstein y Putnam en 1986 para la medición del grado de disociación que ha experimentado una persona en su vida, permitiendo evaluar, de forma rápida, los diferentes tipos de sintomatología disociativa y la frecuencia con que estos aparecen tanto en poblaciones normales como en poblaciones clínicas.<sup>(66)</sup> Se ha utilizado como instrumento de cribado, distinguiendo los pacientes potenciales con trastorno disociativo de otros pacientes psiquiátricos, y como instrumento de investigación.

Los elementos de la escala fueron constituidos utilizando los datos de las entrevistas que cumplían los criterios del DSM-III para los trastornos disociativos en el momento de su elaboración, aún ajustado para los criterios de las versiones más recientes; además, de información obtenida de expertos clínicos en el tratamiento de los trastornos disociativos.

Se trata de un instrumento de auto reporte de 28 reactivos que valoran el nivel y tipo de experiencias disociativas presentes en un individuo utilizando una escala analógico visual de 0 a 100. En cada pregunta, el paciente debe encerrar en un círculo la respuesta que muestra el nivel del tiempo que más estrechamente se ajusta a la situación experimentada. La puntuación total del DES se obtiene sumando todos los puntos seleccionados y dividiendo el resultado entre 28. El tiempo promedio que tarda en realizarse va de 10 a 20 minutos.<sup>(59)</sup> Existe una propuesta de sub clasificación del tipo de síntomas disociativos evaluados según los ítems que incluye: Ensimismamiento/participación imaginativa (ítems 2, 14, 15, 17, 18,

19, 20, 21, 22, 23 y 24), actividades en estados de disociación (ítems 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 25 y 26) y despersonalización/desrealización (ítems 1, 7, 11, 12, 13, 16, 27 y 28) <sup>(13)</sup>. Los autores concluyeron así que puntuaciones iguales o mayores a 30 en el DES se asocian con diagnóstico de trastorno disociativo según la clasificación DSM, mientras que la mayoría de individuos sanos y otro tipo de pacientes psiquiátricos obtendrían puntuaciones menores a 20 en el DES. En un meta análisis llevado a cabo por van Ijzendoorn y Schuengel en 1996, <sup>(67)</sup> los pacientes con trastornos de la personalidad puntúan en promedio con 18.2 a 20.1 puntos.

Se ha encontrado una asociación entre el un coeficiente intelectual más alto y puntuaciones más bajas del DES que puede ser secundario al nivel de lectura requerido para la comprensión de los enunciados. <sup>(68)</sup> Paolo, Ryan, Dunn, y Van Fleet (1993) encontraron que se requiere como mínimo un nivel de lectura obtenido hasta un nivel escolar de secundaria para entender los elementos del DES. <sup>(69)</sup> Se sugiere además realizar una entrevista posterior con los sujetos que obtienen puntuaciones altas en algunos ítems para ahondar en el tipo de experiencias y descartar un efecto de mala interpretación de los enunciados. <sup>(70)</sup>

Esta escala ha sido traducida en más de 20 idiomas, incluido el español, con una amplia evidencia de su validez y confiabilidad, con consistencia interna por alfa de Cronbach y estabilidad temporal altas. <sup>(59)</sup> La consistencia interna del DES ha sido mostrado generalmente como bueno, en particular entre poblaciones clínicas con altas calificaciones. Bernstein y Putnam en 1986 probaron evidencia de consistencia interna de esta escala en su medición con un rango de confiabilidad de 0.7 a 0.96, midiéndolo separado en población normal y clínica, reportando una confiabilidad de test retest de 0.84. Autores como Frischholz en 1990 encontró confiabilidad de 0.93 a 0.96 en sus mediciones de estabilidad temporal. Ensink y van Otterbo en 1989 reportaron la consistencia interna del DES en su medición con alfa de Cronbach de 0.90 entre una población normal y 0.91 en una población psiquiátrica. Se ha sugerido que no es influenciada por el género u otras variables demográficas.

En México un estudio evaluó las propiedades psicométricas de esta escala en la población de este país, en su versión al español, reportándose en sus resultados con propiedades psicométricas válidas y confiables; en este estudio se obtuvo un Coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.96, con una alta consistencia interna. <sup>(59)</sup>

### **INVENTARIO DE DECLARACIONES SOBRE AUTO LESIONES (ISAS: Inventory of Statements About Self Injury)**

El Inventario de Declaraciones sobre Auto Lesiones (ISAS: Inventory of Statements About Self Injury) es un instrumento de autoinforme desarrollado por David Klonsky en el año 2007, para evaluar la frecuencia y las funciones de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, basado en los tipos de autolesiones reportadas previamente en la literatura empírica. Consta de 2 secciones: la primer sección del ISAS evalúa la frecuencia con que los individuos evaluados han realizado algunos de 12 comportamientos autolesivos realizados intencionalmente y sin intención suicida, incluyendo acciones como golpearse, morderse, quemarse, tallar su piel, cortarse, interferir en la cicatrización de heridas, pellizcarse, tirar del pelo, frotar la piel contra superficies ásperas, rascado intenso, pincharse con objetos punzantes, y la deglución de productos químicos peligrosos.<sup>(71)</sup> Se les pide a los participantes registrar el número de veces que han realizado cada comportamiento. Cinco preguntas adicionales evalúan factores descriptivos y contextuales, en la primera se indica anotar la edad de inicio y fecha de realización de la última autolesión; en las siguientes cuatro preguntas se indica responder en un formato de opción múltiple si hubo experiencia de dolor durante la conducta autolesiva no suicida, si la conducta autolesiva se realiza solo o en torno a otros, el tiempo entre el impulso de auto-lesionarse y el acto, y si la persona quiere dejar de auto lesionarse.<sup>(47)</sup> Aquellos que respaldan una o más conductas autolesivas son instruidos para completar la segunda sección del ISAS. Esta sección puede ser utilizada como medida de cribado para reclutar muestras de personas que realizan conductas autolesivas.

La segunda sección del ISAS consta de 39 enunciados que miden 13 funciones de las conductas autolesivas propuestas en la literatura de salud mental,<sup>(72)</sup> que a su vez se sub clasifican en dos factores de orden superior que son: (a) las funciones intrapersonales (se refiere a las funciones que son auto-centradas, es decir, la regulación de emociones, anti-disociación, anti-suicidio, señalar su aflicción, y auto-castigo), y (b) las funciones interpersonales ( se refiere a las funciones como unión entre iguales, es decir, la autonomía, imposición de límites interpersonales, influencia interpersonal, crear relaciones con pares, venganza, el auto cuidado, la búsqueda de sensaciones, y resistencia/fuerza).<sup>(47)</sup>

Cada uno de los 39 enunciado es calificado con uno de tres posibles valores que miden el grado de relevancia de la finalidad ejemplificada de la autolesión según la propia experiencia, clasificándose en una escala de 0 (nada relevante) a 2 (muy relevante).<sup>(73)</sup>

Cada una de las 13 funciones es integrada por 3 enunciados distintos, al sumar la calificación de cada triada se obtiene una puntuación de cada función de 0 a 6.

Los enunciados que conforman cada una de las 13 funciones son los siguientes:

Regulación de Emociones – 1, 14, 27

Límites Interpersonales – 2, 15, 28

Auto-castigo – 3, 16, 29

Auto-cuidado – 4, 17, 30

Anti-disociación / Generación de emociones – 5, 18, 31

Anti-suicidio – 6, 19, 32

Búsqueda de sensaciones – 7, 20, 33

Crear relaciones con pares – 8, 21, 34

Influencia Interpersonal – 9, 22, 35

Resistencia/Fuerza – 10, 23, 36

Señalar aflicción – 11, 24, 37

Venganza – 12, 25, 38

Autonomía – 13, 26, 39

La puntuación de las dos escalas de orden superior (intrapersonal e interpersonal) se derivan del promedio de las puntuaciones de las funciones que integran a cada una de ellas.

La investigación reciente encontró la ISAS como una medida fiable y válida de la frecuencia y funciones de las conductas auto lesivas en una amplia muestra de adultos jóvenes.<sup>(71)</sup> Los hallazgos apoyan a la ISAS como una medida fiable y válida de los comportamientos y las funciones de las conductas autolesivas.<sup>(47),(74)</sup>

La primer sección ha demostrado buena fiabilidad a corto plazo (de 1 a 4 semanas), con una fiabilidad test-retest aceptable ( $r = 0.85$ ),<sup>(71)</sup> y una buena consistencia interna ( $\alpha = 0.84$ ),<sup>(73)</sup> así como validez de constructo que se indica por las relaciones teóricamente consistentes a otras conductas autolesivas y variables clínicas.<sup>(73)</sup> Además, en estudios anteriores, los 12 comportamientos autolesivos que incluye el ISAS han demostrado una excelente consistencia interna ( $\alpha = 0.84$ ).<sup>(74)</sup>

La segunda sección de funciones de las ISAS presenta una buena validez de constructo (es decir, las asociaciones esperadas con las variables de diagnóstico teóricamente relacionados y características de conductas autolesivas).<sup>(47)</sup> Las funciones del ISAS demostraron consistencia interna (intrapersonal  $\alpha = 0.80$ ,  $\alpha = 0.88$  interpersonal).<sup>(71)</sup>

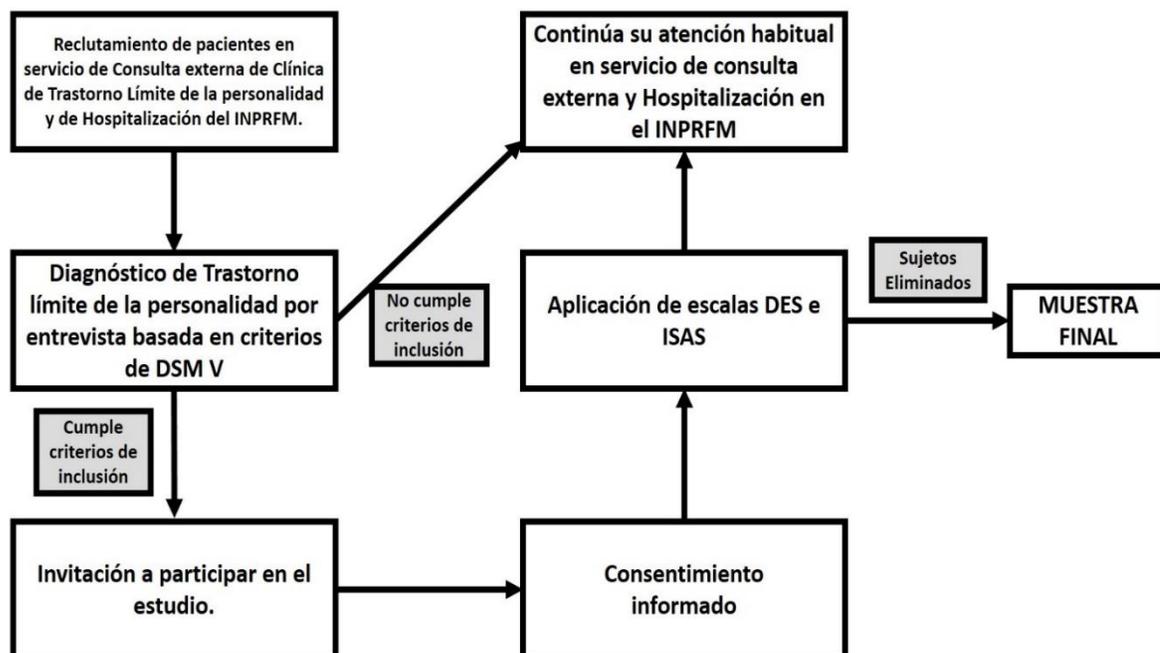
Existen 2 versiones traducidas al español, una en España del 2011 por Daniel Vega de la Universidad Autónoma de Barcelona (Medical Psychology Unit, Department of Psychiatry and Legal Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona & Igualada Hospital, 11/2011); y otra en Ecuador por Thomas Xavier Polanski de la Universidad Central de Ecuador. Se realizó para este estudio una versión traducida al español ajustada al léxico mexicano, con autorización por el autor de la escala para evaluar su validez interna.

## **PROCEDIMIENTO**

El presente estudio se realizó con base en la participación de pacientes con diagnóstico ya establecido de trastorno límite de la personalidad en la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del módulo D, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”. A los candidatos a participar en este estudio se les informó de forma amplia en qué consistiría su participación y los objetivos del estudio destacando la relevancia de los resultados a encontrarse. Tras evaluarse el cumplimiento de criterios definidos para su inclusión en el estudio, se les solicitó firmar el consentimiento informado (Anexo 1) para su participación. Se aplicaron las escalas ISAS (Inventory of Statements About Self-Injury) en su traducción al español modificada al léxico de nuestro país, con la autorización por parte de su Autor David Klonsky, para el uso de la misma y valoración de su validez interna en este estudio; y la escala DES (Dissociative Experiences Scale) en su versión al español.

Durante el estudio se reafirmó constantemente la absoluta confidencialidad de la información obtenida (Figura 1).

**Figura 1: Procedimiento**



## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Para determinar la confiabilidad de la Escala ISAS se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach.

Como pruebas de hipótesis se utilizaron la Chi cuadrada para la comparación de las variables categóricas y la t de Student para muestras independientes para la comparación de variables continuas entre los pacientes con y sin autolesiones.

Se realizó un análisis de regresión logística con el método “hacia atrás-condicional” para determinar el riesgo conferido por el fenómeno disociativo en la presentación de

autolesiones. Se incluyó, además, aquellas variables demográficas y clínicas que inicialmente mostraron una diferencia entre los grupos. Se realizó una codificación “dummy” de las variables incluidas en el modelo de regresión logística. Así, las variables continuas fueron dicotomizadas de acuerdo a las puntuaciones medias obtenidas de la muestra total, en donde el “0” se asignó a los valores considerados de “no riesgo”, mientras que el “1” fue asignado a los valores considerados como de “riesgo”. El nivel de significancia estadística se fijó con una  $p \leq 0.05$ .

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se informó de forma clara y completa la finalidad del presente estudio a los sujetos participantes solicitando para su inclusión su firma de consentimiento informado ante dos testigos y el médico responsable, con base en los principios generales estipulados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). De no haber sido incluidos en el proyecto y si abandonaron el mismo, de lo cual tuvieron plena libertad, no se alteró la presencia y calidad de la atención médica brindada a los sujetos, siendo esto informado a los mismos. Los datos obtenidos de este proyecto de investigación fueron utilizados solo con fines científicos y no se les dio otro uso, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar. Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. Este proyecto de investigación se considera de riesgo mínimo ya que se realizó mediante el empleo de escalas de evaluación clínica de recolección de información retrospectiva de uso común en la evaluación de características específicas del padecimiento en estudio.

## **ORGANIZACIÓN**

### **1. Recursos humanos y materiales**

Los materiales utilizados fueron materiales de papelería y de informática, localizados y aportados por el Instituto. El personal que participó fue el médico residente titular del presente estudio y los tutores teórico y metodológico.

## 2. Evaluación de costos

Se estimó un aproximado de \$400 pesos como presupuesto para el desarrollo de este protocolo considerándolo para el costeo de impresiones, fotocopias, folders, bolígrafos y grapas.

- **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1	R4-2
Presentación del anteproyecto al Comité de Tesis	X				
Solicitud de Autorización al Comité de Ética	X				
Realización de correcciones	X				
Recolección de los pacientes	X	X			
Aplicación de los instrumentos de evaluación basal		X	X		
Análisis de resultados		X	X		
Redacción del texto de Tesis		X	X		
Revisión por tutores y correcciones			X		
Entrega final a la UNAM y Comité de Tesis				X	

**R2-2** = Segundo semestre R2.    **R3-1** = Primer semestre R3.    **R3-2** = Segundo semestre R3.

**R4-1** = Primer semestre R4.    **R4-2** = Segundo semestre R4.

## **RESULTADOS**

### **• CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA**

Se incluyeron un total de 99 pacientes con trastorno límite de personalidad, el 88.9% (n=88) provenientes de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, y el 11.1% (n=11) restante del servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. La mayoría de los pacientes fueron mujeres (89.9%, n=89) con una edad promedio de 24.7 años (D.E.=3.9, rango 18-35), una escolaridad de 14 años (D.E.=2.6, rango 9-21 años) y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo (55.6%, n=55) o medio (41.4%, n=41). En su mayoría, los pacientes eran solteros (79.8%, n=79) seguidos por las personas casadas o en unión libre (16.2%, n=16) y aquellos divorciados (4.0%, n=4). La principal actividad reportada fue el trabajo remunerado (39.4%, n=39) o el ser estudiantes (37.4%, n=37), seguido por aquellos sin ocupación (14.1%, n=14) y las actividades del hogar (9.1%, n=9).

Todos los pacientes tuvieron el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP). En la Tabla 1 se muestran las frecuencias y porcentajes del cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-5 para TLP.

**Tabla 1. Criterios DSM-5 para Trastorno Límite de la Personalidad en la muestra**

<b>Criterio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Temor intenso a ser abandonado o traicionado	98	99.0
Relaciones interpersonales con extremos de idealización y de devaluación	86	86.9
Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo	83	83.8
Impulsividad en áreas perjudiciales	90	90.9
Episodios recuentes e intensos de disforia o irritabilidad	90	90.9
Sensación crónica de vacío	95	96.0
Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves	74	74.7
Conductas autolesivas sin intencionalidad suicida previas	63	63.6

Con excepción de un paciente, los pacientes incluidos en la muestra tuvieron comorbilidad con otros diagnósticos, principalmente con Depresión o algún trastorno de ansiedad (Tabla 2).

**Tabla 2. Comorbilidad diagnóstica**

Diagnóstico	N=98	
	n	%
Depresión mayor	92	93.9
Trastorno de ansiedad	49	50.0
Trastorno de la conducta alimentaria	9	9.2
Trastorno por estrés postraumático	8	8.2
Trastornos relacionados con sustancias	2	2.0

Del total de la muestra, el 33.3% (n=33) reportó haber sido hospitalizado en algún momento durante la evolución del padecimiento. El promedio fue de una hospitalización (D.E.=1.4, rango 1-7), siendo la primera hospitalización a los 22.5 años (D.E.=3.1, rango 17-30) con una duración aproximada de tres semanas (D.E.=1.3, rango 1-8). Un alto porcentaje de pacientes tuvo intentos suicidas previos a su inclusión en el estudio (64.6%, n=64), reportando un promedio de 3 intentos suicidas (D.E.=3.9, rango 1-30).

De forma adicional, se valoró si los pacientes habían sido receptores de violencia antes de su inclusión en el estudio. El 43.4% (n=43) reportó haber sido víctima de violencia sexual, siendo la primera agresión a los 9.9 años (D.E.=5.6, rango 4-25). El principal perpetrador de violencia identificado fue un familiar (46.5%, n=20), un conocido (44.2%, n=19) y por último, una persona desconocida para el paciente (9.3%, n=4). El 66.7% (n=66) reportó otras formas de violencia vividas, principalmente violencia psicológica (65.2%, n=43) y violencia física (34.8%, n=23), ambas cometidas principalmente por familiares (75.8%, n=50), personas conocidas para el paciente (21.2%, n=14) y finalmente, desconocidos (3.0%, n=2).

- **CARACTERÍSTICAS DE LAS AUTOLESIONES SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA.**

Como se observa en la Tabla 1, el 63.6% (n=63) de los pacientes del estudio reportaron conductas autolesivas sin intencionalidad suicida. En la Tabla 3 se muestran las principales lesiones realizadas por los pacientes del estudio, así como el número de veces que los pacientes estimaron haberlas llevado a cabo de acuerdo a la evaluación del Inventario de Declaraciones sobre Autolesiones (*ISAS – Inventory of Statements About Self-injury*). La edad promedio en la que reportaron haberse lesionado por primera vez fue a los 13.2 años (D.E.=4.3, rango 1-22).

**Tabla 3. Reporte de autolesiones sin intencionalidad suicida (n=63)**

Conducta autolesiva	Pacientes		Promedio de realización		
	n	%	Media	D.E.	Rango
Cortarse	55	87.3	108.8	224.2	1-1000
Morderse	37	58.7	102.4	173.3	2-700
Quemarse	18	28.6	15.1	25.2	1-100
Hacerse marcas en la piel	33	52.4	46.2	173.1	1-1000
Pellizcarse	45	71.4	201.2	481.8	2-3000
Jalarse el pelo	46	73.0	147.7	266.2	1-1000
Arañarse gravemente	37	58.7	117.7	256.6	1-1000
Golpearse usted mismo	53	84.1	124.0	252.7	2-1000
Impedir una cicatrización	35	55.6	219.2	510.9	2-2000
Frotar su piel sobre una superficie rugosa	27	42.9	162.6	304.4	1-1000
Clavarse agujas	27	42.9	68.0	133.7	2-500
Ingerir sustancias peligrosas	30	47.6	34.3	96.2	1-500

Los pacientes pudieron realizar diversas de estas autolesiones. Al indagar sobre cuál consideraban era la forma principal de lesionarse, el cortarse (30.2%, n=19) y golpearse a sí mismo (19.0%, n=12) fueron las más frecuentemente mencionadas mientras que el marcarse la piel y frotar la piel en una superficie rugosa fueron las menos reportadas (1.6%, n=1 en cada una).

Tan solo el 28.6% (n=18) mencionaron sentir al dolor al momento de autolesionarse, mientras que el 58.7% (n=37) reportan el dolor como ocasional. La mayoría de las autolesiones las realizan estando solos (82.5%, n=52) y la mayoría (73.0%, n=46) tarda menos de una hora entre el momento en que surge el deseo de autolesionarse y la ejecución de la misma. Un alto porcentaje de los pacientes que se autolesionan tienen el deseo de dejar de autolesionarse (87.3%, n=55).

La confiabilidad de la escala ISAS fue adecuada. Para la puntuación total de la escala ISAS se determinó un alfa de Cronbach de 0.80, seguido por un alfa de 0.79 para la función intrapersonal y un alfa de 0.80 para la función interpersonal. Las puntuaciones de las funciones de las conductas autolesivas se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4. Funciones de las conductas autolesivas**

<b>Función</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Rango</b>
<i>Intrapersonal</i>			
Regulación de emociones	5.0	1.2	0-6
Auto-castigo	4.4	1.6	0-6
Anti-disociación/Generación de emociones	2.7	1.9	0-6
Anti-suicida	2.7	2.0	0-6
Señalar aflicción	2.2	1.7	0.6
Total	3.4	1.1	0.2-5.6
<i>Interpersonal</i>			
Límites interpersonales	1.0	1.2	0-4
Auto-cuidado	2.0	1.4	0-6
Búsqueda de sensaciones	0.8	1.1	0-5
Crear relaciones con pares	0.3	0.9	0-6
Influencia interpersonal	1.1	1.3	0-4
Resistencia/Fuerza	1.4	1.6	0-6
Venganza	1.0	1.6	0-6
Autonomía	0.6	1.0	0-4
Total	1.0	0.7	0-3.1

- **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE PACIENTES CON Y SIN AUTOLESIONES.**

Los pacientes con y sin autolesiones fueron muy similares en cuanto a las características demográficas evaluadas en el estudio. En ambos grupos predominaron las mujeres, el encontrarse sin pareja y ser estudiantes o tener un trabajo remunerado como principal ocupación. De igual forma, la edad y escolaridad fueron similares en ambos grupos (Tabla 5).

**Tabla 5. Características demográficas entre pacientes con y sin autolesiones.**

	Sin Autolesiones n=36		Con Autolesiones n=63		Estadística
	n	%	n	%	
<i>Género</i>					
Hombre	6	16.7	4	6.3	$\chi^2 = 2.6, 1 \text{ gl}, p=0.10$
Mujer	30	83.3	59	93.7	
<i>Estado civil</i>					
Sin pareja	31	86.1	52	82.5	$\chi^2 = 0.2, 1 \text{ gl}, p=0.64$
Con pareja	5	13.9	11	17.5	
<i>Ocupación</i>					
Desempleado/hogar	7	19.4	16	25.4	$\chi^2 = 0.74, 2 \text{ gl}, p=0.69$
Estudiante	13	36.1	24	38.1	
Trabajo remunerado	16	44.4	23	36.5	
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Estadística</b>
<i>Edad (años)</i>	25.4	3.5	24.2	4.0	$t=1.4, 97 \text{ gl}, p=0.13$
<i>Escolaridad (años)</i>	14.5	2.8	13.7	2.5	$t=1.3, 97 \text{ gl}, p=0.17$

Contrario a lo observado en las características demográficas, se observaron algunas diferencias entre grupos en relación con las principales características clínicas evaluadas. En la Tabla 6 se muestran estos resultados.

De forma general, se observa que los pacientes con autolesiones reportan con mayor frecuencias intentos suicidas previos, el antecedente de violencia sexual y una edad más temprana de cuando ocurrió la primera agresión sexual en contraste con los pacientes sin autolesiones.

**Tabla 6. Características clínicas entre pacientes con y sin autolesiones**

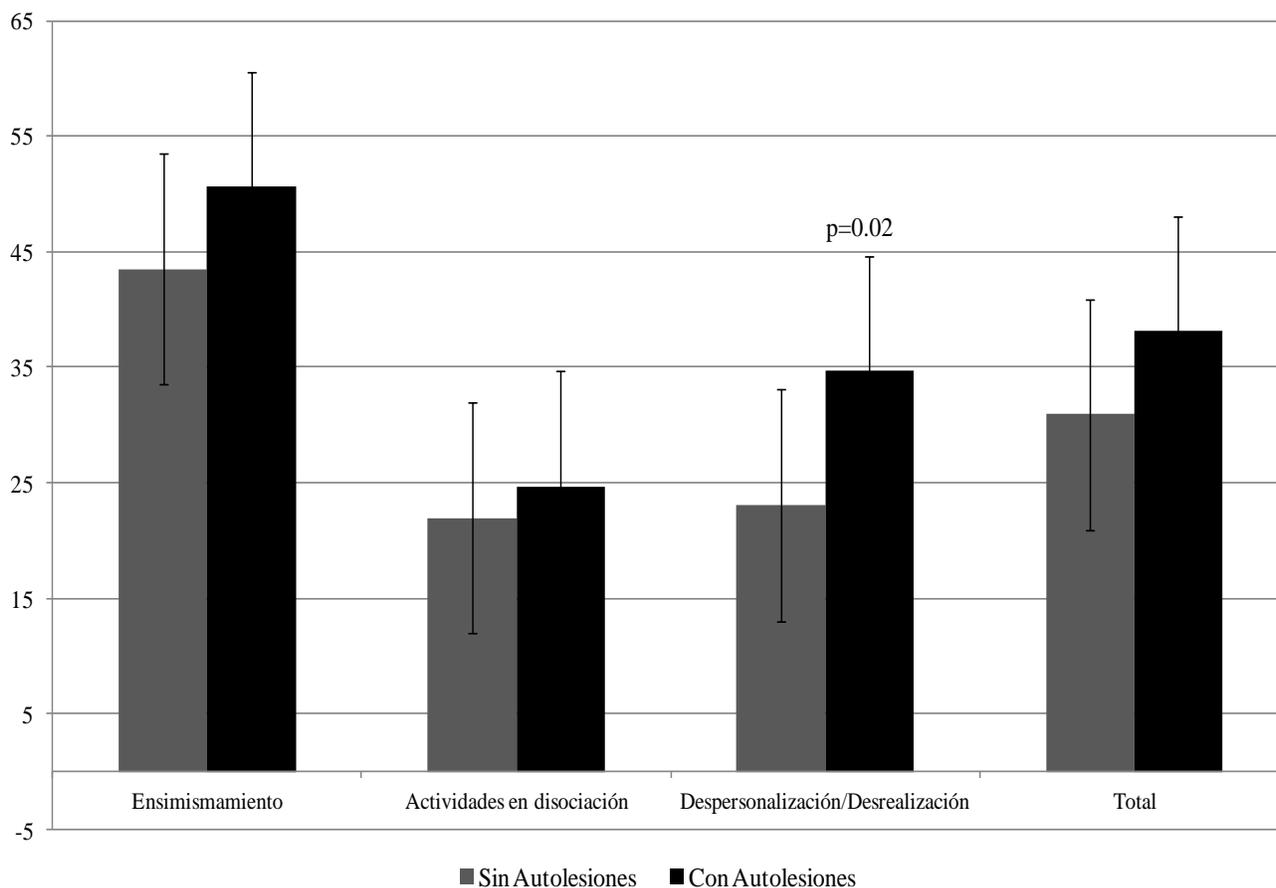
	Sin Autolesiones n=36		Con Autolesiones n=63		Estadística
	n	%	n	%	
<i>Criterios DSM-V</i>					
-Temor al abandono	35	97.2	63	100	$\chi^2= 1.7, 1 \text{ gl}, p=0.18$
-Relación idealización/devaluación	32	88.9	54	85.7	$\chi^2= 0.2, 1 \text{ gl}, p=0.65$
- Inestabilidad de autoimagen	27	75.0	56	88.9	$\chi^2= 3.2, 1 \text{ gl}, p=0.07$
- Impulsividad	31	86.1	59	93.7	$\chi^2= 1.5, 1 \text{ gl}, p=0.20$
- Disforia/irritabilidad	32	88.9	58	92.1	$\chi^2= 0.2, 1 \text{ gl}, p=0.59$
- Sensación crónica de vacío	34	94.4	61	96.8	$\chi^2= 0.3, 1 \text{ gl}, p=0.56$
- Ideas paranoides transitorias	23	63.9	51	81.0	$\chi^2= 3.5, 1 \text{ gl}, p=0.06$
<i>Hospitalizaciones (presentes)</i>	11	30.6	22	34.9	$\chi^2=0.1, 1 \text{ gl}, p=0.65$
<i>Intento suicida previo (presente)</i>	16	44.4	48	76.2	$\chi^2= 10.1, 1 \text{ gl}, p=0.001$
<i>Violencia sexual (presente)</i>	11	30.6	32	50.8	$\chi^2= 3.8, 1 \text{ gl}, p=0.05$
<i>Otro tipo de violencia (presente)</i>	25	69.4	41	65.1	$\chi^2= 0.1, 1 \text{ gl}, p=0.65$
<i>Comorbilidad diagnóstica</i>					
Depresión mayor	32	91.4	60	95.2	$\chi^2= 0.5, 1 \text{ gl}, p=0.45$
T. de ansiedad	18	51.4	31	49.2	$\chi^2= 0.04, 1 \text{ gl}, p=0.83$
T. de conducta alimentaria	2	5.7	6	9.5	$\chi^2= 0.4, 1 \text{ gl}, p=0.50$
T. estrés postraumático	1	2.9	8	12.7	$\chi^2= 2.6, 1 \text{ gl}, p=0.10$
T. relacionado con sustancias	0		2	3.2	$\chi^2= 1.1, 1 \text{ gl}, p=0.28$
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Estadística</b>
<i>Número de hospitalizaciones</i>	1.7	1.1	1.7	1.5	$t=0.0, 31 \text{ gl}, p=1.00$
<i>Edad de la primera hospitalización</i>	21.9	2.5	22.8	3.4	$t=-0.9, 31 \text{ gl}, p=0.44$
<i>Número de intentos suicidas</i>	2.8	1.2	3.2	1.4	$t=-0.4, 62 \text{ gl}, p=0.27$
<i>Violencia sexual (edad)</i>	13.4	4.5	8.7	5.4	$t=0.9, 41 \text{ gl}, p=0.01$
<i>Otro tipo de violencia (edad)</i>	13.2	7.2	11.6	5.8	$t=0.9, 64 \text{ gl}, p=0.32$

Además, se observa una tendencia en los pacientes con autolesiones a reportar con mayor frecuencia *Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo* así como *Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés*.

- **EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS ENTRE PACIENTES CON Y SIN AUTOLESIONES.**

La *Escala de Experiencias Disociativas (DES)* fue aplicada en ambos grupos. Los puntajes reportados en los pacientes con y sin autolesiones fueron muy similares tanto en la puntuación total como en las dimensiones de *Ensimismamiento* y *Actividades en estados de disociación*. No obstante, los pacientes con autolesiones reportaron puntajes más elevados en la dimensión de *Despersonalización/desrealización* en contraste con los pacientes sin autolesiones. Estos resultados se muestran en la Gráfica 1.

**Gráfica 1. Puntuaciones de la Escala de Experiencias Disociativas (DES)**



- **PREDICTORES DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA EN PACIENTES CON TLP.**

Primeramente, se realizaron análisis de regresión logística de cada una de las variables que en los análisis comparativos fueron distintos entre grupos o en donde se observó una tendencia a la diferencia de acuerdo a los valores estadísticos. Estas variables fueron: 1) inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, 2) ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés, 3) intento suicida previo, 4) antecedente de violencia sexual, 5) edad en la que se presentó el primer evento de violencia sexual y 6) la dimensión de despersonalización/desrealización de la escala DES.

Las variables que confirieron un riesgo independiente para las autolesiones fueron el intento suicida previo, una menor edad en la que se presentó la violencia sexual y mayores puntajes de despersonalización/desrealización de la escala DES (Tabla 7).

**Tabla 7. Variables independientes predictoras de autolesiones en pacientes con TLP**

<b>Variables Independientes</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>D.E. <math>\beta</math></b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen	0.98	0.55	2.66	0.89-7.96	0.07
Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés	0.87	0.47	2.40	0.95-6.06	0.06
Intento suicida previo	1.38	0.44	4.00	1.65-9.61	0.002
Antecedente de violencia sexual	0.85	0.44	2.34	0.98-5.56	0.053
Edad en la que se presentó el primer evento de violencia sexual	-0.15	0.06	0.86	0.75-0.98	0.024
DES – despersonalización /desrealización	0.02	0.01	1.02	1.003-1.04	0.023

Una vez identificadas estas variables, se incluyeron en un modelo conjunto. La ecuación de regresión logística fue capaz de clasificar correctamente al 83.7% de los casos, siendo más precisa para identificar a los pacientes con autolesiones (90.6%) que a los pacientes sin autolesiones (63.6%).

El modelo de regresión logística fue significativo de acuerdo al modelo estadístico de Hosmer y Lemeshow ( $p=0.22$ ) y predice el 48.9% de la variación del fenómeno. Como se muestra en la Tabla 8, la despersonalización/desrealización fue la principal variable predictora de autolesiones en pacientes con TLP. Las pacientes con TLP con mayores puntajes en esta dimensión tienen un riesgo 100% mayor que las pacientes con bajos puntajes, a presentar conductas autolesivas.

**Tabla 8. Modelo de regresión logística para la predicción de autolesiones en pacientes con TLP**

<b>Variables Independientes</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>D.E. <math>\beta</math></b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Intento suicida previo	1.45	0.89	4.26	0.74-24.48	0.10
Edad en la que se presentó el primer evento de violencia sexual	-0.13	0.08	0.87	0.74-1.02	0.10
DES – despersonalización /desrealización	<i>0.05</i>	<i>0.02</i>	<i>1.05</i>	<i>1.009-1.12</i>	<i>0.02</i>

## **DISCUSIÓN**

En este estudio se analizaron de forma comparativa distintas características sociodemográficas y clínicas entre pacientes con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y pacientes sin dichas conductas, ambos grupos con diagnóstico establecido de trastorno límite de la personalidad. La comparación principal se basó en la variable de la frecuencia de experiencias disociativas para averiguar si representan un factor de riesgo para la ocurrencia de las autolesiones.

De la muestra obtenida para la realización de este estudio la mayoría se trató de pacientes de sexo femenino, lo cual podría reflejar una diferencia en cuanto a la frecuencia de búsqueda de atención entre ambos sexos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Por otro lado, hay que tener en cuenta los reportes documentados en la bibliografía clásica sobre una mayor incidencia de este diagnóstico en mujeres, llegándose a considerar que hasta 2/3 a 3/4 de pacientes con diagnóstico de este trastorno de la personalidad está conformado por mujeres,<sup>(75)</sup> lo cual no se puede descartar como un motivo de la amplia diferencia de proporciones en esta muestra.

Se han vinculado entre sí cada uno de los rasgos de personalidad que conforman este trastorno, dando uniformidad y consistencia a la personalidad de este grupo de pacientes. De los criterios incluidos en el DSM 5 para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, todos ellos estuvieron presentes en más de la mitad de los participantes en este estudio, siendo los más frecuentemente reportados el temor intenso a ser abandonado o traicionado, y la sensación de vacío crónica, seguidos de la impulsividad en áreas perjudiciales y episodios recurrentes e intensos de disforia o irritabilidad. Todos los participantes cumplían con los criterios descritos por el DSM 5 para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida ocurren en distintos tipos de trastornos psiquiátricos,<sup>(76)</sup> siendo altamente prevalente en el trastorno límite de la personalidad. Para este estudio fueron más los pacientes que contaban con el antecedente o presencia actual de conductas autolesivas sin finalidad suicida, denotándose una mayor dificultad para la captura de pacientes con dicho diagnóstico y sin el historial de autolesiones. En el grupo de pacientes que si realizaban este tipo de conductas, la más reportada con respecto a cantidad de participantes fue la realización de cortes en la piel, seguida de golpearse a si mismo; eso es concordante con otros estudios que también han reportado a los cortes como la forma de autolesión más frecuentemente reportada.<sup>(77)</sup> A diferencia de personas que realizan conductas autolesivas sin intencionalidad suicida que no cuentan con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, quienes si cumplen criterios para tal diagnóstico suelen exhibir la realización de más de un método de autolesión;<sup>(78)</sup> teniendo esto en cuenta, la mayoría de los participantes en este estudio reportaron en su historial más de un tipo de conducta autolesiva, el tipo que se realizó con más frecuencia por individuo fue el impedir la cicatrización de una herida. Ambos tipos de conductas (los cortes y el impedimento de cicatrización) podrían guardar una relación estrecha, pudiendo ser la cicatrización de los cortes la que es impedida, ambas con finalidad autolesiva, aunque para ello se habría esperado una ocurrencia de ambas en frecuencias parecidas; en vez de esto, la segunda conducta con mayor promedio de realización por individuo fue el pellizcarse. Destaca en este contexto la información brindada por los pacientes sobre el comienzo de la realización de estas conductas en el comienzo de la adolescencia lo cual contrasta con lo reportado en la literatura existente, como Randy A. et al, que en un estudio realizado en el 2002 reportaban que la etapa de mayor riesgo para el comienzo de realización de este tipo de conductas es al final de la adolescencia, contrario a

lo ocurrido en pacientes sin este diagnóstico de la personalidad en quienes puede comenzar a ocurrir hasta después de los 30 años de edad.<sup>(79)</sup> Los pacientes con conductas autolesivas reportaron con más frecuencia la presencia de dolor ocasional al realizar dichas conductas; existen estudios previos que reflejan inconsistencia en este tema, reportándose dispares sobre el grado de dolor expresado por pacientes con trastorno límite de la personalidad que realizan conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, informando la mayoría de los autores un menor grado de dolor agudo, comparado con quienes no realizan estas conductas, y comparados con quienes no tienen el diagnóstico.<sup>(80),(81)</sup>

Para la obtención de los resultados de las características de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida se utilizó la escala ISAS traducida al español adaptada al léxico de este país, la cual mostró una adecuada confiabilidad. Esta escala permitió sobre todo evaluar las funciones que tenían las conductas autolesivas en los pacientes, reportando como la principal a la regulación de las emociones, seguida del autocastigo, ambas pertenecientes al apartado de funciones intrapersonales, predominando esta sobre las funciones interpersonales.

Continuando con la comparación del grupo de pacientes con conductas autolesivas con aquellos sin estas conductas, contrario a lo considerado en una de las hipótesis los participantes con autolesiones no difirieron de forma significativa entre hombres y mujeres, lo cual es discordante de reportes previos en los cuales se sugería una amplia diferencia en este sentido con predominio en el sexo femenino.<sup>(82)</sup> De igual forma no se encontró una diferencia significativa en cuanto a la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación actual entre ambos grupos, sin embargo, en la población total si predominaron aquellos que se encontraban solteros; fuera de esto, otras variables demográficas como la escolaridad y ocupación no reflejaron una baja funcionalidad en la población estudiada, habiendo la mayoría de ellos alcanzado un nivel educativo superior, y teniendo la mayoría un empleo remunerado.

Al comparar ambos grupos, fue con respecto a las características clínicas en las cuales pudieron apreciarse mayores diferencias, aunque pocas de las variables estudiadas fueron significativamente distintas. De los criterios diagnósticos según el DSM 5 para el trastorno límite de la personalidad, ninguno mostró una diferencia significativa entre los dos grupos

de interés. Llama la atención que la impulsividad se haya mostrado con una diferencia no significativa entre pacientes con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y aquellos sin estas conductas, ya que con base en otros trabajos de investigación que sugieren que la impulsividad es un factor predictor de la realización de autolesiones en este tipo de pacientes, <sup>(83)</sup> se habría esperado en este estudio que quienes se autolesionan presentaran un menor control de sus impulsos, pudiendo esto como tal explicar en parte a la ejecución de las autolesiones. Pese a que la mayoría de los participantes reportaron tardar menos de una hora entre el comienzo del deseo de lesionarse y la ejecución de la autolesión, parece ser que la impulsividad no es un factor determinante que explique esta conducta. Como se comentó previamente, las funciones principales de las autolesiones sin intencionalidad suicida van dirigidas a regular las emociones y a autocastigarse, pudiendo representar un método fallido de afrontamiento de emociones negativas, para lo cual la mayoría de participantes pudieran estar conscientes de lo mal adaptativo que este método resulta ya que expresaron su deseo por dejarlo de hacer.

Se ha reportado en investigaciones previas una alta frecuencia en la presencia de otros trastornos psiquiátricos en el trastorno límite de la personalidad, siendo los más prevalentes los trastornos del ánimo (72-96%), trastornos de ansiedad (41-88%), trastornos de la conducta alimentaria (24-53%), trastorno por consumo de sustancias (30-64%), y otros trastornos de la personalidad (31-73%);<sup>(84)</sup> en nuestro estudio se encontró que la mayoría de los participantes contaban con por lo menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido al momento de la realización del estudio, o en su historial ya encontrándose en remisión parcial o completa, a excepción de solo un participante. En este estudio fue el trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad los que representaron la mayor frecuencia de comorbilidad con el trastorno límite de personalidad. Aunque no se profundizó en la investigación sobre la influencia de ambos tipos de diagnósticos entre sí (de personalidad y los que no son de personalidad), no se encontró una diferencia significativa entre pacientes con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y aquellos sin dichas conductas, con respecto a la prevalencia de otros diagnósticos psiquiátricos. Por otra parte, no se evaluó la influencia individual y combinada de otros trastornos psiquiátricos sobre la frecuencia de intentos suicidas en sus antecedentes, reportándose esto último en más de la mitad de los participantes.

Tal como se ha reportado por otros investigadores que sugieren que el antecedente de abuso sexual en la infancia aumenta el riesgo de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, más aún si dicho abuso es perpetuado por miembros de su propio núcleo familiar,<sup>(51)</sup> en la muestra total de nuestro estudio una proporción importante reportó el antecedente de recepción de violencia en la infancia, la mayoría por parte de familiares o desconocidos, y de dicha violencia la ocurrencia del tipo sexual se presentó en una proporción importante; si bien este antecedente de violencia sexual no se encontró en la mayoría de los participantes, al comparar a pacientes con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida con aquellos que no realizaban estas conductas se encontró una diferencia significativa en cuanto a la ocurrencia de este tipo de violencia, y no así en otros tipos de violencia. Además, se observó que la diferencia de edad del primer evento de violencia sexual si era significativa entre ambos grupos, reportándose una menor edad en aquellos que si presentaban conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.

Respaldando los informes de otros autores que sugieren que la disociación persistente podría ser un factor de riesgo para el origen y persistencia de las conductas autolesivas,<sup>(12)</sup> tal como se hipotetizó en nuestro estudio, sí se observó una diferencia en la ocurrencia de síntomas disociativos entre pacientes sin conductas autolesivas y pacientes con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, siendo la frecuencia mayor en este último grupo. De las tres dimensiones que evalúa el DES, la única que mostró una diferencia significativa fue el de Despersonalización/Desrealización. Este dato es importante, ya que, si bien se demuestra que los pacientes con trastorno límite de la personalidad con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida presentan una mayor frecuencia de experiencias disociativas (predominando la despersonalización/desrealización), las lesiones parecen no ser realizadas durante la disociación. Esta consideración surge al empatar los resultados de las funciones de las autolesiones del ISAS en el cual la función de “Anti disociación” registró una puntuación baja, con la dimensión de “Actividades en disociación” del DES en la cual la diferencia no fue significativa. No obstante, sigue siendo relevante esta asociación, ya que se demostró mediante regresión logística en variables individuales que la edad del primer evento de violencia sexual, el antecedente de intento suicida y la dimensión de despersonalización/desrealización son capaces de conferir un riesgo independiente para la realización de las autolesiones sin intencionalidad suicida.

Se ha investigado antes sobre la relación entre conductas suicidas y conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, encontrándose su co-existencia en una alta proporción de pacientes con trastorno límite de la personalidad.<sup>(85)</sup> En este estudio el antecedente de intentos suicidas sí se mostró con una diferencia significativa entre ambos grupos, con predominio en aquellos con conductas autolesivas sin intencionalidad suicida; no hubo diferencia importante con respecto al número de intentos suicidas. No se investigó la edad promedio del primer intento suicida, lo cual podría ampliar el panorama sobre la relación temporal entre los intentos suicidas y las autolesiones sin tal finalidad, sin embargo como ya se comentó, esta variable se mostró como un factor de riesgo independiente para la realización de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, lo cual describe otra dirección en la asociación de ambas conductas, sumada a la perspectiva de otros autores que han identificado al antecedente de autolesiones no suicidas como un predictor del riesgo de suicidio.<sup>(86),(87)</sup>

En un modelo conjunto las experiencias disociativas ya comentadas actúan por encima de las otras como variable independiente capaz de predecir las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, demostrándose así no solo la hipótesis general de este estudio, sino también arrojando datos que sugieren a la disociación como un factor de riesgo que amerita de más estudios para evaluar el motivo de esta asociación para los cuales habrá de tenerse en cuenta el impacto de otras variables, considerando los estudios que sugieren que, de los diversos tipos de síntomas disociativos, la desrealización y despersonalización son frecuentes en trastornos psiquiátricos distintos del disociativo, como es el caso del trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno límite de la personalidad y trastorno de estrés post traumático.<sup>(10)</sup>

Aunque la función de “Regulación de las emociones” fue la de mayor puntuación en el ISAS y no la de “Anti disociación”, esto es relevante teniendo en cuenta la asociación existente entre la desregulación afectiva y las experiencias disociativas en el trastorno límite de la personalidad, asociadas ambas con antecedentes de trauma. La desregulación emocional puede proporcionar posiblemente, una relación entre la exposición a un trauma psicológico, los síntomas disociativos y las conductas autolesivas.<sup>(13)</sup>

El desarrollo de experiencias disociativas se ha relacionado con el antecedente de trauma, sobre todo el relacionado con violencia, destacando de entre sus tipos el sexual, siendo en el

trastorno límite de la personalidad en donde estas formas de abuso son más frecuentes que en otros trastornos de la personalidad.<sup>(8)</sup> Se ha sugerido que es el tipo de experiencia traumática y no el número de eventos traumáticos lo que resulta más predictivo para el desarrollo de experiencias disociativas.<sup>(9)</sup>

El trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés post traumático frecuentemente comparten el antecedente de eventos traumáticos relacionados con la recepción de violencia, en esta muestra solo se incluyeron 8 participantes con diagnóstico de trastorno de estrés post traumático, todos ellos reportando antecedente de violencia sexual y la realización de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida; aunque en la calificación del DES sus puntuaciones fueron superiores a 30, no se encontraron dentro de las calificaciones máximas reportadas del total de la población estudiada.

Llaman la atención las puntuaciones encontradas en la DES en la población total, ya que poco más de la mitad calificó con más de 30 puntos, corte por encima del cual se toma en consideración el probable diagnóstico de trastorno disociativo, pero ninguno de estos pacientes habían recibido antes esta probabilidad diagnóstica lo cual nos enfrenta a 2 escenarios posibles, el primero de ellos dirigido a un probable infra diagnóstico de esta entidad, y el segundo dirigido a la probable influencia del trastorno límite de la personalidad por si mismo en la presentación de experiencias disociativas. Cabe destacar que este nivel de puntuación fue observado en más de la mitad de los pacientes sin conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y con conductas autolesivas sin finalidad suicida, cuando se habría esperado una diferencia importante entre ambos grupos con respecto a este nivel de puntuaciones en el DES, suposición basada en reportes previos.<sup>(53)</sup> Se ha propuesto en la literatura que la mayoría de la población con trastornos psiquiátricos distintos del disociativo puntúan por debajo de los 20 puntos, que los trastornos de la personalidad puntúan en promedio entre 18.2 a 20.1 puntos,<sup>(67)</sup> y aún más en específico se han encontrado puntuaciones de 17.8 a 27.4 en pacientes con trastorno límite de la personalidad,<sup>(7)</sup> en contraposición a estas propuestas, en nuestro estudio la población que puntuó igual o menos de 29.9 puntos fue menos de la mitad de la muestra total.

Es importante considerar como limitación el tamaño pequeño de la muestra empleada en este estudio, y que la proporción de pacientes de sexo masculino fue baja. Además, no fue posible

determinar el impacto de las diferencias de edades entre participantes y el número de ocasiones en que realizaron las conductas autolesivas reportadas a lo largo de su vida; al tratarse el ISAS de una escala auto aplicable que investiga datos en retrospectiva, la información obtenida podría verse influenciada por la falta de exactitud en el recuerdo. Por otro lado, en este estudio no se consideraron otras variables que sin duda pueden tener una repercusión en la asociación entre el trastorno límite de la personalidad y las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, como son la negligencia en el cuidado parental, los distintos tipos de apego, el ser testigo de distintos tipos de violencia intrafamiliar, los rasgos de personalidad de los cuidadores primarios, así como otros rasgos de personalidad relevantes coexistentes en el mismo paciente. Otra limitación de este estudio ocurrió al no evaluar la evolución de la sintomatología disociativa a lo largo del tiempo desde su comienzo, a determinar su asociación temporal con otras variables, así como el cambio de su frecuencia durante su línea de vida, ya que la literatura existente considera que este tipo de sintomatología suele reportarse con una disminución en la severidad con el paso del tiempo siendo más notorio en un periodo de 10 años.<sup>(7)</sup> Debe tenerse en cuenta en investigaciones futuras la consideración de estos aspectos, recomendándose además la exclusión de pacientes con trastorno de estrés post traumático los cuales de forma independiente tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología disociativa, aunque en este estudio parecieron no haber tenido una influencia relevante en las diferencias de puntuaciones del DES entre los grupos comparados. Se requiere además de una mayor investigación sobre el motivo de las puntuaciones tan altas en la calificación del DES, por encima del corte que sugiere la probabilidad de trastorno disociativo, resultado que debería corroborarse en investigaciones futuras, quizá mediante el uso de entrevistas clínicas, las cuales serían una herramienta adecuada también para corroborar otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos, los cuales en este estudio se consideraron presentes o no según lo reportado en la sección de diagnósticos en sus respectivos expedientes clínicos, consideraciones fundamentadas en la experiencia clínica de sus médicos tratantes.

A pesar de las diversas limitaciones encontradas en este estudio, la mayoría de ellas tienen que ver con la falta de inclusión de algunas variables, sin embargo hay que tener en cuenta que el desarrollo del trastorno límite de la personalidad se ve influenciado por una amplia gama de aspectos tanto biológicos como sociales, todos ellos interactuando en distintas

magnitudes para dar lugar a la complejidad de un trastorno de la personalidad, más aún de esta personalidad en específico que se ve representada por características llamativas no solo en su expresión conductual excesiva, sino también en las consecuencias sobre su funcionalidad en los diversos ámbitos que conforman la vida. Es por eso que este estudio es de relevancia ya que se trata del primero en asociar las variables de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y las experiencias disociativas mediante el uso de escalas validadas para ambas situaciones, además de ser la primera de este tipo realizada en población clínica mexicana, obteniéndose resultados que permiten ampliar el panorama sobre la complejidad de este trastorno y la necesidad de mejores estrategias diagnósticas y terapéuticas para abordar los aspectos que hacen más disfuncionales a este grupo de pacientes. Este estudio se suma a la exposición de teorías psicológicas que buscan explicar las experiencias y conductas desadaptativas que presenta este grupo de pacientes, denotando una realidad incuestionable de su sufrimiento, refutando el estigma social que pudiera expresarse para el trastorno límite de la personalidad. En relación a esto último, los resultados de este estudio muestran resultados socio demográficos que contradicen a creencias populares o a algunos estudios previos que sugieren la presencia de aspectos más desadaptativos en personas con ciertas características económicas, educativas, laborales, de estado civil y sexo, esto obtenido en una población clínica de una institución psiquiátrica pública con una amplia afluencia de usuarios de diversas características socio culturales.

## **CONCLUSIONES**

Las experiencias disociativas, en específico los subtipos de despersonalización y desrealización representaron un factor de riesgo para el desarrollo de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, asociados como tal y aparentemente no como una medida mal adaptativa para contrarrestar la disociación. Teniendo esto en cuenta es evidente que nos enfrentamos a un fenómeno mucho más complejo de lo que ya se tenía considerado, obligándonos como profesionales dedicados a atender la salud mental a profundizar más sobre el tema de la disociación en los pacientes con trastorno límite de la personalidad durante la evaluación clínica y seguimiento tanto psiquiátrico como psicoterapéutico.

La profundización en la búsqueda de información sobre la experiencia de sintomatología disociativa debe ir de la mano de la investigación de otros datos relacionados con ello y por ende con el mayor riesgo en el desarrollo de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, como son los antecedentes de recepción de violencia sexual a temprana edad y los antecedentes de intento suicida, ambos temas de suma importancia y delicadeza tal que algunos pacientes prefieren omitir o brindar los menos detalles posibles. El antecedente de violencia sexual en particular representa un tema fundamental, reflejándose una vez más su relevancia para el desarrollo de la psicopatología sobre la personalidad, influyendo en aquellos aspectos menos adaptativos de este tipo de trastornos. Se reportó que la realización de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida comienzan en su mayoría durante la adolescencia, lo cual destaca la importancia de un diagnóstico temprano para la aplicación de intervenciones oportunas para la prevención.

Es sabido que los pacientes que presentan mayores grados de severidad en experiencias disociativas presentan mayor gravedad en la sintomatología de un padecimiento psiquiátrico de base, considerándose en ellos una menor respuesta al manejo psicoterapéutico convencional y a las dosis medias de los medicamentos más prescritos en este grupo de pacientes para el manejo de ciertos síntomas específicos, así como para los trastornos psiquiátricos comórbidos.<sup>(27)</sup>

El Inventario de Declaraciones Sobre Auto lesiones ISAS (Inventory of Statements About Self Injury) es una herramienta confiable en su traducción al español adaptada para el léxico de México, útil para evaluar la dimensión fenomenológica de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, abordando las características generales de las mismas, así como su finalidad al realizarlas, ofreciendo en sus resultados una gran variedad de datos que amplían los márgenes de la intervención psicoterapéutica sobre este aspecto del trastorno límite de la personalidad, así como con otros aspectos del mismo invariablemente relacionados con dichas autolesiones.

Es mediante un mayor conocimiento de las características del trastorno límite de la personalidad que nuestra intervención puede resultar más favorable, dada la comprensión sobre los factores que influyen en su desarrollo, así como sobre la vivencia de los pacientes con respecto a las diversas manifestaciones cognitivas y conductuales del trastorno.

Es necesario continuar con el estudio de las diversas características mal adaptativas que componen a este trastorno de la personalidad, con la finalidad de mejorar las estrategias encaminadas a mejorar su funcionalidad en los distintos contextos que conforman sus vidas, así como para salvaguardar su integridad física.

## **REFERENCIAS**

1. Elizabeth A. C., Byron E., Alan S. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol.* 2009;21:1311–34.
2. McGlashan T.H., Grilo C. M., Skodol A. E., et al. . The Collaborative longitudinal Personality Disorder Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102:256-64.
3. Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Dubo E. D., et al. Axis I comorbidity og borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1998;155:1733-9.
4. Mary C. Z., Frances R. F., John H., et al. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry.* 2004;161(11): 2108–14.
5. Marc F., Oscar A., Josep M., Sergi V., Jose´ A. N.. Comorbid attention-deficit/ hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2010;24(6):812–22.
6. Arlington V. A. Trastorno de la personalidad límite. In: Psiquiatría AAd, editor. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 ed: *Asociacion Americana de Psiquiatría*; 2014. p. 663-6.
7. Mary C. Z., Frances R. F., Shari J. H., Bradford R., Garrett F. The Course of Dissociation for Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 10-year Follow-up Study. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(4):1-12.
8. Marilyn I. K., Paul F. D., Paul S. L., Lehana T., Philip F. Dissociation in Borderline Personality Disorder: A Detailed Look. *J Trauma Dissociation.* 2009;10:346–67.
9. Melissa J. H., Annmarie C. H., Alicia F. L.. Symptoms of Dissociation in a High-Risk Sample of Young Children Exposed to Interpersonal Trauma: Prevalence, Correlates, and Contributors. *J Trauma Stress.* 2015;28:258–61.
10. Bersani G., et al. Dissociative symptoms in female patients with mood and anxiety disorders: a psychopathological and temperamental investigation. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014;18:3217-22.
11. Madeleine G. K., Matthew W. J. Levels of Dissociation and Non-Suicidal Self-Injury: A Quartile Risk Model. *J Trauma Dissociation.* 2015.
12. Rachel L. W., Gali Z. The Role of Dissociation in Self-Injurious Behavior among Female Adolescents Who Were Sexually Abused. *J Child Sex Abus.* 2014;23(7):824-39.
13. Julian D. F., Jennifer M. G. Self-Injury and Suicidality: The Impact of Trauma and Dissociation. *J Trauma Dissociation.* 2015;16:225–31.
14. Sanislow C. A., Grilo C. M., Morey L. C. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am J Psychiatr.* 2002;159(2):284-90.
15. Andreas L. The Pathogenesis and Treatment of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Scientific World J.* 2015:1-11.
16. Lazarus R. S., Alfert E. Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *J Abnorm Psychol.* 1964;69:195-205.
17. Gross J. J., John O. P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85:348-62.

18. Marsha M. L., Martin B., Thomas R. L. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. *Handbook of Emotion Regulation*. **New York: Guilford Press**; 2007. p. 581-605.
19. Abramowitz J. T., Street G. Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clin Psychol Rev*. 2001;21:683-703.
20. Otto F. K. The concept of the death drive: a clinical perspective,. *Int J Psychoanal*. 2009;9(5):1009-23.
21. Ludger T. V. E., Bert H., et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*. 2003;54(2):163-71.
22. Julian D. F., Christine A. C. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1(1).
23. Marsha M. L. Biosocial Theory: A Dialectical Theory of Borderline Personality Disorder Development. *Cognitive-Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder*,. 1. New York, NY, USA: **The Guilford Press**; 1993. p. 42.
24. Bernstein E. M., Pputnam F. W. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174:727-35.
25. Ball S., Rorinson A., Shekhar A., Walsh K. Dissociative symptoms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185:755-60.
26. Goff D. C., Olin J. A., Jenike M. A., Baer L., Buttolph M. L. Dissociative symptoms in patients with obsessivecompulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180:332-7.
27. Brand B. L., Lanius R., Vermetten E., Loewenstein R. J., Spiegel D. Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation*. 2012;13:9-31.
28. Hunter E. C., Sierra M., David A. S. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:9-18.
29. Spitzer C., Klauer T., Grabe H. J., et al. Gender differences in dissociation. A dimensional approach. *Psychopathology*. 2003;36:65-70.
30. Lisa H., Anke B., Andrea M., Frank N. Dissociation is associated with emotional maltreatment in a sample of traumatized women with a history of child abuse. *J Trauma Dissociation*. 2014.
31. Carlson E. B., Dalenberg C., McDade M. E. Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder Part I: Definitions and Review of Research. *Psychol Trauma*. 2012;4(5):479–89.
32. Freyd JJ. Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse. **Harvard University Press**.; 1996. 240 p.
33. Watson S., Chilton R., Fairchild H., Whewell P. Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:478-81.
34. Bryant R. A., Harvey A.G. Attentional bias in post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1997;10:635–44.
35. Steinberg M., Schnall M. The stranger in the mirror. *Clin Psychol Rev*. 2001;18(5):531–54.
36. Conklin CZ. WD. Borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatr*. 2005;162:867–75.
37. Ross C. A. Borderline personality disorder and dissociation. *J Trauma Dissociation*. 2007;8(1):71–80.

38. Sar V., Akyuz G., Kugu N., Ozturk E., Ertem V. H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1583–90.
39. Zanarini M. C., Ruser T., Frankenburg F. R., Hennen J. H. The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*. 2000;41:223–7.
40. Zweig F. H., Paris J., Guzder J. Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorders. *J Pers Disord*. 1994;8:210-8.
41. Annemiek V. D., Onno V. D. H., Julian D. F., Maarten V. S., Peter V. D. H., Martina B. Affect Dysregulation and Dissociation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Inhibitory and Excitatory Experiencing States. *J Trauma Dissociation*. 2010;11(4):424-43.
42. Batey H., May J., Andrade J. Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide Life Threat Behav*. 2010;40:35-49.
43. Dougherty D., et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *J Psychiatr Res*. 2009;169:22-7.
44. Favell J., Azrin N. H., Baumeister A. A., Carr E. G., Dorsey M. F, Forehand R., Solnick J. V. The treatment of self injurious behavior. *Behav Ther*. 1982;13:529–54.
45. Suyemoto K. The functions of self mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(5):531–54.
46. Klonsky E. D. The functions of deliberate self-injury: A review of the empirical evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:226–39.
47. Klonsky E. D., Glenn C. R. Assessing the functions of non-suicidal selfinjury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31:215–9.
48. Kerr P. L., Muehlenkamp J. J., Turner, JM. Nonsuicidal self-injury: A review of current knowledge. *J Fam Med Prim Care*. 2010;2(2):240–59.
49. Arlington V. A. Autolesión no suicida. In: Psiquiatría AAd, editor. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 ed: *Asociacion Americana de Psiquiatría*; 2014. p. 803-6.
50. Julian F. D., Gómez J. M. The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: *A review*. *J Trauma Dissociation*. 2015;16:232–71.
51. Lev W. R. Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Child Youth Serv Rev*. 2008;30(6):665–73.
52. Yates T. M., Carlson E.A., Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol*. 2008;20:651–71.
53. Paris J. Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2005;13:179-85.
54. Ross C., Joshi S., Currie R. Dissociative experiences in the general population: A factor analysis. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42:297-301.
55. Saxe G., Chawla N., Van der Kolk B. Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:313-20.
56. Franzke I, Wabnitz P., Catani C. Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. *J Trauma Dissociation*. 2015;16:286–302.
57. Fliege H., Lee J., Grimm A., Klapp B. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2009;66:477-93.

58. Wachter T., Murphy S., Kennerly H., Wachter S. A preliminary study examining relationships between childhood maltreatment, dissociation, and selfinjury in psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation*. 2009;10:261-75.
59. Rebeca R. G., Susana G. R., Francisco P. A. Evaluación de Trastornos Disociativos en Población Psiquiátrica Mexicana: Prevalencia, comorbilidad y Características Psicométricas de la Escala de Experiencias Disociativas. *Salud Ment (Mex)*. 2006;29(2):38-43.
60. Jacobson C., 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.
61. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatr*. 2006;117:1939-48.
62. Nock M., Prinstein M. J. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:140-6.
63. Muehlenkamp J. J. Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *J Ment Health Couns*. 2006;28:166-85.
64. Alvan R. F. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. *Philadelphia: Saunders Company*; 1985.
65. Schaeffer R.L., Mendenhall W., Ott L. *Elementary Survey Sampling*,. Fourth Edition ed. Belmont, California: Duxbury Press.
66. Kathryn A. D., Bennet G. G. Psychometric Properties of the Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183:231-5.
67. Van I. M., Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clin Psychol Rev*. 1996;16:365-82.
68. Marinus H., Van I., Carlo S. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clin Psychol Rev*. 1996;16(5):365-82.
69. Paolo A. M., Ryan J. J., Dünn G. E., Van F. J. Reading level of the Dissociative Experiences Scale. *J Clin Psychol*. 1993;49:209-11.
70. Eva I., Roberto C. Experiencias Disociativas: Una escala de medida. *Anuario Psicología*. 1996;70:69-84.
71. Catherine R., Glenn E., David K. Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury: A 1-Year Longitudinal Study in Young Adults. *J Behav Ther*. 2011;42:751-62.
72. Nock M. K., Prinstein M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:885-90.
73. Catherine R., Glenn E., David K. One-Year Test-Retest Reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*. 2011;18(3):375-8.
74. Klonsky E. D., Olin T. M. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:22-7.
75. Johnson D. M., Shea M. T, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, Gunderson JG. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry*. 2003; 44(4), 284-292.
76. Bentley K. H, Nock M. K., Barlow D. H. The four-function model of nonsuicidal self-injury: key directions for future research. *Clin Psychol Sci*. 2014; 2(5), 638-656.
77. Bracken-Minor K. L., McDevitt-Murphy M. E. Differences in features of non-suicidal self-injury according to borderline personality disorder screening status. *Arch Suicide Res*. 2014; 18(1), 88-103

78. Anestis M. D., Khazem L. R., Law K. C. How many times and how many ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2015; 45(2), 164-177.
79. Sansone R. A., Gaither G. A., Songer D. A. Self-harm behaviors across the life cycle: A pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2002; 43(3), 215-218.
80. Magerl W., Burkart D., Fernandez A., Schmidt L. G., Treede R. D. Persistent antinociception through repeated self-injury in patients with borderline personality disorder. *Pain.* 2012. 153(3), 575-584.
81. Carpenter R. W., Trull T. J. The pain paradox: Borderline personality disorder features, self-harm history, and the experience of pain. *Pers Disord: Theory Res Treat.* 2015; 6(2), 141.
82. Bresin K., Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015; 38, 55-64.
83. Ammerman B. A., Olinio T. M., Coccaro E. F., McCloskey M. S. Predicting nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder using ecological momentary assessment. *J Pers Disord.* 2017; 1-12.
84. Harned M. S., Chapman A. L., Dexter-Mazza E. T., Murray A., Comtois K. A., Linehan M. M. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76(6), 1068.
85. Goodman M., Tomas I. A., Temes C. M., Fitzmaurice G. M., Aguirre B. A., Zanarini M. C. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health.* 2017; 11: 157–163.
86. You J., Lin M. Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(3), 524–533.
87. Chapman A., Specht M., Cellucci T. Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role?. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2005; 35(4), 388–399

## **ANEXO 1**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

#### **Estudio comparativo del fenómeno disociativo entre pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad con y sin conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.**

Código: \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

#### **Programa que se realizará:**

El objetivo es conocer la relación entre la presencia de fenómenos disociativos (experiencias como sentir que lo que vive no es real, que usted no es quien vive las experiencias en un momento dado, olvido anormal de situaciones específicas, y la confusión acerca de su propia identidad) en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, con la presencia de prácticas autolesivas sin finalidad suicida. Se llevará a cabo por medio de la aplicación de 2 cuestionarios; uno de ellas para evaluar la presencia y función de conductas autolesivas sin finalidad suicida, y otra para evaluar la presencia y nivel de fenómenos disociativos a lo largo de su vida. Nos interesa conocer la presencia o ausencia de conductas autolesivas sin finalidad suicida, y de estar presentes, conocer sus características y función, relacionándolas con la presencia o ausencia de fenómenos disociativos en su caso.

#### **Plan del programa:**

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un médico psiquiatra, el cual le realizará unas series de preguntas relacionadas con su enfermedad; para evaluar la presencia, características y frecuencia de los síntomas que pueda presentar relacionados con este estudio. El estudio consiste básicamente en una serie de preguntas.

**Consignas a seguir:**

- a) Se pedirá la cooperación de usted como paciente.
- b) Las entrevistas serán sin costo económico alguno y tendrán una duración de 60 minutos en una sola entrevista o si lo prefiere dividida en dos entrevistas.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que nos lo informe.

**Ventajas:**

- a) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer los factores que influyen en la realización de conductas autolesivas sin finalidad suicida.
- b) No existen beneficio directo del estudio, pero de manera indirecta, usted ayudará a la comunidad de pacientes al contribuir para mejorar el abordaje terapéutico que brindamos.
- c) Confidencialidad: Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los pacientes, ni de los sujetos, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Marco Antonio Avila Olvera o con el Dr. Iván Arango de Montis en la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “D”, primer piso. En el consultorio 1 y/o 4, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5278 y 4160 5389.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el Dr. Marco Antonio Avila Olvera o con el Dr. Iván Arango de Montis en la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “D”, primer piso. En el consultorio 1 y/o 4, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5278 y 4160 5389.

---

Nombre del paciente	Firma del Paciente	Fecha
---------------------	--------------------	-------

---

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

---

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

---

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------