



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO**

**IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN  
PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD**

**TESIS**

**PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

**PRESENTA:**

**DR. JUAN ALBERTO CÁRDENAS MEDINA**

**ASESOR TEÓRICO.**

**DR. HORACIO REZA GARDUÑO-TREVIÑO**



**ASESOR METODOLÓGICO.**

**DR. FÉLIX ARMANDO AMBROSIO GALLARDO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

### *Agradecimientos.*

Quiero agradecer principalmente a mis padres María de Jesús Medina y Vicente Rene Cárdenas, quienes me dieron la vida y ha través de estos años han confiado en mi y me brindaron las armas y fortaleza para conquistar mis sueños, para seguir adelante a pesar de las adversidades, por que me enseñaron que caerse no es fracasar, es la oportunidad de volverse a levantar:

Gracias a mis hermanos Dora Guadalupe, Oscar Leonel, Timoteo, Jesús Rene, Luis Vicente, Luz María, Juan Martin por alentarme y por compartir conmigo todos estos años.

Agradezco también a Federico Polanco quien estos últimos tres años ha estado a mi lado incondicionalmente.

También quiero agradecer especialmente a los médicos psiquiatras Dr. Horacio Reza Garduño-Treviño y al Dr. Félix Armando Ambrosio Gallardo quienes con su apoyo me permitieron realizar esta tesis.

Y finalmente gracias a mis amigos Gabriela Cortes, Claudio Medina, Oscar Calleros, Heidi Sosa, Iván Ramírez, Luis Rivera y Angélica Romero, que siempre me han acompañado en las buenas y en las malas, así como a mi cede Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez institución que además de brindarme cobijo estos últimos años me ha formado como psiquiatra.

## **INDICE.**

INTTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	2
MARCO TEORICO.....	2
-TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL.....	2
-TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD.....	6
METODO.....	17
-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
-JUSTIFICACION.....	17
-OBJETIVOS.....	18
-HIPOTESIS.....	19
-VARIABLES.....	20
-POBLACION EN ESTUDIO: SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	22
-CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	22
-TIPO DE ESTUDIO.....	23
-INSTRUMENTO.....	24
-PROCEDIMIENTO.....	27
-IMPLICACIONES ETICAS.....	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSION.....	40
CONCLUSIONES.....	41
REFERENCIAS.....	42
ANEXOS.....	47
-ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA.....	47
-DIB-R.....	49
-CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	66

*Lista de tablas, graficas y abreviaturas.*

**TABLA 1.**

**Variables sociodemográficas.....30**

**TABLA 2.**

**Características del DIB-R.....33**

**TABLA 3.**

**Características del SCID-I.....34**

**GRAFICA 1.**

**Estado civil.....31**

**GRAFICA 2.**

**Ocupacion.....32**

**GRAFICA 3.**

**Escolaridad.....32**

**GRAFICA 4.**

**Comorbilidad psiquiátrica.....39**

## **ABREVIATURAS.**

TDC: Trastorno dismórfico corporal.

5-HT: Serotonina.

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

LCR: Líquido cefalorraquídeo.

PET: Tomografía por emisión de positrones.

HPFBA: Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

DIB-R: Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con trastorno límite de personalidad.

SCID-I: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV.

## **Resumen**

**ANTECEDENTES:** El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se define como una preocupación estresante y sumamente limitante con respecto a un defecto corporal imaginado o discreto. Los pacientes con TDC tienen un espectro amplio de enfermedades psiquiátricas comórbidas. La más frecuente es la depresión mayor, aunque la fobia social, el TOC y los trastornos de la personalidad también se encuentran frecuentemente. El trastorno límite es un complejo y serio trastorno mental caracterizado por un patrón persistente de inestabilidad en la regulación de la emoción, relaciones interpersonales, distorsión en la imagen corporal y el control de los impulsos. **JUSTIFICACION Y OBJETIVO:** Los acercamientos que se han hecho con respecto a este padecimiento suelen ser extranjeros y no hay propiamente bibliografía nacional que sustente su estudio, ni datos claros con respecto a la prevalencia del TDC entre población mexicana. Esto sustentado con una búsqueda bibliográfica a través del buscador PubMed. Así mismo, la presente investigación, resulta importante frente a la posibilidad de realizar un acercamiento a la presencia del TDC dentro de una población de pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez diagnosticados con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad. El diagnóstico oportuno del TDC permitiría una optimización de los recursos psiquiátricos, un acercamiento terapéutico a áreas quizás ignoradas de la psicopatología de los pacientes y que posiblemente carezcan también de conciencia de enfermedad mental, y por lo tanto ajustes del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico con las focalizaciones necesarias sobre las manifestaciones del trastorno dismórfico. Describir la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en un grupo de 60 pacientes mujeres con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en comparación con un grupo de sujetos control. **RESULTADOS:** Se reclutaron 120 individuos divididos en 2 grupos, 60 del grupo control que se reclutaron en población aparentemente sana, sin diagnóstico psiquiátrico, y 60 en el grupo de pacientes con trastorno límite de personalidad. En relación a la psicopatología comorbida se encontró que fue diferente en ambos grupos, siendo estadísticamente significativa en trastorno depresivo actual y previo, trastorno bipolar tipo 2, Abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias no alcohólicas. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de TDC entre los dos grupos de pacientes. **CONCLUSIONES:** Deberán realizarse estudios posteriores en relación a este trastorno en nuestra población por la que la frecuencia aun en una muestra tan pequeña fue relativamente alta lo que podría contribuir al mal pronóstico y dificultades de tratamiento en estas pacientes. Por lo que considero que realizar un estudio con una mejor metodología podría arrojar mayores datos que pudieran normar la conducta terapéutica y pronóstica en estas pacientes.

## ***Introducción.***

Los seres humanos se ven afectados física y emocionalmente por las situaciones que le rodean, ya que crean ideas o juicios que no siempre reflejan la realidad de los hechos. En el presente estudio se buscara la presencia del trastorno dismorfico corporal en un grupo de pacientes con el diagnostico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, como se abordara más adelante de manera más amplia las poblaciones con trastornos del carácter poseen mayor susceptibilidad de desarrollar padecimientos mentales comorbidos. En este caso nos enfrentamos con un problema en la práctica clínica diaria debido a la alta demanda de atención de pacientes que cursan con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad entre los pacientes que reciben atención medica en nuestra institución, documentándose una alta comorbilidad de otros padecimientos mentales como es el caso de los trastornos somatomorfos y más específicamente el trastorno dismorfico corporal del cual existe escasa bibliografía a nivel nacional que demuestre su presencia. Al lograr detectar este padecimiento subdiagnosticado en el ámbito de la salud mental se podrán tomar medidas con ciertos enfoques terapéuticos optimizando así los recursos de salud.

### ***Antecedentes.***

### ***Marco teorico.***

### ***Trastorno Dismorfico Corporal.***

El Trastorno Dismorfico Corporal (TDC) se define como una preocupación estresante y sumamente limitante con respecto a un defecto corporal imaginado o discreto. Es una situación clínica relativamente común(1, 2), asociada con altas tasas de hospitalización psiquiátrica (48%), confinamiento domiciliario (31%) e intentos suicidas (22 – 24%)(3). A pesar de tal gravedad y el conocimiento de que el TDC resulta ser un trastorno severo e incapacitante, ha sido escasamente investigado(4).

La Tasa de TDC en el nivel de atención primaria es desconocida, las tasas de prevalencia en la población general son del 0.7%(5), 1.1%(1) y 2.3%(6); como se puede ver, es un padecimiento común sin embargo, es sub diagnosticado en los escenarios psiquiátricos(7, 8). En áreas dedicadas a la cirugía cosmética, se han reportado tasas del 6(9) al 15%(10). En un estudio de 268 pacientes que acudían para tratamiento dermatológico, 11.9% resultaron positivos para TDC(11).

Las personas que padecen este trastorno se sienten insatisfechas con su imagen corporal, ya que la percepción cognitiva de sus medidas biométricas se distorsionan y provocan sentimientos de fealdad(12). A pesar de la insatisfacción, las personas con este trastorno, poseen una conciencia escasa o nula de la patología, ya que están seguras de que la percepción de la parte del cuerpo afectada es real y no distorsionada.

El TDC se ha considerado a menudo como un trastorno "femenino" porque los síntomas incluyen la apariencia. Sin embargo, el trastorno resulta tan común en hombres como en mujeres, según diversas aproximaciones el rango se considera desde 1:1 hasta 3:2 (mujeres : hombres, respectivamente)(13). Se considera que comienza desde la adolescencia temprana, aunque la mayor parte de personas tardan aproximadamente 11 años en buscar atención médica después de que la enfermedad comenzó(14). Se ha reportado que el TDC ocurre tanto en niños como en jóvenes y adultos. Se ha citado que las personas que padecen el trastorno es menos probable que estén casados que los no portadores del trastorno y es más probable que experimenten divorcios. Y en una muestra de 200 pacientes con trastorno dismórfico corporal estaban desempleados (15).

El trastorno dismórfico corporal se conocía antiguamente como "dismorfofobia" y "síndrome dismórfico". Respecto a sus manifestaciones dermatológicas, el TDC también se ha llamado "hipocondría dermatológica" y en pacientes sin lesiones de piel observables "falsa enfermedad dermatológica".

El Trastorno Dismórfico Corporal no consiste sólo en una simple demanda cognitivo – sensorial, sino que desde el funcionamiento fisiológico cerebral existe una alteración, específicamente una disminución en los niveles de serotonina cerebral próximos al núcleo del rafé. De acuerdo con algunos autores, la serotonina (5-HT) desempeña un papel inhibitorio en la regulación del estado de ánimo, del apetito, el sueño, del estado de alerta, de la conducta agresiva y de la regulación del dolor. En un estudio realizado en febrero del 2010 en el cual se trató de comprobar anomalías en el proceso visual de los sistemas frontoestriatales en pacientes con TDC, los sujetos mostraron discreta hiperactividad en la corteza orbitofrontal izquierda y la cabeza del núcleo caudado bilateral, relacionándose además la gravedad de los síntomas con la actividad de los sistemas frontoestriatales y de la corteza visual. Estos resultados sugieren que existen anomalías en los pacientes con TDC en el procesamiento visual y en los sistemas frontoestriatales (16).

En la mayor muestra clínica de pacientes con TDC analizados hasta ahora que consistió en 288 pacientes (17), las áreas más frecuentes de preocupación eran la piel (>60%), el cabello (>50%) y la nariz (aproximadamente, 40%), aunque virtualmente cualquier parte visible del cuerpo podría ser un foco de preocupación. La piel, el cabello y la nariz también fueron algunas de las áreas más frecuentes de preocupación en otras muestras de menor tamaño. Entre los síntomas dermatológicos se incluyen preocupaciones por las arrugas, manchas, marcas vasculares, acnés, poros grandes, grasa, cicatrices, palidez, enrojecimientos,

excesivo vello o afinamiento del cabello. Se pueden observar foliculitis y cicatrices como consecuencia del raspado de la piel y el arrancamiento de vello imaginario.

El TDC a menudo se presenta ante profesionales de la salud mental, pero también ante médicos no psiquiatras. Sin embargo por varias razones, el trastorno suele ser subdiagnosticado y no reconocido(18). Muchos pacientes están tan avergonzados por sus síntomas que voluntariamente se los niegan a los clínicos a pesar de que la mayoría de ellos quisiera ayuda médica, por lo tanto se sugiere que los médicos estén al tanto de tal diagnóstico, y vigilantes de pistas sobre su presencia. El TDC puede ser confundido y mal diagnosticado contra otras patologías psiquiátricas como: trastorno depresivo mayor, o trastorno obsesivo compulsivo. Además de la serie de pacientes que buscan atención con otros médicos no psiquiatras (p. ej. Médicos familiares, dermatólogos, cirujanos), buscando desesperadamente una solución cosmética a un problema psiquiátrico.

En un estudio (n=188) los síntomas del TDC interfirieron moderada o severamente en el funcionamiento social de 99% de los sujetos y en la vida académica o laboral de 80%(15). Los individuos con TDC además poseen niveles altos de estrés subjetivo, 2.3 veces mayor que al compararse con una larga muestra norteamericana de población general (19). Los pacientes con TDC frecuentemente son solteros o divorciados, carecen de habilidades sociales adecuadas y no están contentos con sus relaciones. Muchos tienen una autoimagen pobre y creen que un cambio de su imagen corporal aumentaría su autovaloración y mejoraría sus vidas considerablemente. Los pacientes con TDC definen sus preocupaciones como "angustiosas" y "devastadoras"(20) . Estos

pacientes, generalmente, desarrollan compulsiones, como mirarse constantemente al espejo y pellizcarse la piel.

Los pacientes con TDC tienen un espectro amplio de enfermedades psiquiátricas comórbidas. La más frecuente es la depresión mayor, aunque la fobia social, el TOC y los trastornos de la personalidad también se encuentran frecuentemente(21, 22). Muchos han formulado la hipótesis de que el TDC está en el espectro del trastorno obsesivo-compulsivo, muchos de los cuales tienen manifestaciones dermatológicas. Notablemente, a este respecto se ha encontrado que los pacientes con TOC y sus familiares de primer grado tienen mayor prevalencia de TDC que los probandos de control y sus familiares, lo que indica que hay una relación familiar entre estas enfermedades(1)

### ***Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad.***

El DSM-IV define los trastornos de personalidad como patrones persistentes de experiencia subjetiva y de comportamiento que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y comportan malestar o perjuicios.

La definición de la personalidad es un concepto complicado, se ha definido como la suma de las características que le otorgan a la persona su individualidad propia, estable e inconfundible; el concepto supone el reconocimiento de los otros y de sí mismo en el tiempo. Allport la define como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos”. En síntesis, podemos decir que es la conjunción

de todas nuestras características psicológicas moduladas por nuestro entorno social y condiciones dadas por nuestra biología y que conforman nuestra forma de ser.

Son el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria. Cuando este conjunto de rasgos supone una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas y son inflexibles o desadaptativos podemos hablar de un trastorno de personalidad.

El trastorno límite es un complejo y serio trastorno mental caracterizado por un patrón persistente de inestabilidad en la regulación de la emoción, relaciones interpersonales, distorsión en la imagen corporal y el control de los impulsos. Mundialmente se estima ocurre en el 1-2% de la población general (23) y es el trastorno de personalidad más común en poblaciones clínicas, afectando al 10% de todos los pacientes psiquiátricos externos y 15-20% de los pacientes hospitalizados. En E.U. se reporta una prevalencia del 0.7% en Noruega y 1.8% en E.U. En México se ha encontrado una prevalencia del 2% en mujeres y 1.7% en los hombres entre la población general. Sin embargo se encontró una prevalencia del 35.7% en la población clínica psiquiátrica del hospital central militar (24). Se diagnostica más frecuentemente en mujeres, estimándose que aproximadamente dos tercios de los diagnosticados son mujeres.

En niños y adolescentes la prevalencia fue del 43% de los 7 a los 10 años (25), 11% de los 9 a los 19 años y 7.8% en 11 a 21 años, manteniéndose la mayor frecuencia en mujeres (26). Se ha observado que disminuye con la edad, siendo

menor su severidad durante la vejez, es decir se atenúa (27). Se caracteriza por una alteración importante en la funcionalidad, alta frecuencia de uso de diferentes tratamientos, incidencia de intentos de suicidio al menos 50 veces mayor a la de la población general (28), pero también debido al intenso sufrimiento que experimentan los pacientes lo que condiciona una alta frecuencia de consultas y un cambio frecuente de tratamientos, por lo que su atención resulta costosa en términos económicos y sociales (29).

La causas del trastorno límite son complejas, con múltiples factores que interactúan de varias formas entre ellos. Factores genéticos, otros factores biológicos y las experiencias infantiles pueden causar disregulación emocional e impulsividad que conducen a comportamientos disfuncionales y conflictos psicosociales con un reforzamiento de la desregulación emocional y la impulsividad.

Para el trastorno límite existen dimensiones clave incluyendo agresión impulsiva, inestabilidad afectiva, ansiedad y síntomas psicóticos. Los cuales nos sirven para estudiar la biología del trastorno límite.

Se ha encontrado una estrecha correlación entre individuos agresivos de tipo impulsivo con polimorfismo genético en la expresión de la triptofano hidroxilasa y bajos niveles de 5-HIAA en LCR implicando este hecho una relación evidente que existe entre el gen que limita la síntesis de la serotonina y los comportamientos agresivos explosivos. Es ampliamente conocido menor riesgo de las mujeres a cometer suicidio por métodos violentos, hecho que podría relacionarse

genéticamente con los mayores niveles de 5-HIAA en LCR y una mayor actividad serotoninérgica que en el hombre (30).

Estudios en gemelos han revelado diversas contribuciones de la genética al comportamiento impulsivo sin embargo aún no se ha descrito un patrón concreto de herencia ni la contribución frente a otros elementos clave como la educación (31).

Los estudios de imagen permiten la localización regional de la reducción en la respuesta serotoninérgica en áreas corticales inhibitorias lo que puede amortiguar la liberación límbica de la agresión incluyendo la corteza orbital frontal, la corteza ventral medial y la corteza del cíngulo lo cual se involucra importantemente en la entrada de estímulos afectivos. La actividad metabólica prefrontal se ha reportado disminuida en asociación con la agresividad e impulsividad en pacientes límites y disociales. El estudio de genes como el de la enzima triptófano hidroxilasa, el del transportador de serotonina, el receptor 5-HT1 a y b, y del 5HT2a entre otros, se han asociado con la impulsividad y la neurosis. Debido a los estudios en gemelos se ha observado la contribución importante del componente genético.

La agresividad impulsividad puede ser un producto de la interacción de sistemas neurales por ejemplo la interacción de la actividad serotoninérgica reducida y la actividad dopaminérgica incrementada (32).

Se ha observado cierta respuesta al inhibidor de la colinesterasa, fisostigmina, en los síntomas depresivos en el grupo de pacientes límites en comparación con un grupo control (33), la procaína induce síntomas disociativos y disfóricos en

pacientes con trastorno límite y su respuesta puede estar mediada en parte por el sistema colinérgico en regiones paralímbicas. Estas regiones pueden ser críticas en la evaluación del estímulo que ingresa y la generación de respuestas y son también regiones que son activadas por estímulos cargados emocionalmente.

El sistema noradrenérgico puede jugar un rol crítico en la modulación de la reactividad al entorno y puede también contribuir en la inestabilidad afectiva observada en el trastorno límite. Aunque la actividad noradrenérgica no parece mediar directamente en la liberación de la agresividad como en el sistema serotoninérgico la combinación del incremento en la respuesta adrenérgica con la reducción de la actividad serotoninérgica puede producir una sinergia dando como resultado irritabilidad, inestabilidad y reactividad agresiva.

No se conocen las bases biológicas del trastorno límite sin embargo se sugiere que la respuesta noradrenérgica exagerada puede estar relacionada con la ansiedad.

El aumento en la actividad dopaminérgica puede estar asociado, particularmente con otros trastornos de la personalidad como el esquizotípico, sin embargo no han habido estudios que corroboren directamente dicha observación (34).

La relación familiar puede ser más fuerte para la impulsividad-agresividad, e inestabilidad afectiva las cuales se transmiten de forma independiente. En un estudio de gemelos con trastorno límite se sugirió que en el diagnóstico influía de forma importante el ambiente, sin embargo los síntomas esenciales (como la impulsividad e inestabilidad afectiva) tienen un componente heredable importante

(35). Otros estudios han confirmado estos datos principalmente para la irritabilidad y agresividad impulsividad (36). Uno de los estudios de gemelos mostró una concordancia de 35% para gemelos monocigóticos y 7% para dicigóticos sugiriéndose un fuerte efecto genético (37). La heredabilidad puede ser estimada en 47%.

Aunque las capacidades intelectuales tienen una base biológica depositada en el genoma, las estructuras cerebrales en que se organizan los procesos psíquicos funcionan a partir de circuitos cuyas especificidades y conexiones (citoarquitectura neuronal) se conforman por la experiencia mediada socialmente (38). Por ello es indispensable profundizar en la influencia de las relaciones en la forma en que los sujetos expresan su malestar psíquico, su relación con la experiencia acumulada, con la integración de las “vicisitudes”, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito con las oportunidades ofrecidas por los roles sociales (39).

Se han encontrado prevalencias de 82-90% (40), en exposición a eventos traumáticos en la infancia en poblaciones clínicas mientras que en la población general se ha encontrado del 60.7% en hombres y 51.2% (41) en mujeres. Dentro de estos eventos se consideran: Combate militar, accidente serio, contacto sexual no deseado, rapto, ataque con cuchillo/arma de fuego, ataque sin armas, herida seria, riesgo de muerte, ser testigo de abuso sexual, asesinato o lesiones, y catástrofes naturales. Se encontró que en los pacientes límites existió más frecuencia de contacto sexual no deseado y ataque sin armas lo cual difiere de lo acontecido en la población general y que pudiera ser un factor distintivo de dicho trastorno, compartiéndose factores de riesgo como ambiente familiar caótico y

psicopatología parental lo cual contribuye a la severidad del trastorno, se encontró una importante asociación entre el trastorno límite y todos los tipos de trauma sexual cuando se comparó con otros grupos de trastornos de personalidad, sin diferencias de acuerdo al sexo, no se demostró asociación con la edad de la agresión (42).

En los últimos años se han realizado múltiples investigaciones en este aspecto en los pacientes con trastorno límite, debido a que al realizar las historias clínicas de estos pacientes frecuentemente coinciden algunos antecedentes como disrupciones en las relaciones con los cuidadores primarios. La negligencia parental y el descuido han sido citados por diversos autores como factor etiológico de este trastorno. Una separación temprana prolongada o permanente del cuidador primario se ha descrito también en varios estudios (43) Se encontró una frecuencia de abuso del 10 al 73% por un padre u otro cuidador, incluyendo abuso físico, sexual o emocional (44).

El abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o mas personas sin consentimiento de una persona. El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor o incluso entre menores. Estas actividades incluyen contacto oral-genital, genital-genital, genital-rectal, manual-genital, manual-rectal, o manual-mamario, exposición de la anatomía sexual, observación forzada de la anatomía sexual, y pornografía, uso de un niño para la producción de pornografía. Ver o tocar los genitales, nalgas o senos (45).

La prevalencia del abuso sexual en la infancia es difícil de calcular pues con mucha frecuencia los niños no lo dicen por muchas razones, puede que no reconozcan de inmediato lo impropio del acto y más si su cuidador primario es el perpetrador y aún más si es mujer. Los niños y adultos pueden olvidar o reprimir memorias displacenteras o cooperar en los actos con tal de que los demás no se enteren además de la coerción abierta con amenaza a su vida o de su familia. En un estudio de coerción sexual en Sudáfrica se reportó abuso sexual en al menos una tercera parte de las adolescentes, otros estudios muestran una incidencia del 8 al 33.8% en mujeres y del 3 al 10.9% en hombres, en Europa se reporta del 6-36% en niñas y del 1-15% de niños menores de 16 años, hablando de 1 sola experiencia de abuso, sin embargo la violencia puede existir en un continuo, por ejemplo en Australia 42.3% de las mujeres de un estudio experimentaron abuso sin contacto sexual, 35.7% experimentaron abuso con contacto sexual, de estas mujeres 28.5% reportaron violencia física, sexual o emocional doméstica y 11.8% reportaron haber sido víctimas de al menos un intento de violación desde los 16 años (46).

Numerosos estudios han encontrado altos porcentajes de abuso sexual infantil entre individuos con trastorno límite de la personalidad en comparación con otras poblaciones, variando entre el 26 y el 71% (47) , existen importantes problemas metodológicos que no permiten comparar los resultados de los distintos estudios debido principalmente a las poblaciones sujetas de estudio por ejemplo en algunos se requieren los criterios completos y en otros se requiere únicamente rasgos de personalidad, se evalúan a pacientes hospitalizados contra pacientes

ambulatorios, etc. (48). Por ejemplo hablando de incesto un estudio reporto una prevalencia de hasta el 75% (49) en pacientes hospitalizados, en otro estudio en un hospital de enseñanza en pacientes externos 67% tuvieron historia de abuso en la infancia o adolescencia, otro estudio mostró 86% de abuso sexual antes de los 16 años (50).

Se ha encontrado que el diagnostico de trastorno límite es cuatro veces mayor en pacientes en quienes se documentó abuso o negligencia, específicamente el abuso sexual, mientras que el abuso físico se asoció con trastorno disocial y depresión, la negligencia se asoció con trastorno de personalidad antisocial, evitativo, narcisista, y pasivo agresivo. Lo que sugiere que existen diferentes asociaciones entre los tipos de experiencias sexuales adversas de la infancia y los trastornos de personalidad (51). Otro hallazgo fue la correlación entre la presencia del abuso y la severidad de la psicopatología por ejemplo en los síntomas disociativos (52).

Estos estudios puntualizan la cuestionable asociación entre el trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual, lo que puede ser resultado de múltiples factores entre los que destaca las metodologías de muestreo.

El abuso sexual es un importante antecedente para el desarrollo de trastorno límite lo cual explicaría en parte la alta prevalencia del trastorno en mujeres, sin embargo en datos epidemiológicos se ha indicado que existe más o menos el mismo riesgo entre niños (30.2%) y niñas (40.4%) de ser abusados sexualmente y físicamente 32.5% vs 42.9% respectivamente (53). Sin embargo las niñas tienen 3

veces más riesgo que victimización sexual, lo que condicionaría un mayor desarrollo del trastorno en mujeres.

Los hombres con trastorno límite han mostrado más sintomatología disociativa, un uso más frecuente de mecanismos de defensa maladaptativos, distorsión de la imagen corporal, mayor frecuencia de abuso sexual una duración más larga de abuso físico, mayor frecuencia de separación o pérdida temprana y alto control parental en comparación con hombres con otros trastornos de personalidad.

Se ha encontrado una importante comorbilidad con trastorno límite y trastornos antisocial y evitativo lo que podría variar de acuerdo al género, estos hallazgos sugieren que hombres y mujeres pueden presentar diferentes patrones de síntomas, específicamente la impulsividad es expresada de forma distinta tendiendo a ser externalizada por los hombres e internalizada en las mujeres por lo que es más frecuente la autoagresión en las mujeres y la heteroagresividad en los hombres (54).

Aunque no existen conclusiones definitivas con respecto a la etiología del trastorno límite se pueden hacer correlaciones basadas en datos retrospectivos, la fuerza de la asociación entre el trauma infantil y el trastorno límite sugiere que es un factor muy importante pero no suficiente para el desarrollo del trastorno, siendo peor para niños de temperamentos más vulnerables o con menos factores protectores como serían las relaciones positivas con otros cuidadores (55).

Parece que los recuerdos del abuso se integran en la organización personal total y se vuelve esencialmente egosintónico. Los sujetos generalmente no perciben la

conexión directa entre sus síntomas actuales y las experiencias abusivas en la infancia.

En los pacientes con trastorno límite y abuso sexual se ha encontrado un volumen hipocampal cerca de 16% menor al grupo control, sin diferencia hemisférica. Lo mismo ocurre con la amígdala pero de forma menos pronunciada 8%(56). El recuerdo de memorias traumáticas se ha asociado con un incremento del flujo sanguíneo en la corteza dorsolateral prefrontal y disminución del flujo en el giro dorsolateral prefrontal izquierdo, aumento del flujo en el cíngulo anterior derecho y la corteza orbitofrontal bilateral en mujeres sin trastorno límite. Las pacientes con trastorno límite fallaron en la activación del giro cingular anterior y la corteza orbitofrontal, tampoco se encontraron cambios en el flujo sanguíneo en el giro dorsolateral prefrontal.

En estudios de PET se implicó la corteza medial prefrontal, incluyendo el cíngulo anterior, en estudios de memoria del trauma, revelaron la implicación de esta área en el estrés y la emoción, en la regulación de la respuesta simpática y de los glucocorticoides periféricos al estrés. La disfunción de la corteza medial prefrontal puede representar un correlato neural en la generación de la emoción patológica en el trastorno límite, incluyendo la incapacidad de terminar con las emociones negativas. Se especula que los pacientes con trastorno límite tienen una función aumentada en reposo en el cíngulo anterior con un fallo en la respuesta cingular anterior normal en respuesta al estímulo emocional (57).

## ***Método.***

### ***Planteamiento del problema***

El TDC es un padecimiento que de acuerdo a la literatura es común en la población general, sin embargo es poco diagnosticado en nuestro medio, se propone que generalmente se encuentra en forma comorbida con otros padecimientos psiquiátricos, por lo que es esperable encontrar una alta prevalencia de este trastorno en una muestra de pacientes psiquiátricos, cabría destacar al trastorno límite que presenta con una alta frecuencia de comorbilidad en todos los ejes, además de que se ha encontrado una prevalencia de TDC ligeramente mayor en pacientes con trastornos de personalidad francos. Por lo que plantearíamos que las mujeres que cursan con trastorno límite de personalidad presentan mayor frecuencia de TDC que aquellas que no cursan con trastorno límite de personalidad.

### ***Pregunta de investigación.***

¿Qué tan frecuente es el trastorno dismórfico corporal en pacientes del sexo femenino con trastorno límite de personalidad en comparación con un grupo control de mujeres sin trastorno límite de personalidad?

### ***Justificación.***

Los acercamientos que se han hecho con respecto a este padecimiento suelen ser extranjeros y no hay propiamente bibliografía nacional que sustente su estudio, ni datos claros con respecto a la prevalencia del TDC entre población mexicana. Esto sustentado con una búsqueda bibliográfica a través del buscador PubMed.

Así mismo, la presente investigación, resulta importante frente a la posibilidad de realizar un acercamiento a la presencia del TDC dentro de una población de pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez diagnosticados con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad.

El profundizar en esta posibilidad de forma objetiva, permitirá implementar estrategias terapéuticas enfocadas en la pronta diagnosis, en la oportuna identificación de pacientes con comorbilidades psiquiátricas y en la promoción de la salud mental entre otras áreas médicas como la dermatología.

El diagnóstico oportuno del TDC permitiría una optimización de los recursos psiquiátricos, un acercamiento terapéutico a áreas quizás ignoradas de la psicopatología de los pacientes y que posiblemente carezcan también de conciencia de enfermedad mental, y por lo tanto ajustes del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico con las focalizaciones necesarias sobre las manifestaciones del trastorno dismórfico.

### ***Objetivos.***

#### ***Objetivo General***

Describir la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en un grupo de 60 pacientes mujeres con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en comparación con un grupo de sujetos control.

### ***Objetivos específicos***

- Identificar la frecuencia de Trastorno dismórfico corporal en pacientes con trastorno límite de personalidad
- Identificar la frecuencia de trastorno dismórfico corporal en sujetos sin trastorno límite de personalidad
- Comparar la frecuencia de trastorno dismórfico corporal en ambos grupos de estudio

### ***Hipótesis.***

- La frecuencia de trastorno dismórfico corporal será mayor en el grupo de pacientes del sexo femenino con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad en comparación con el grupo control pareado por sexo y sin diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

## ***Variables.***

Definición de variables:

### 1. Variables Sociodemográficas.

Edad:

Definición operacional: Se tomará la edad como el número de años cumplidos al momento del estudio.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: de razón

Unidad de medición: 18-55 años

Escolaridad:

Definición operacional: Se tomará la escolaridad máxima del paciente como el último ciclo terminado.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal Categórica

Unidad de medición: Ninguna, Primaria, Secundaria, bachillerato, licenciatura, posgrado y carrera técnica.

Estado civil:

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: Soltero, Casado, Divorciado, Unión Libre y Viudo.

Ocupación:

Definición operacional: Se describirá la actividad preponderante del paciente al momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de medición: Trabaja, no trabaja.

## ***Población en estudio; selección y tamaño de la muestra.***

### ***Grupo de Estudio***

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos de pacientes del sexo femenino con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, diagnosticado por sus médicos tratantes y que acudían a terapia de grupo del servicio de consulta externa del HPFBA, de diciembre del 2010 a Marzo del 2011. Se reclutaron 60 sujetos del sexo femenino sin diagnóstico psiquiátrico previo, realizándose un muestreo no probabilístico en varios puntos de la ciudad de México.

### ***Criterios de selección.***

Criterios de Inclusión.

Edad de 18 a 60 años.

Sexo femenino.

Que supieran leer y escribir.

Que firmaran el consentimiento informado.

Con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad corroborado por la escala Diagnostic interview for borderlines revised, DIB-R (puntuación mayor a 5 puntos).

## Criterios de Exclusión

Alteraciones cognitivas o neurológicas que impidieran la comprensión adecuada de los instrumentos

Sintomatología psicótica o agitación psicomotriz.

Que posterior a realizar DIB-R reunieran criterios diagnósticos para trastorno límite de personalidad, en grupo control.

Criterios de eliminación.

Que retiraran su consentimiento informado, o que no concluyeran las evaluaciones.

## ***Tipo de estudio.***

Estudio descriptivo y observacional.

## ***Instrumento.***

### **Diagnóstico de trastorno límite de personalidad.**

#### **DIB-R.**

Se realizó de acuerdo a la entrevista diagnóstica revisada para pacientes con trastorno límite de personalidad (Diagnostic interview for borderlines revised, DIB-R), la cual fue desarrollada por Zanarini y cols., para superar las dificultades en cuanto a la validez discriminante respecto a otros trastornos del eje II que tenía la versión anterior de esta misma entrevista. Se trata de la entrevista diagnóstica semiestructurada para el trastorno límite de personalidad más utilizada, consta de 95 ítems que evalúan las siguientes 4 áreas del funcionamiento personal de gran importancia en el trastorno límite de personalidad:

-Afectiva (depresión, sentimientos de desesperanza, culpabilidad, irritabilidad, ansiedad y vacío).

-Cognitiva (experiencias perceptuales infrecuentes y pensamiento casi psicótico o psicótico)

-Conductas impulsivas.

-Relaciones interpersonales.

Los ítems se agrupan en 22 secciones o frases resumen (FR) que representan los criterios diagnósticos importantes en el trastorno límite de la personalidad. Estas frases resumen están señaladas en el cuestionario en negrita y letras mayúsculas. Para cada ítem y FR (teniendo en cuenta las puntuaciones de los ítems que la integran) el entrevistador ha de decidir entre una puntuación de 0: no, 1: probable, 2: sí. La principal fuente de información para la asignación de las puntuaciones es el propio paciente. Es un instrumento heteroaplicado que precisa formación y experiencia en el instrumento y en el trastorno límite de la personalidad. El tiempo de administración varía entre 45-60 minutos. El marco de referencia temporal es los últimos 2 años.

Está adaptada y validada al idioma español por Borrachina y colaboradores en el año 2004. Las características psicométricas de la versión española de la DIB-R fueron evaluadas en una muestra de 156 sujetos con orientación diagnóstica de TLP, 29 hombres y 127 mujeres, con una edad media de 27.6 años (desviación estándar 6.5; rango 18-45). La adaptación española de la Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II) se utilizó como patrón oro.

La DIB-R mostro una buena consistencia interna global (alfa de Cronbach de 0.89) y una alta fiabilidad entre evaluadores (coeficiente de correlación intraclass de 0.94). Utilizando un análisis de regresión logística se estableció como punto de corte los valores iguales o superiores a 6, con una elevada sensibilidad (0.81), especificidad (0.94) y con una moderada convergencia diagnóstica con la SCID-II (Kappa de 0.59). Hasta el momento no ha sido validada en población mexicana.

Proporciona una puntuación total de presencia/ausencia de trastorno límite de la personalidad y puntuaciones en las 4 áreas evaluadas. La puntuación directa en cada área o puntuación del área, se obtiene sumando las frases resumen de esa área, posteriormente es necesario transformar la puntuación directa en la puntuación de escala, siguiendo las instrucciones al final de cada área. Esta puntuación oscila entre 0 y 2 (afectividad y cognición) o entre 0 y 3 (patrón de conductas impulsivas y relaciones interpersonales). La puntuación total se obtiene sumando las cuatro puntuaciones de la escala. La puntuación total oscila entre 0 y 10. El punto de corte propuesto en la versión española es: 0-5 no hay trastorno límite de personalidad y 6-10 compatible con trastorno límite de personalidad (58).

### **Diagnóstico de trastorno dismórfico corporal.**

#### **SCID-I.**

La Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV (SCID-I) se ha diseñado para que, con un alto grado de fiabilidad y validez, permita realizar el diagnóstico de la mayoría de los trastornos clínicos (Eje I) y de los trastornos de personalidad (Eje II) del DSM-IV. La **SCID-VC** consta de dos tipos de entrevista(59): a) una entrevista de exploración del sujeto, su entorno y sus problemas clínicos, denominada *Visión general*, y b) seis entrevistas específicas que constituyen otros tantos módulos, cada uno de ellos destinado a evaluar un tipo de trastornos del DSM-IV.

Las *entrevistas específicas* constituyen seis módulos: A) episodios afectivos (episodio depresivo mayor, maníaco...); B) síntomas psicóticos (ideas delirantes,

alucinaciones...); C) trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno delirante...); D) trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar I, depresivo mayor...); E) trastornos relacionados con sustancias (dependencia del alcohol, de anfetamina...), F) ansiedad y otros trastornos (trastorno de angustia, obsesivo-compulsivo...)

La SCID-VC produce diagnósticos más fiables, precisos y válidos que las entrevistas clínicas normales. La fiabilidad entre entrevistadores (kappa) suele rondar entre 0,70 y 1,00(60)(61). También se ha encontrado que los clínicos, enfrentados a posteriori con diagnósticos realizados mediante la SCID-VC, los encuentran de utilidad e, incluso con frecuencia, pueden llegar a cambiar los tratamientos previamente prescritos.

La aplicación de la SCID-VC se realiza en una o dos sesiones que, en total, suelen durar entre 45 y 90 minutos, según la complejidad del caso, la capacidad del paciente para expresarse y la habilidad del entrevistador. En algunos casos, la aplicación puede requerir varias sesiones. La aplicación de la SCID-VC y de la SCID-II requiere un buen conocimiento del DSM-IV, así como buenas habilidades de entrevistador.

### ***Procedimiento.***

Método de recolección de los datos.

Después de elegir la muestra de pacientes de los grupos de psicoterapia grupal que asisten a consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez,

así como al grupo control de mujeres sin diagnóstico psiquiátrico comprobado, que cumplan los criterios de inclusión.

Se les solicitó una entrevista individual, en la cual se les explicó el motivo de dicha entrevista, una visión general de los instrumentos a aplicarse, solicitando su cooperación y la firma de su consentimiento informado. Se les entregó una encuesta socio demográfica, y se les aplicó el SCID I para la búsqueda intencionada de TDC, así como la entrevista diagnóstica revisada para pacientes con trastorno límite de personalidad (DIB-R), para la corroboración del diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

Realizándose mismo procedimiento para grupo de mujeres control sin diagnóstico psiquiátrico comprobado. Se dio por terminada la entrevista individual una vez concluida la aplicación de los instrumentos. Los resultados fueron procesados en una base de datos electrónica, a través de una hoja de cálculo, con el fin de proceder al análisis estadístico de la información.

#### *Análisis estadístico.*

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de variables cuantitativas y frecuencias para describir los datos cualitativos.

Se utilizó la prueba de hipótesis de  $\chi^2$  para la comparación de variables cualitativas en ambos grupos de estudio y control, y se calculó la Razón de Momios para obtener la razón de riesgos.

### ***Implicaciones éticas.***

Por las características del estudio, en donde se aplicaron instrumentos que podrían considerarse una prueba psicológica, en donde no se manipulo la conducta del sujeto, y se realizo con fines exclusivamente descriptivos, se considera un estudio con riesgo minimo.

Por las características de las escalas y de la información que permite valorar, implicando aspectos cognitivos, afectivos o conductuales personales y privados, los resultados de la escala se manejaron con total confidencialidad, eliminando el nombre del sujeto, identificando el instrumento aplicado con un número seriado, almacenados en sobres que no contengan datos personales, y los resultados se generalizaron, evitando a toda costa las particularizaciones.

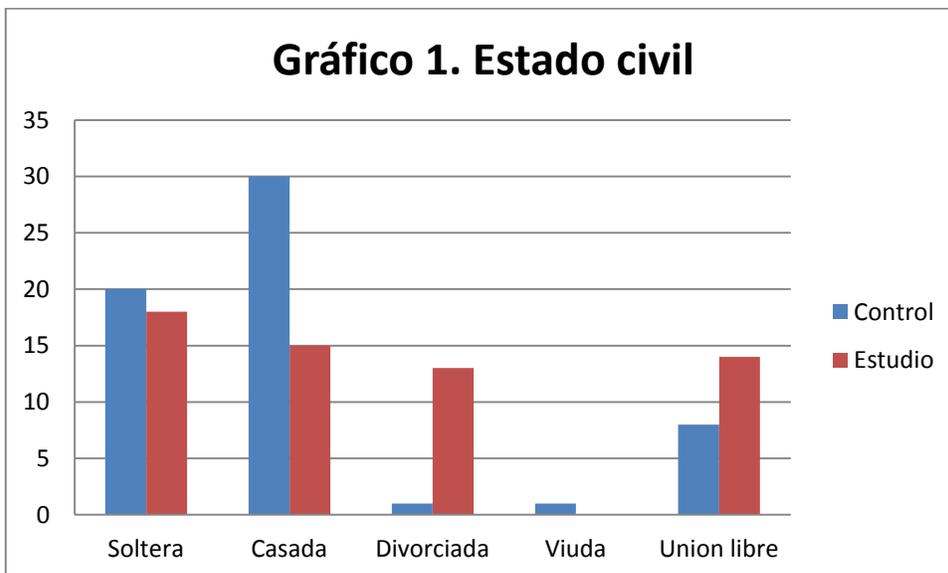
Además a cada individuo se le solicito un consentimiento informado, el cual fue firmado por el paciente y guardado por el sustentante de la tesis, aislado de los resultados de la prueba, sin que ello identifique quien respondió la escala.

## Resultados.

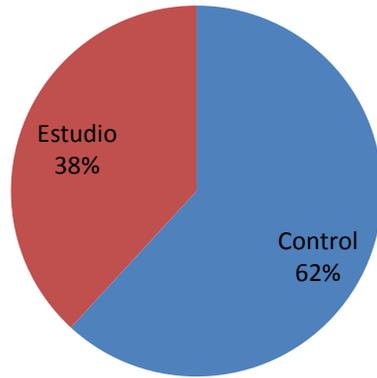
Se reclutaron 120 individuos divididos en 2 grupos, 60 del grupo control que se reclutaron en población aparentemente sana, sin diagnóstico psiquiátrico, y 60 en el grupo de pacientes con trastorno límite de personalidad. Se encontraron las siguientes características demográficas.

Tabla 1. Variables sociodemográficas					
Variable			Control	Estudio	Total
Edad	P=0.064	Media	31.08	28.03	29.56
		DE	9.8	7.8	9.0
Estado Civil	Soltera	n	20	18	38
		%	33.33	30	31.66
	Casada	n	30	15	45
		%	50	25	37.5
	Divorciada	n	1	13	14
		%	1.66	21.66	11.66
	Viuda	n	1	0	1
		%	1.66	0	0.83
	Unión libre	n	8	14	22
		%	13.33	23.33	18.33
Ocupación	Trabaja	n	47	29	76
		%	78.33	48.33	63.33
	No Trabaja	n	13	31	44

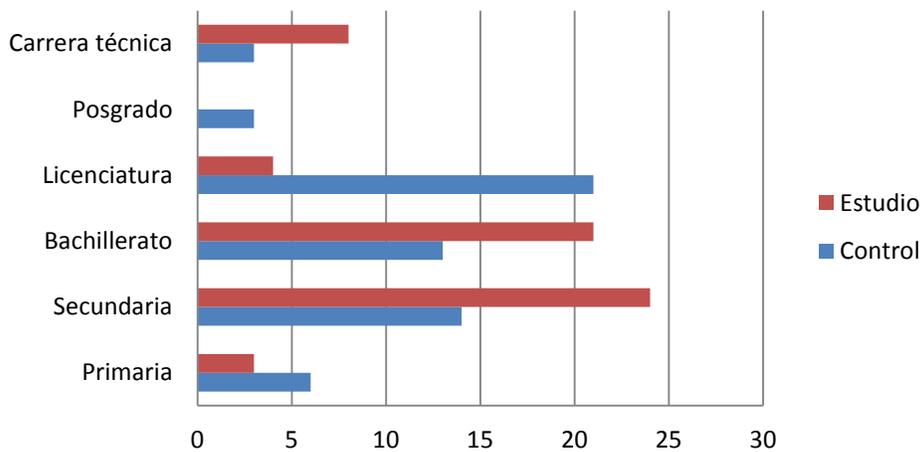
		%	21.66	51.66	36.66
Escolaridad  P=0.028	Primaria	n	6	3	9
		%	10	5	7.5
	Secundaria	n	14	24	38
		%	23.33	40	31.66
	Bachillerato	n	13	21	34
		%	21.66	35	28.33
	Licenciatura	n	21	4	25
		%	35	6.66	20.83
	Posgrado	n	3	0	3
		%	5	0	2.5
	Carrera técnica	n	3	8	11
		%	5	13.33	9.16



### Gráfico 2. Ocupación



### Gráfico 3. Escolaridad



Se aplicó el DIB-R para confirmar o descartar el trastorno límite de personalidad, lo que sirvió para incluirse en los grupos, siendo evidente la diferencia entre ambos de forma estadísticamente significativa.

Tabla 2. Características del DIB-R				
	Puntuación	Control	Estudio	Total
Afectividad  P=0.001	0	6	0	6
	1	50	18	68
	2	4	42	46
Cognición  P=0.001	0	28	6	34
	1	29	21	50
	2	3	33	36
Conductas Impulsivas  P=0.001	0	26	0	26
	1	32	14	46
	2	2	17	19
	3	0	29	29
Relaciones Interpersonales  P=0.001	0	21	0	21
	1	37	8	45
	2	1	29	30
	3	1	23	24

En relación a la psicopatología comorbida se encontró que fue diferente en ambos grupos, siendo estadísticamente significativa en trastorno depresivo actual y previo, trastorno bipolar tipo 2, Abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias no alcohólicas. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de TDC entre los dos grupos de pacientes.

Tabla 3. Características del SCID-I.						
				Control	Estudio	Total
TDM actual P=0.001	Sin	n	56	25	81	
		%	93.33	41.66	67.5	
	Con	n	4	35	39	
		%	6.66	58.33	32.5	
TDM previo P=0.001	Sin	n	54	0	54	
		%	90	0	45	
	Con	n	6	60	66	
		%	10	100	55	
Tx. Bipolar tipo I	Sin	n	60	60	120	
		%	100	100	100	
	Con	n	0	0	0	
		%	0	0	0	
Tx. Bipolar tipo 2 P=0.027	Sin	n	58	51	109	
		%	96.66	85	90.83	
	Con	n	2	9	11	
		%	3.33	15	9.16	
Distimia P=0.698	Sin	n	57	56	113	
		%	95	93.33	94.16	
	Con	n	3	4	7	
		%	5	6.66	5.83	

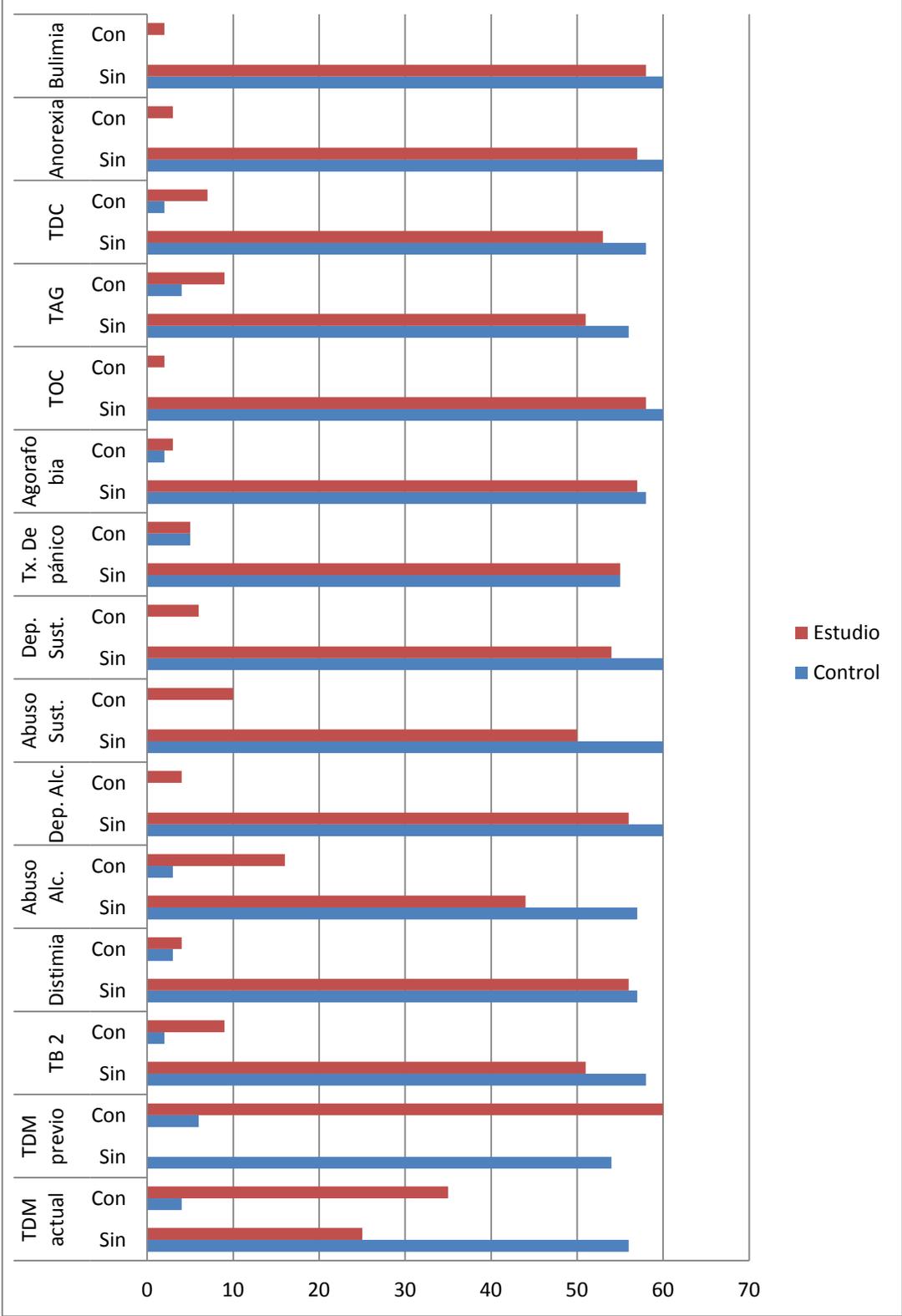
Abuso de alcohol  P=0.001	Sin	n	57	44	101
		%	95	73.33	84.16
	Con	n	3	16	19
		%	5	26.66	15.83
Dependencia de alcohol  P=0.043	Sin	n	60	56	116
		%	100	93.33	96.66
	Con	n	0	4	4
		%	0	6.66	3.33
Abuso de sustancias  P=0.001	Sin	n	60	50	110
		%	100	83.33	91.66
	Con	n	0	10	10
		%	0	16.66	8.33
Dependencia de sustancias  P=0.012	Sin	n	60	54	114
		%	100	90	95
	Con	n	0	6	6
		%	0	10	5
Tx. De pánico  P=1.000	Sin	n	55	55	110
		%	91.66	91.66	91.66
	Con	n	5	5	10
		%	8.33	8.33	8.33
Agorafobia  P=0.649	Sin	n	58	57	115
		%	96.66	95	95.83
	Con	n	2	3	5

		%	3.33	5	4.16
Fobia Social	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
Fobia específica	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
TOC P=0.156	Sin	n	60	58	118
		%	100	96.66	98.33
	Con	n	0	2	2
		%	0	3.33	1.66
TEPT	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
TAG P=0.144	Sin	n	56	51	107
		%	93.33	85	89.16
	Con	n	4	9	13
		%	6.66	15	10.83
Tx. Por somatización	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100

	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
Hipocondriasis	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
Tx. Dismórfico corporal P=0.084	Sin	n	58	53	111
		%	96.66	88.33	92.5
	Con	n	2	7	9
		%	3.33	11.66	7.5
Anorexia P= 0.081	Sin	n	60	57	117
		%	100	95	97.5
	Con	n	0	3	3
		%	0	5	2.5
Bulimia P=0.156	Sin	n	60	58	118
		%	100	96.66	98.33
	Con	n	0	2	2
		%	0	3.33	1.66
Tx. De Ajuste	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0

Esquizofrenia	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
Tx. Esquizoafectivo	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
Tx. Esquizofreniforme	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0
Tx. De ideas delirantes persistentes	Sin	n	60	60	120
		%	100	100	100
	Con	n	0	0	0
		%	0	0	0

### Gráfico 4. Comorbilidad psiquiatrica



### ***Discusión.***

Aunque en la literatura no se encontraron datos precisos sobre la prevalencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes con trastorno límite, se refiere una prevalencia que va desde el 2 al 15 % en diferentes poblaciones. En esta población encontramos una diferencia entre ambos grupos, siendo de 11.66% en el grupo de pacientes con trastorno límite y 3.33% en el grupo control, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa, esto quizá se deba a que en realidad no se pudo observar de forma adecuada las características de este grupo pues la muestra que se incluyó no fue suficiente, por lo que en posteriores estudios se requiere de un esfuerzo mayor en el reclutamiento de pacientes para poder observar diferencias estadísticamente significativas.

### ***Conclusiones.***

Deberán realizarse estudios posteriores en relación a este trastorno en nuestra población por la que la frecuencia aun en una muestra tan pequeña fue relativamente alta lo que podría contribuir al mal pronóstico y dificultades de tratamiento en estas pacientes. Por lo que considero que realizar un estudio con una mejor metodología podría arrojar mayores datos que pudieran normar la conducta terapéutica y pronóstica en estas pacientes.

Sería de gran utilidad contar con un instrumento que fuera más específico para este trastorno y que tuviera una correcta validación en nuestro país ya que esto también dificultó la realización y la interpretación de este trabajo.

## **Referencias.**

1. Bienvenu O, Samuels J, Riddle M, Hoehn-Saric R, Liang K, Cullen B. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48:287 – 93.
2. Grant J, Kim S, Crow S. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:517 – 22.
3. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*. 1996;169:196 - 201.
4. Phillips K, Menarda W, Faya C, Paganob M. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2005;46(4):254 - 60.
5. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F. Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32:24 - 9.
6. Mayville S, Katz R, Gipson M. Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. *J Child Fam Stud* 1998;8:357 - 62.
7. Perugi G, Akiskal H, Lattanzi L. The high prevalence of “soft” bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry*. 1998;39:63 - 71.
8. Phillips K, Nierenberg A, Brendel G. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:125 - 9.
9. Sarwer D, Whitaker L, Pertschuk M. Body image concerns of reconstructive surgery patients: An underrecognized problem *Ann Plast Surg* 1998;40:403–407. 1998;40 403 - 7.
10. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52:283 - 7.
11. Phillips K, Dufresne RJ, Wilkel C. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:436 - 41.
12. Caballo V. *Manual Para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Barcelona: Siglo XXI; 1998.

13. Phillips K, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2006;47(2):77 - 87.
14. Phillips K, Didier E, Menard W. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res*. 2006;141(3):305 - 14.
15. Bjorsson A, Elizabeth R., Phillips K. Body Dysmorphic Disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2010; 221-232-12.
16. Feusner J., Moody T., Hembacher E., Townsend J., Mckinley Malin. Abnormalities of visual processing and frontoestriatal systems in boby dysmorphic disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 2010, 67 (2), 197-205.
17. Phillips K, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185:570 - 7.
18. Phillips K. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim psychiatry*. 2006;13(7):51 - 9.
19. DeMarco L, Li L, Phillips K, McElroy S. Perceived stress in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:724 - 6.
20. Patterson W, Bienvenu O, Chodynicky P, Janniger C, Schwartz R. Body dysmorphic disorder. *International Journal of Dermatology*. 2001;40:688 - 90.
21. Phillips K, McElroy S, Keck P. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1993;150:302 - 8.
22. Phillips K. Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs*. 1995; 3:30 - 40.
23. Tongersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001, Jun 58(6):590-596.
24. Cuevas P, Camacho J, Mejía R. Cambios en la Psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. *Rev Mex de Salud Mental* 2000; 23(6):1-11.
25. Guzder J, Paris J, Zelkowitz P, et al. Psychological risk factors for borderline pathology in school age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(2):206-212.
26. Ludolph PS, Westen D, Misle B et al. The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *Am J Psychiatry* 1990 April 147(4):470-476.

27. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. The longitudinal course of borderline psychopathology : 6 year prospective follow up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(2): 274-283.
28. Work Group on Borderline Personality Disorder. Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001 158(suppl):1-52.
29. Comtois KA, Russo J, Snowden M et al. Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 2003;54(8):1149-1154.
30. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* 1994 April; 51(4):34-8.
31. Bergeman CS, Seroczynski. Genetic and environmental Influences on Aggression and Impulsivity. Chapter 3. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.
32. Horrobin DF. Fatty Acids, Aggression and Impulsivity. Chapter 8. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.
33. Skodol AE, Siever LJ, Livesley J. The Borderline Diagnosis II. Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951-963.
34. Steinberg BJ, Trestman RL, Mitropoulou V et al. Depressive response to phisostigmine challenge in borderline personality disorder patient. *Neuropsychopharmacology* 17:264-273.
35. Torgersen S. Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders: A twin study. *Arch Gen Psychiatry* 41:546-554.
36. Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG. The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry* 2002;51:964-968.
37. Torgersen S, Lygren S, Per A et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41:416-425.
38. Eisenberg L: The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995, 152(11):1563-1575.
39. Granados Cosme JA, Ortiz Hernández L. Patronos de daños a la salud mental, psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental* 2003, 26(1):42-50.

40. Breslau N, Kessler RC, Chilcota HD, Schultz LR, Davis GC. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Jul, 55(7):626-632.
41. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995 Dec, 52(12):1048-1060.
42. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Skodol AE. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 2002 Aug 190(8):510-518.
43. Soloff P, Millward J: Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983 Jan; 40(1):37-44.
44. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S et al. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(8):1008-1013.
45. Johnson CF. Abuse and neglect of children. In Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB et al. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company;2001.
46. Johnson CF. Child sexual Abuse. *Lancet* 2004; 364:462-70.
47. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT. The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/I diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000,102(4):256-64.
48. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993 Jul-Aug 34 (4) 254-257.
49. Stone MH: Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatr Clin North Am* 1981April; 4(1):3-24.
50. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB et al: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987 Nov;144(11):1426-1430.
51. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Jul; 56(7):600-606.

52. Zanarini MA, Ruser TF, Frankenburg FR. Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(1):26-30.
53. Johnson DM, Shea MT, Yen S et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comp Psychiatry* 2003 Jul-Aug 44(4):284-292.
54. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998;39:296-302.
55. Herman JL, Perry C, Van del Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989, Apr 146 (4):490-495.
56. Driessen M, Herrmann J, Stahl K. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdale in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Dec;57(12):1115-1122.
57. Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM. A positron emission tomography study of memories of childhood abuse in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2004; 55:759-765.
58. Borrachina J., Soler J., Campins MJ, Tejero A., Pascual JC, Alvarez E., Zanarini MC, Validacion de la version española de la Diagnostic interview por borderlines-revised (DIB-R). *Actas españolas de psiquiatria* 2004; 32: 293-298.
59. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Guía del usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica. SCID-I. Barcelona: Masson; 1999.
60. Kranzler H, Ronald M, Berleson J. Validity of psychiatry diagnoses in patients with substance use disorders: is the interview more important than the interviewer? . *Compr Psychiatry*. 1995;36:276 - 88.
61. Ventura J, Liberman R, Green M, Shaner A, Mintz J. Training and quality assurance with Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*. 1998;79:163.

## Anexos.

### Encuesta sociodemográfica.

#### Identificación del Trastorno Dismórfico Corporal en entre pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad

Número de expediente:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Grado Académico:

Ocupación:

Conteste las siguientes preguntas, con una respuesta numérica, con base en la siguiente clave:

- 1) **Completamente de Acuerdo.**
- 2) **Medio de acuerdo.**
- 3) **Un poco de acuerdo.**
- 4) **Un poco en desacuerdo.**
- 5) **Completamente en desacuerdo.**

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Me siento bien con mi apariencia física.					
2. Me sentiría incómodo/a con ropa que me hiciera parecer gordo/a o delgado/a.					
3. Me gustaría no estar tan preocupado/a por mi apariencia física.					
4. En muchos momentos me preocupa que ciertas personas piensen mal de mi apariencia física.					
5. Cuando me miro al espejo me siento bien con respecto a mi físico y mi figura.					
6. Cuando muestro las partes de mi cuerpo que no me gustan a otras personas, me siento incómodo/a.					
7. En reuniones sociales me siento incómodo/a respecto a mi apariencia física.					
8. Creo que la imagen de mi apariencia física ante los demás, es buena.					
9. Me sentiría incómodo/a si me diera cuenta que otras personas están hablando de mi apariencia física.					
10. Me siento algo tímido(a) cuando tengo que mostrar mi figura ante otras personas.					
11. Si me doy cuenta que otras personas me miran, por ejemplo, por la calle, no me importa y me siento relajado/a.					
12. En traje de baño me siento mal por la figura que tengo.					
13. Existen partes de mi cuerpo que si yo pudiera las cambiaría..					

¿Qué partes de su apariencia física le disgustan?

**Para ser llenado por el médico exclusivamente.**

¿Existen autoagresiones?      Si              No

¿Ha habido intentos suicidas?              Si              No

¿Ha habido hospitalizaciones en instituciones psiquiátricas?              Si  
No

¿Existe hetero agresión?      Si              No

Tratamiento farmacológico actual: (Compuesto Activo y Dosis)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

## **Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R)**

«Antes de que empecemos, quisiera insistir en que la mayoría de las preguntas de esta entrevista hacen referencia a los dos últimos años de su vida o, en otras palabras, al período: desde \_\_\_\_\_ (decir el mes, día y año apropiadamente). También quiero insistir en que estoy interesada/o en conocer cuáles han sido sus sentimientos, pensamientos y conductas habituales durante este período de dos años. Por tanto, le plantearé una serie de preguntas de conductas específicas sobre momentos en los que usted haya estado en una situación de crisis o de alteración».

### **ÁREA DE LA AFECTIVIDAD**

Durante los dos últimos años, usted...

#### **Depresión**

1. ¿Se ha sentido bastante triste o deprimido gran parte del tiempo? 2 1 0
2. ¿Ha tenido períodos durante 2 semanas o más en los que se ha sentido muy deprimido cada día? 2 1 0
3. FR1 EL PACIENTE HA TENIDO UNA DEPRESIÓN CRÓNICA DE BAJA INTENSIDAD  
O HA ATRAVESADO UNO O MÁS EPISODIOS DE DEPRESIÓN MAYOR 2 1 0
4. ¿Se ha sentido indefenso durante días o semanas seguidas? 2 1 0
5. ¿Ha tenido sentimientos de desesperanza? 2 1 0
6. ¿Y de inutilidad, de no tener valor? 2 1 0
7. ¿Muy culpable? 2 1 0
8. FR2 EL PACIENTE HA MANTENIDO SENTIMIENTOS DE DESAMPARO, DESESPERANZA,  
DE INUTILIDAD O CULPABILIDAD 2 1 0

#### **Ira**

9. ¿Se ha sentido muy enfadado la mayor parte del tiempo? 2 1 0
10. ¿Y furioso o encolerizado? 2 1 0

11. ¿A menudo ha sido sarcástico? 2 1 0

12. ¿Y discutidor? 2 1 0

13. ¿Se enfada fácilmente («estar a la que salta», «tener prontos»)? 2 1 0

14. FR3 EL PACIENTE SE HA SENTIDO CRÓNICAMENTE MUY IRRITABLE, O HA ACTUADO

FRECUENTEMENTE DE UNA FORMA COLÉRICA/LITIGANTE (P. EJ., A MENUDO SE HA MOSTRADO

SARCÁSTICO, FÁCILMENTE ENCOLERIZABLE, O MONTA EN CÓLERA CON FACILIDAD) 2 1 0

Ansiedad

15. ¿Se ha sentido muy ansioso la mayor parte del tiempo? 2 1 0

16. ¿A menudo ha padecido síntomas físicos relacionados con una elevada tensión, tales como dolor de cabeza,

aceleración de la frecuencia cardíaca o exceso de sudor? 2 1 0

17. ¿A menudo se ha visto muy afectado por un gran número de miedos irracionales o fobias

(sensación de miedo ante cosas muy diversas)? 2 1 0

18. ¿Ha tenido crisis de pánico? (p. ej., crisis de ansiedad intensas, desbordantes o incapacitantes) 2 1 0

19. FR4 EL PACIENTE SE HA SENTIDO CRÓNICAMENTE MUY ANSIOSO O HA PADECIDO

FRECUENTES SÍNTOMAS FÍSICOS DE ANSIEDAD (ANGUSTIA) 2 1 0

Otros estados disfóricos

20. ¿Se ha sentido a menudo muy solo la mayor parte del tiempo? 2 1 0

21. ¿Y aburrido? 2 1 0

22. ¿Muy vacío? 2 1 0

23. FR5 EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO SENTIMIENTOS CRÓNICOS DE SOLEDAD,

## ABURRIMIENTO O VACÍO 2 1 0

24. Puntuación del Área de la afectividad:

Puntuación en la Escala del área de la afectividad:

Puntuar 2 si la puntuación del área es 5 o más (2 por FR3, 2 por FR4 y 2 por FR5)

Puntuar 1 si la puntuación del área es 3 o 4, o cualquier otra combinación de 5 o más

Puntuar 0 si la puntuación del área es 2 o menos

25. Puntuación de la Escala del área de la afectividad:

9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno

Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R)

1

3069. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

## ÁREA DE LA COGNICIÓN

Esta área valora pensamientos alterados (experiencias perceptuales infrecuentes y experiencias paranoides no delirantes,

pensamientos casi psicóticos y auténticos pensamientos psicóticos).

Las experiencias casi psicóticas son definidas como ideas delirantes y alucinaciones que son de carácter transitorio y circunscrito

y atípicas en trastornos psicóticos, mientras que las experiencias psicóticas «auténticas» son definidas como ideas delirantes y

alucinaciones, que son duraderas, generales, no circunscritas y que son patognómicas de los trastornos psicóticos.

Además, todas las frases resumen y todos los ítems, menos el ítem 56, hacen referencia a experiencias no relacionadas con el uso

de sustancias psicoactivas, y por lo tanto es crucial determinar si las experiencias descritas por el paciente ocurren de forma natural

o bajo la influencia del alcohol u otras drogas.

Durante los últimos dos años, usted...

Pensamientos extraños/experiencias perceptuales no habituales

26. Ha sido una persona muy supersticiosa (p. ej., tocar madera, lanzar sal por sobre el hombro, evitar pasar

debajo de una escalera) (Tendencia marcada a la superstición) 2 1 0

27. ¿Ha creído a menudo que sus pensamientos, palabras o acciones podían provocar cosas o preveía que

éstas ocurrían de una forma algo especial o mágica? (Pensamiento mágico) 2 1 0

28. ¿A menudo ha tenido un sexto sentido para las cosas que han ocurrido, aparte de ser alguien sensible hacia

las personas y sus sentimientos? (Sexto sentido) 2 1 0

29. ¿Con frecuencia ha sido capaz de decir lo que otras personas estaban pensando o sintiendo utilizando

algún poder especial o mágico, tal como la telepatía? ¿A menudo creía que otras personas sabían lo que usted

estaba pensando o sintiendo utilizando este tipo de poder? (Telepatía) 2 1 0

30. ¿A menudo ha tenido experiencias de clarividencia, como la visión de que algo iba a ocurrir en otro lugar?

¿Ha sido generalmente capaz de predecir el futuro? (Clarividencia) 2 1 0

31. ¿Ha tenido algunas creencias que no podía evitar aunque las personas le habían dicho insistentemente que

no eran ciertas (p. ej., pensaba que estaba muy obeso cuando en realidad estaba por debajo de su peso normal)?

(Ideas sobrevaloradas) 2 1 0

32. ¿Ha sentido de forma repetida la presencia de una fuerza o de una persona que no estaba allí? ¿A menudo

malinterpretaba cosas que usted había oído o visto (p. ej., pensó que alguien le llamaba por su nombre cuando

en realidad el sonido era otro)? (Ilusión recurrente) 2 1 0

33. ¿Ha sentido de forma reiterada que usted no era una persona real? ¿Como si su cuerpo o una parte de él

la sintiera como extraña o cambiara de tamaño o de forma? ¿Como si usted realmente se hubiera separado

físicamente de sus sensaciones? ¿Como si se viera a usted mismo a distancia? (Despersonalización) 2 1 0

34. ¿Ha sentido muy a menudo que las cosas que le rodeaban eran «irreales»? ¿Como si fueran extrañas

o cambiaran de tamaño o forma? ¿Como si las estuviera soñando? ¿Como si una ventana estuviera allí,

entre usted y el mundo? (Desrealización) 2 1 0

35. FR6 EL PACIENTE HA MOSTRADO UNA TENDENCIA A TENER PENSAMIENTOS EXTRAÑOS

O EXPERIENCIAS PERCEPTUALES NO HABITUALES (P. EJ., PENSAMIENTO MÁGICO,

ILUSIONES RECURRENTE, DESPERSONALIZACIÓN) 2 1 0

Experiencias paranoides no delirantes

36. ¿A menudo se ha sentido desconfiado o suspicaz respecto a otras personas? (Suspiciacia no justificada) 2 1 0

37. ¿A menudo ha pensado que otras personas le miraban fijamente o que estaban hablando sobre usted

a sus espaldas? ¿O que se reían de usted? (Ideas autorreferenciales) 2 1 0

38. ¿A menudo ha pensado que las personas le estaban causando problemas o que «iban a por usted»?

¿Ha creído frecuentemente que se querían aprovechar de usted o culpabilizarlo de cosas que no eran

culpa suya? (Otras ideas paranoides) 2 1 0

39. FR7 EL PACIENTE HA TENIDO A MENUDO EXPERIENCIAS PARANOIDES NO DELIRANTES

TRANSITORIAS (P. EJ., SUSPICACIA INDEBIDA, IDEAS  
AUTORREFERENCIALES, OTRAS IDEAS

PARANOIDES) 2 1 0

Experiencias psicóticas

Valorar cada experiencia: 2 = alucinaciones francas e ideas delirantes; 1 =  
alucinaciones e ideas delirantes casi

verdaderas; 0 = ni alucinaciones ni ideas delirantes.

40. ¿Ha creído que algunos pensamientos eran puestos en su mente por alguna  
fuerza externa?

(Inserción de pensamiento) 2 1 0

9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la  
Personalidad

(Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R) 2

3079. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

41. ¿Los pensamientos le eran robados de su mente? (Robo de pensamiento) 2 1  
0

42. ¿Sus pensamientos eran emitidos de tal manera que otras personas podían  
escuchar lo que usted estaba

pensando? (Difusión de pensamientos) 2 1 0

43. ¿Sus sentimientos, pensamientos o acciones eran controlados por otras  
personas o por una máquina/artilugio?

(Delirio de influencia) 2 1 0

44. ¿Podía escuchar realmente lo que otras personas estaban pensando? ¿Ellos  
podían literalmente leer su mente

como si ésta fuera un libro abierto? (Lectura de pensamiento) 2 1 0

45. ¿Otras personas conspiraban en su contra de alguna forma organizada?  
¿Intentaban deliberadamente hacerle

daño o castigarle? (Delirio de persecución) 2 1 0

46. ¿Otras personas le estaban espiando o le seguían? ¿Algunas cosas estaban preparadas especialmente para usted?

¿Usted recibía mensajes especiales a través de la radio o la TV? (Delirio de autorreferencia) 2 1 0

47. ¿Merecía un castigo por algo terrible que había realizado? (Delirio de culpa/pecado) 2 1 0

48. ¿Era una persona extremadamente importante? ¿Tenía habilidades especiales o poderes excepcionales?

(Delirio de grandeza) 2 1 0

49. ¿Algo terrible había ocurrido o podría ocurrir en el futuro (p. ej., el mundo se acabaría al día siguiente,

su cuerpo estaba desapareciendo y disolviéndose) (Delirio nihilista) 2 1 0

50. ¿Algo funcionaba mal en su cuerpo o tenía una seria enfermedad ? (Delirio somático) 2 1 0

51. ¿Tenía creencias que otras personas consideraban como irreales, extrañas o raras? (Otros delirios) 2 1 0

52. ¿Ha oído algunas voces u otros sonidos que nadie más escuchaba? (Alucinaciones auditivas) 2 1 0

53. ¿Tenía algún tipo de visión de cosas o imágenes que nadie más podía ver? (Alucinaciones visuales) 2 1 0

54. ¿Ha tenido otras experiencias sensoriales que nadie más haya tenido (p. ej., oler repetidamente algo o sentir

que algo circulaba en su cuerpo y que no estaba realmente allí)? ¿Recuerda cualquier otra sensación corporal?

(Otras alucinaciones) 2 1 0

55. FR8 EL PACIENTE HA TENIDO REPETIDAMENTE «CASI» DELIRIOS O ALUCINACIONES 2 1 0

Ítems varios

56. ¿Ha tenido alguna de estas experiencias bajo la influencia de alcohol o de las drogas?

(Experiencias psicóticas inducidas por drogas)

(2 = experiencias reales; 1 = «casi» experiencias; 0 = ninguna) 2 1 0

57. Puntuación del Área cognitiva:

Puntuación en la Escala del área cognitiva:

Puntuar 2 si la puntuación del área es 4 o más.

Puntuar 1 si la puntuación del área es 2 o 3.

Puntuar 0 si la puntuación del área es 1 o menos, o si el paciente ha tenido alguna vez un episodio psicótico evidente.

58. Puntuación de la Escala del área cognitiva:

9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

(Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R) 3

3089. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

ÁREA DEL PATRÓN DE CONDUCTAS IMPULSIVAS

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, determinar el número de veces que esta conducta ocurrió, a

excepción de donde ya está señalado (abuso de sustancias, automutilación e intentos de suicidio). Puntuar cada tipo de

impulsividad: 2 = cinco o más veces; 1 = de tres a cuatro veces y 0 = dos veces o menos.

Durante los dos últimos años, usted ...

Abuso de sustancias

59. ¿Ha bebido demasiado o se ha emborrachado? (Abuso de alcohol)

(2 = abuso crónico; 1 = abuso episódico; 0 = sin abuso) 2 1 0

60. ¿Se ha «colocado» tomando medicamentos que le habían recetado o sustancias ilegales? (Abuso de drogas)

(2 = abuso crónico; 1 = abuso episódico; 0 = sin abuso) 2 1 0

61. FR9 EL PACIENTE HA PRESENTADO UN PATRÓN GRAVE DE ABUSO DE SUSTANCIAS 2 1 0

Desviación sexual

62. ¿Ha mantenido relaciones sexuales de forma impulsiva o relaciones muy breves? (Promiscuidad, número elevado de relaciones sin compromisos afectivos) 2 1 0

63. ¿Ha participado en alguna práctica sexual no habitual (p. ej., obtener placer al ser humillado o agredido físicamente durante la relación sexual)? ¿Prefería ver cómo los demás realizaban el acto sexual más que practicarlo? (Parafilias) 2 1 0

64. FR10 EL PACIENTE HA TENIDO UN PATRÓN DE DESVIACIÓN SEXUAL (P. EJ., PROMISCUIDAD O PARAFILIAS) 2 1 0

Automutilación

65. ¿Alguna vez se ha hecho daño usted mismo deliberadamente sin la intención de suicidarse (p. ej., hacerse cortes en la piel, quemaduras, golpearse, romper ventanas de un puñetazo, golpear paredes, golpearse la cabeza)?

(Automutilación)

(2 = dos o más veces, 1 = una vez, 0 = ninguna) 2 1 0

66. FR11 EL PACIENTE HA MOSTRADO UN PATRÓN DE AUTO-MUTILACIÓN FÍSICA 2 1 0

Tentativas de suicidio

67. ¿Ha amenazado con suicidarse? (Amenazas de suicidio)

(2 = dos o más veces, 1 = una vez, 0 = ninguna) 2 1 0

68. ¿Ha hecho algún intento de suicidio, por leve que sea? (Gestos suicidas/intentos)

(2 = dos o más veces, 1 = una vez, 0 = ninguna) 2 1 0

69. FR12 EL PACIENTE HA MOSTRADO UN PATRÓN DE AMENAZAS SUICIDAS, GESTOS O INTENTOS

MANIPULATIVOS (P. EJ., LOS INTENTOS SUICIDAS ESTABAN PRINCIPALMENTE ORIENTADOS

A LOGRAR UNA RESPUESTA DE «RESCATE») 2 1 0

Otros patrones impulsivos

70. ¿Ha tenido episodios en que comió tanto que después se encontraba mal o tuvo que provocarse vómitos?

(Atracones de comida) 2 1 0

71. ¿Ha gastado mucho dinero en cosas que no necesitaba o que no podía permitirse? (Derroche) 2 1 0

72. ¿Ha ido a jugar (p. ej., al bingo) y no podía dejar de apostar, a pesar de saber que estaba perdiendo dinero? (Apuestas) 2 1 0

73. ¿Ha perdido el control, llegando a gritar, dar alaridos, chillar o abuchear a alguien? (Ataques verbales) 2 1 0

74. ¿Ha participado en peleas físicas? (p. ej., peleas a puñetazos) (Pelea física) 2 1 0

75. ¿Ha amenazado con dañar físicamente a alguien (p. ej., decirle a alguien que le daría un puñetazo,

lo apuñalaría o lo mataría)? (Amenazas físicas) 2 1 0

76. ¿Ha agredido o abusado físicamente de alguien (p. ej., dar bofetadas, dar patadas o dar puñetazos)? (Asaltos físicos) 2 1 0

77. ¿Ha dañado bienes de forma intencionada (p. ej., romper vajilla, romper muebles, dañar el automóvil

de alguien)? (Daño sobre la propiedad) 2 1 0

78. ¿Ha conducido demasiado rápido, de forma temeraria? ¿Y estando bajo los efectos del alcohol o de las drogas?

(Conducción temeraria) 2 1 0

79. ¿Ha actuado en contra de la ley? (p. ej., robar en tiendas, tráfico de drogas, vender propiedad robada)

(Actos antisociales) 2 1 0

9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

(Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R) 4

3099. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

80. FR13 EL PACIENTE HA TENIDO OTRO PATRÓN DE CONDUCTA IMPULSIVA 2 1 0

81. Puntuación del Área de conductas impulsivas:

Puntuación en la Escala del área de conductas impulsivas:

Puntuar 3 si la puntuación del área es de 6 o más (puntuación de 2 en FR 11 o en FR 12).

Puntuar 2 si la puntuación del área es de 4 o 5, o cualquier combinación de 6 o más.

Puntuar 0 si la puntuación del área es de 3 o menos.

82. Puntuación de la Escala del área de conductas impulsivas:

9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

(Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R) 5

3109. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

ÁREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Durante los dos últimos años, usted...

Intolerancia a la soledad

83. ¿Ha odiado generalmente estar solo? 2 1 0

84. ¿A menudo ha realizado esfuerzos desesperados para evitar sentirse solo (p. ej., hablaba por teléfono

durante horas en esos momentos, salía para encontrar a alguien con quien hablar)? 2 1 0

85. ¿Se ha sentido muy deprimido cuando estaba solo? 2 1 0

86. ¿Se ha sentido muy ansioso? ¿Irritado? ¿Vacío? ¿Mal? 2 1 0

87. FR14 EL PACIENTE HA INTENTADO CLARAMENTE EVITAR ESTAR SOLO O SE SENTÍA

EXTREMADAMENTE DISFÓRICO CUANDO ESTABA SOLO 2 1 0

Preocupaciones de abandono, de ser absorbido, de ser anulado

88. ¿Ha temido repetidamente ser abandonado por aquellos que están cerca de usted? (Miedo al abandono) 2 1 0

89. ¿Ha temido frecuentemente llegar a sentirse agobiado o perder su identidad si otras personas se acercaban

excesivamente a usted? (Temor a ser absorbido?) 2 1 0

90. ¿Ha temido repetidamente llegar a desmoronarse o dejar de existir si era abandonado por alguien importante

para usted? (Miedo a ser alienado) 2 1 0

91. FR15 EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO REPETIDAMENTE MIEDOS A SER ABANDONADO,

A SER ABSORBIDO O A SER ALIENADO 2 1 0

Conradependencia

92. ¿Ha tenido algún trabajo en el que una de sus principales tareas era hacerse cargo de otras personas o animales? 2 1 0

93. ¿Se ha encontrado ofreciendo ayuda constantemente a amigos, parientes o compañeros de trabajo? 2 1 0

94. ¿Se ha sentido particularmente molesto si otras personas han intentado ayudarle o cuidar de usted? 2 1 0

95. ¿Ha rechazado pedir apoyo o ayuda cuando sentía que realmente lo necesitaba? 2 1 0

96. ¿Ha tenido en su vida a alguien a quien sintió realmente necesitar? ¿Su habilidad para funcionar dependía

de esa persona? ¿Cómo llegó a superarlo? 2 1 0

97. FR16 EL PACIENTE SE HA MOSTRADO INTENSAMENTE CONTRADEPENDIENTE O SERIAMENTE

EN CONFLICTO A LA HORA DE DAR O RECIBIR CUIDADOS 2 1 0

Relaciones íntimas inestables

98. ¿Ha tenido alguna relación muy íntima? ¿Cuántas? ¿Con qué frecuencia veía a esas personas?

¿Cuál fue la más importante para usted?

(2 = cuatro o más; 1 = de dos a tres; 0 = una o menos) 2 1 0

99. ¿En alguna de estas relaciones tuvo dificultades debido a múltiples discusiones? 2 1 0

100. ¿Ha tenido repetidas rupturas? 2 1 0

101. FR17 EL PACIENTE HA TENDIDO A MANTENER RELACIONES ÍNTIMAS INTENSAS E INESTABLES 2 1 0

Problemas recurrentes en las relaciones íntimas

102. ¿Ha tendido a sentirse muy dependiente de los demás? ¿Necesitaba mucho apoyo o una ayuda concreta

para funcionar? ¿Alguna vez le han dicho que era demasiado dependiente? (Dependencia: el paciente

se ha mostrado abierta y repetidamente dependiente de los demás) 2 1 0

103. ¿Ha permitido repetidamente que otras personas le forzaran a hacer cosas que no quería hacer o que

le trataran con crueldad? ¿Alguna vez le han dicho que se dejaba victimizar o maltratar?

(Masoquismo: el paciente ha permitido repetidamente que otras personas lo coaccionaran o le hicieran daño) 2 1 0

104. FR18 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS DE DEPENDENCIA O DE MASOQUISMO

EN SUS RELACIONES ÍNTIMAS 2 1 0

105. ¿Muy a menudo ha ignorado las virtudes o características positivas de las personas y sólo les ha visto

los defectos? ¿Alguna vez le han dicho que era muy crítico o que desvalorizaba a los demás?

(Desvalorización: el paciente ha exagerado repetidamente las debilidades y minimizado los aspectos

positivos de los otros) 2 1 0

#### 9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

(Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R) 6

#### 3119. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

106. ¿Ha intentado con frecuencia que los demás hicieran lo que usted quería sin preguntarles o sin explicarles

lo que tenían que hacer? ¿Alguna vez le han dicho que usted era manipulador? (Manipulación: el paciente

ha usado repetidamente formas indirectas para conseguir lo que quería) 2 1 0

107. ¿Ha intentado muy a menudo forzar a los demás a hacer cosas que no querían o los ha tratado

de forma cruel? ¿Alguna vez le han dicho que era autoritario o cruel? (Sadismo: el paciente ha intentado

repetidamente coaccionar o dañar a otros) 2 1 0

108. FR19 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS DE DESVALORIZACIÓN,

MANIPULACIÓN O SADISMO EN SUS RELACIONES ÍNTIMAS 2 1 0

109. ¿Ha pedido repetidamente a los demás cosas que ellos no podían o no debían darle? ¿Les exigía mucho

tiempo y atención? ¿Alguna vez le han dicho que era usted una persona exigente? (Exigencia: el paciente

ha realizado, de forma reiterada, demandas inapropiadas) 2 1 0

110. ¿Se ha comportado a menudo como si tuviera el derecho a recibir un trato especial? ¿Como si la gente

le debiera cosas por todo lo que ha pasado? ¿Alguna vez le han dicho que se comportaba como si usted fuera

merecedor de cuidados o de una consideración especial? (Merecimientos: el paciente ha mostrado

repetidamente expectativas no realistas) 2 1 0

111. FR20 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS POR SUS EXIGENCIAS

EXAGERADAS O POR SENTIRSE MERECEDOR DE RECONOCIMIENTO EN LAS RELACIONES ÍNTIMAS 2 1 0

Relaciones psiquiátricas conflictivas

112. ¿Ha recibido alguna terapia individual? ¿Cuántas? (Número de terapias individuales)

(2 = dos o más, 1 = una vez, 0 = ninguna) 2 1 0

113. ¿Cuántos meses, de los últimos 24, ha estado bajo terapia individual? (Meses invertidos en terapia individual)

(2 = doce o más; 1 = entre uno y once; 0 = ninguno) 2 1 0

114. ¿Se ha sentido mucho peor como resultado de esa/s terapia/s? ¿De qué manera? (Regresión en la terapia

individual) 2 1 0

115. ¿Ha tenido alguna hospitalización psiquiátrica? ¿Cuántas? (Número de hospitalizaciones psiquiátricas)

(2 = dos o más, 1 = una, 0 = ninguna) 2 1 0

116. ¿Cuántos meses, de los últimos 24, ha estado hospitalizado? (Meses de ingreso en los hospitales psiquiátricos)

(2 = doce o más, 1 = entre uno y once, 0 = ninguno) 2 1 0

117. ¿Empeoró mucho como resultado de esa/s hospitalización(es)? ¿De qué manera? 2 1 0

118. FR21 EL PACIENTE HA ATRAVESADO UNA CLARA REGRESIÓN CONDUCTUAL DURANTE

EL CURSO DE UNA PSICOTERAPIA O DE UNA HOSPITALIZACIÓN  
PSIQUIÁTRICA 2 1 0

119. ¿Ha sido el centro de algún conflicto o problemas en el equipo terapéutico donde estuvo ingresado?

(Valore si el paciente había sido el causante de una clara reacción contratransferencial en el equipo.

Es aconsejable usar otras fuentes de información a la hora de elaborar un juicio sobre este tema) 2 1 0

120. ¿Alguno de sus terapeutas ha llegado a mostrarse muy enfadado con usted?  
¿Alguien le sugirió dejar

el tratamiento? ¿Esta persona estaba más involucrada en su cuidado que la mayoría de los terapeutas?

(Valore si el paciente ha sido la causa de una clara reacción contratransferencial de un terapeuta.

Es aconsejable usar otras fuentes de información a la hora de elaborar un juicio sobre este tema) 2 1 0

121. ¿Ha establecido una relación de amistad profunda o una relación amorosa con un miembro

del equipo terapéutico? 2 1 0

122. ¿Y con algún terapeuta? 2 1 0

123. FR22 EL PACIENTE HA SIDO LA CAUSA DE UNA CLARA REACCIÓN  
CONTRATRANSFERENCIAL

EN UNA UNIDAD DE INGRESOS O EN EL TRANCURSO DE UNA  
PSICOTERAPIA, O FORMÓ

UNA RELACIÓN «ESPECIAL» CON UN PROFESIONAL DE SALUD MENTAL 2 1  
0

124. Puntuación del Área de las relaciones interpersonales:

Puntuación en la Escala del área de las relaciones interpersonales:

Puntuar 3 si la puntuación del área es 9 o más.

Puntuar 2 si la puntuación del área está entre 6 y 8.

Puntuar 0 si la puntuación del área es 5 o menos, o si el paciente ha tenido un ocasional aislamiento social.

125. Puntuación de la Escala del área de las relaciones interpersonales:

9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

(Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R) 7

3129. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

## CONCLUSIONES

1. Puntuación del Área afectiva: 0-10

2. Puntuación de la Escala afectiva: 0-2

3. Puntuación del Área cognitiva: 0-6

4. Puntuación de la Escala cognitiva: 0-2

5. Puntuación del Área de patrón de conductas impulsivas: 0-10

6. Puntuación de la Escala del patrón de conductas impulsivas: 0-3

7. Puntuación del Área de Relaciones Interpersonales: 0-18

8. Puntuación de la Escala del área de relaciones interpersonales: 0-3

9. PUNTUACIÓN TOTAL DE LA DIB-REVISADA

9.5. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

## **Carta de consentimiento informado.**

### **IDENTIFICACION DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD.**

El propósito del siguiente estudio es investigar la presencia de Trastorno Dismorfoico Corporal entre pacientes con diagnostico de Trastorno Limite de personalidad. Con mi participación tratare d contribuir a incrementar una serie de conocimientos diagnósticos aplicables a la practica psiquiátrica.

Mi participación consistirá en responder tres instrumentos de evaluación que me ocuparan 45 minutos aproximadamente. Los instrumentos son una encuesta sociodemográfica, SCID-i y el DIB-R.

Beneficios.

Los fines del estudio son solo de investigación y proporcionara información sobre el diagnostico referido.

Confidencialidad.

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

Riesgos.

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata de algunos de los psiquiatras involucrados en el proyecto. El riesgo se considera mínimo.

He leído la hoja de información y entiendo de que se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias. De la misma manera mi información será destruida en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

Si tuviera alguna duda o pregunta acerca del estudio puedo contactar al Dr. Juan Alberto Cárdenas Medina al teléfono 55 40 27 11 51.

Nombre y firma del residente.  
participante.

Nombre y firma de

Testigo.

Testigo.