



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**Estabilidad Diagnóstica del Trastorno de Inestabilidad Emocional  
de la Personalidad con o sin Comorbilidad con el Trastorno  
Depresivo**

Presenta la Tesis para obtener el  
Diploma de Especialista en Psiquiatría

**Dr. Antonio Gregorio Camacho Martínez**

Mtra. Janet Jiménez Genchi  
Asesor Metodológico

Dr. José Ibarreche Beltrán  
Asesor Teórico

Ciudad de México a 05 de Junio del 2017



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:**

A mi familia...A mis maestros...Todo.

*Fueron a cazar guitarras  
Bajo la luna llena.  
Y trajeron ésta,  
Pálida, fina esbelta,  
Ojos de inagotable mulata,  
Cintura de abierta madera.  
Es joven, apenas vuela.  
Pero ya canta  
Cuando oye con otras jaulas  
Aletear sonos y coplas.  
Los sonosombres y las coplasolas.  
Hay en su jaula esta inscripción:*

*“Cuidado: Sueña”*

Guitarra, Nicolás Guillén, 1948

## INDICE

1. Introducción.....	7
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Los trastornos de la personalidad.....	8
2.2 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.....	10
2.3 Trastornos depresivos como comorbilidad.....	12
2.4 Estabilidad diagnóstica en psiquiatría.....	13
2.5 Estabilidad diagnóstica en trastornos de personalidad.....	14
2.6 Estabilidad diagnóstica en el trastorno límite.....	17
2.7 SCID-2.....	20
3. Método.....	21
3.1 Justificación.....	22
3.2 Planteamiento del problema.....	22
3.3 Objetivos.....	23
3.4 Hipótesis.....	24
3.5 Variables.....	25
3.6 Muestra.....	27
3.7 Criterios de selección.....	27
3.8 Alcance del estudio.....	28
3.9 Instrumentos.....	29
4. Procedimiento.....	30
4.1 Plan de manejo estadístico.....	31
5. Consideraciones éticas.....	32
6. Resultados.....	36

7. Discusión.....	43
8. Conclusiones.....	46
9. Referencias Bibliográficas.....	47
10. Anexos .....	52
10.1 Consentimiento informado.....	52
10.2 Hoja de concentración de datos.....	55
10.3 Instrumento.....	56

#### INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1 Variables.....	26
TABLA 2 Sexo.....	36
TABLA 3 Diagnóstico inicial.....	37
TABLA 4 Lugar donde se establece el diagnóstico.....	37
TABLA 5 Cambios diagnósticos año 1.....	38
TABLA 6 Cambios diagnósticos año 2.....	38
TABLA 7 Cambios diagnósticos año 3.....	38
TABLA 8 Cambios diagnósticos año 4.....	38
TABLA 9 Cambios diagnósticos año 5.....	38
TABLA 10 Total de cambios.....	38
TABLA 11 Diagnóstico final.....	39
TABLA 12 Resultados de la escala SCID-II.....	40
TABLA 13 Total de cambios comparativo TLP Depresión y TLP sin depresión....	41
TABLA 14 Total cambios comparativo Urgencias y Consulta Externa.....	41
GRAFICO 1 Sexo.....	36
GRAFICO2. Edad.....	36

GRAFICO 3 Diagnóstico Inicial.....	37
GRAFICO 4 Lugar donde se establece el diagnóstico.....	37
GRAFICO 5 Total de cambios en el diagnóstico.....	39

**RESUMEN:**

La estabilidad diagnóstica en psiquiatría representa uno de los principales retos de la especialidad en tiempos modernos, resulta particularmente complejo en los trastornos de la personalidad y en especial en el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad debido a sus múltiples manifestaciones clínicas a lo largo del tiempo.

Regularmente los pacientes con este trastorno acuden a un servicio de atención psiquiátrica cuando ocurre alguna exacerbación de la sintomatología propia del trastorno, en alteraciones conductuales graves o en la presencia comorbida de alguna otra enfermedad que puede dificultar el establecimiento de un diagnóstico certero.

Objetivo: Se pretende identificar los cambios en el diagnóstico en pacientes con diagnóstico inicial probable o definitivo de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Material y método: Se captaron pacientes con más de 5 años de seguimiento en el área de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que cuentan con expediente activo y con el diagnóstico inicial o probable de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, se realizó la fracción del trastorno límite de la personalidad de la entrevista clínica estructurado para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II) a los pacientes que no tengan esta evaluación en el último año.

Se analizó la estabilidad diagnóstica de dichos pacientes en los últimos 5 años, valorando cambios en el diagnóstico y diagnóstico final asentado en el expediente clínico apoyado mediante los resultados del SCID-II aplicado.

**Palabras clave: Estabilidad diagnóstica. Trastornos de la personalidad, Trastorno límite de la personalidad, Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, TLP, SCID-II.**

## **1. INTRODUCCIÓN**

La estabilidad diagnóstica en psiquiatría representa uno de los principales retos de la especialidad en tiempos modernos, en los estudios realizados sobre este tema resulta particularmente complejo establecerla en trastornos de la personalidad debido a su presentación multifacética.

Dentro de los trastornos de la personalidad el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad también conocido como trastorno límite de personalidad es el más prevalente en todas las situaciones clínicas y la segunda causa de ingreso hospitalario en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (1)

Tradicionalmente se ha considerado a este y otros trastornos de la personalidad como entidades con presentaciones rígidas y que permanecen constantes a lo largo de tiempo, sin embargo es evidente en la práctica clínica que su presentación es cambiante y en muchas ocasiones se acompaña de una alta

comorbilidad de trastornos depresivos, esto puede llegar a complicar el establecimiento definitivo del diagnóstico de ahí la importancia de realizar un adecuado seguimiento a lo largo del tiempo y una constante evaluación con múltiples herramientas para aclarar y mejorar las opciones de tratamiento y en consecuencia mejorar la atención a los pacientes.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.**

La personalidad consiste en patrones duraderos de percepción, pensamiento y formas de relacionarse con el ambiente que se muestran en numerosos contextos sociales y personales. Un trastorno de la personalidad es diagnosticado cuando los rasgos de la personalidad son tan inflexibles y desadaptativos en una amplia gama de situaciones que provocan estrés significativos e impedimentos sociales, laborales etc. (2) Es un patrón permanente, inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia y a inicios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios al sujeto (3) Se manifiesta en por lo menos 2 de las siguientes áreas: Cognición, afecto, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos (2)

La prevalencia internacional de los trastornos de la personalidad es de 6%. Ocurren significativamente con más frecuencia en hombres, jóvenes, con poco nivel educativo y desempleados, con las cuales hay una comorbilidad frecuente

con otros trastornos psiquiátricos, especialmente con los del eje 1. En general la aparición de los siguientes síntomas que aparezcan en la adolescencia y prevalezcan en la edad adulta pueden ser indicativos de la presencia de un trastorno de la personalidad, dichos síntomas son: Cambios de humor frecuentes, exabruptos de ira, ansiedad a tal punto que dificulta establecer vínculos con otras personas, necesidad de ser el centro de atención, sensación de ser engañado continuamente, dificultad para posponer la gratificación, no sentir que hay algo mal con el comportamiento propio, además de culpar continuamente a otras personas o al ambiente por dichos problemas.(2)

Es importante señalar que los trastornos de la personalidad representan un factor de riesgo importante para varias complicaciones médicas y psiquiátricas, tales como lesiones físicas provocadas por accidentes, peleas producto de conductas impulsivas, intentos suicidas, conductas sexuales de riesgo, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos del humor, además de un pronóstico poco favorable para el tratamiento de dichas enfermedades, lo que termina en muchas ocasiones en una notable disfunción (2)

De acuerdo a el DSM-V se pueden clasificar los trastornos de personalidad en: (4)

Trastornos de personalidad del grupo A

- Trastorno de la personalidad Paranoide
- Trastorno de la personalidad Esquizoide
- Trastorno de la personalidad Esquizotípica

Trastornos de la personalidad grupo B

- Trastorno de la personalidad antisocial
- Trastorno de la personalidad límite
- Trastorno de la personalidad histriónica
- Trastorno de la personalidad narcisista

#### Trastorno de la personalidad grupo C

- Trastorno de la personalidad evitativa
- Trastorno de la personalidad dependiente
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

## 2.2 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE o TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

Generalidades: Dentro de ellos el más extensamente estudiado y el de mayor prevalencia es el trastorno de personalidad límite o trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, dentro del ámbito clínico hospitalario la relación de mujeres a hombres con ese trastorno es de 3 a 1 sin embargo la proporción en población general es considerada igual entre hombres y mujeres. (5)

Se calcula un estimado de prevalencia de 1.4% En la población general en Estados Unidos con cifras que varían entre el 1 al 2% en el resto del mundo, además de un 9.3% y un 20% de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos. (5)

En la atención médica en consulta externa psiquiátrica en el Hospital “Fray Bernardino Álvarez” Este padecimiento llega hasta el 30 o 50% siendo la segunda

causa de hospitalización en esta unidad (1)

Un estudio epidemiológico reporta que al menos el 85% de los pacientes con este trastorno tienen por lo menos una comorbilidad psiquiátrica que puede ser trastornos de ansiedad, del ánimo, de uso de sustancias o de alimentación, las manifestaciones agudas de la sintomatología de dichas enfermedades a menudo terminan en pensamientos e ideas suicidas. (6) En muchas ocasiones los pacientes con TLP cumplen criterios para otros trastornos de la personalidad, y en general la prevalencia de comorbilidad con un episodio afectivo depresivo es similar en hombres y en mujeres con TLP (6)

Características clínicas: En los modelos recientes de organización de este desorden se tiende a establecer las dificultades en tres aspectos centrales: (7)

- Dificultades en establecer relaciones, tales como inestabilidad en las relaciones con personas cercanas, trastornos de identidad
- Desregulación afectiva: labilidad afectiva, ataques de ira e intentos excesivos para evitar el abandono
- Desregulación del comportamiento: Impulsividad, conductas suicidas o parasuicida y autolesiones

A esto podemos agregar las notables alteraciones cognitivas, prueba de ellos es el meta-análisis comparativo con grupo de control en los que los pacientes con TLP muestran un significativo desempeño menor en pruebas de atención, flexibilidad cognitiva, aprendizaje y memoria, planeación y velocidad de procesamiento (8)

Para el diagnóstico de este trastorno de acuerdo a los criterios del DSM-5 debe de

cubrir 9 puntos importantes los cuales aparecen algunos con mayor frecuencia que otros:(9)

- Inestabilidad afectiva: 95%
- Ira inapropiada: 87%
- Impulsividad: 81%
- Patrón de relaciones inestables: 79%
- Sensación crónica de vacío: 71%
- Paranoia o disociación: 68%
- Alteraciones en la autoimagen: 61%
- Miedo al abandono: 60%
- Ideas suicidas o autoagresiones: 60%

En muchas ocasiones este trastorno puede ser sobrediagnosticado, especialmente cuando se aplican los criterios de forma indiscriminada, por ejemplo, ira, irritabilidad, demanda de atención, comportamiento arriesgado o autodestructivo, en muchas ocasiones puede ser confundido con síntomas de pacientes con trastorno límite cuando en realidad también se presentan en pacientes con trastorno bipolar, trastornos por uso de sustancias, etc.

### 2.3 TRASTORNOS DEPRESIVOS EN COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

En el estudio de seguimiento a 6 años a partir de los datos de la muestra colectada en el estudio “The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study” (CLPS). Se ve que en este particular seguimiento los pacientes con trastorno de personalidad agregado a un trastorno depresivo tuvieron similar estabilidad a los pacientes con solo el diagnóstico de trastorno de la personalidad, lo que sugiere que los diagnósticos de trastorno de la personalidad que se realizan durante episodios depresivos pueden ser estables. Este estudio es contrario a la creencia general de que el trastorno depresivo puede ser un artefacto del diagnóstico de un trastorno de la personalidad. (10)

No así en el estudio de Melarkin et al. Publicado el mismo año en donde muestran un declive en la estabilidad diagnóstica de los trastornos de la personalidad en los primeros 6 meses tras el inicio el diagnóstico de la ya mencionada comorbilidad, sin embargo el estudio aclara que cuando aparte se agregan dentro de las comorbilidades un trastorno de la ansiedad la estabilidad disminuye aún más. (11)

Lo que es también es claro es que este tipo de padecimientos mejoran con el tratamiento antidepresivo, incluso aun sin la remisión total de los síntomas depresivos.(12)

#### 2.4 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN PSIQUIATRIA

Representa un importante reto en la psiquiatría desde que el primer estudio serio de estabilidad realizado en 1938 revelará que casi el 40% de los pacientes ingresados a una institución psiquiátrica necesitaban una revisión diagnóstica. (13)

En el estudio Inglés de más largo tiempo de seguimiento las categorías

diagnósticas mayores de: Esquizofrenia, depresión, manía, demencia y alcoholismo fueron relativamente estables, menos de la mitad de aquellos con diagnósticos iniciales de estado de ansiedad, estado paranoide, estado confusional, trastorno de personalidad conservaron el mismo diagnóstico en ocasiones posteriores. (14)

En uno de los estudios más grandes realizados recientemente, en un seguimiento a 12 años en España de los padecimientos psiquiátricos crónicos más frecuentes en 10,025 pacientes. Se obtuvo que pacientes vistos en consulta externa tuvieron una estabilidad diagnóstica de 55% en Esquizofrenia, 52% en trastornos del estado de ánimo, que incluye un 23% en trastorno bipolar y un 40% en trastornos depresivos recurrentes, además de un 28.3% en trastornos de la personalidad específicos, los datos cambian en pacientes diagnosticados en el servicio de urgencias, en donde la esquizofrenia alcanza un 73%, el trastorno bipolar un 70% el trastorno depresivo recurrente un 80% y algún trastorno de la personalidad específico llega a 45%. Estas cifras cambian en pacientes diagnosticados durante el internamiento psiquiátrico en donde la estabilidad en esquizofrenia alcanza un 91% en trastorno bipolar un 89%, en trastorno depresivo recurrente un 100% y los trastornos de la personalidad específicos en un 61%(15)

## 2.5 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En la mayoría de los casos las personas con algún trastorno de la personalidad acuden a atención cuando cursan alguna otra enfermedad psiquiátrica, una vez

resuelta esta situación el diagnóstico de trastorno de la personalidad necesita ser nuevamente examinado, en trastornos del afecto tales como episodios depresivos, una vez resuelto el tratamiento con ISRS debe examinarse nuevamente al paciente buscando confirmar un posible diagnóstico de la personalidad, es importante también señalar que se ha mostrado que el tratamiento con ISRS por 24 semanas puede mejorar características de la personalidad, tales como ansiedad en un 11% e irritabilidad en un 9.5% (16). Se ha demostrado que especialmente los trastornos de la personalidad del clúster B tienden a mejorar con el tiempo, especialmente en seguimiento a 12 años, al contrario los trastornos del clúster A pueden empeorar en el mismo periodo de tiempo (16).

En otro seguimiento de 12 a 18 años muestran que ciertos rasgos de la personalidad pueden disminuir a lo largo del tiempo, tales como la irritabilidad y agresividad en el trastorno disocial, o el retraimiento en el trastorno por evitación, sin embargo otros rasgos pueden llegar a incrementarse tales como cambios en el estado de ánimo en el trastorno límite (17). En uno de los estudios más largos realizados, el CLPS muestra que poco menos de la mitad de los pacientes diagnosticados con algún trastorno de la personalidad, se mantienen con todos los criterios diagnósticos tras seguimientos tan cortos como 1 o 2 años, un poco más de la mitad llegan a remisión, la cual es definida como la ausencia de más de 2 síntomas tras 12 meses consecutivos, incluso 10% de los pacientes diagnosticados con trastorno límite muestran remisión a tan solo 6 meses de seguimiento, muchas veces condicionadas a cambios de situación tal como abandono de relaciones conflictivas, remisión de sintomatología depresiva, etc.

Los hallazgos de este estudio sugieren que los trastornos de la personalidad tal vez deberían ser definidos como una constelación de rasgos mal adaptativos, que son estables en su estructura pero que pueden cambiar en severidad o en expresión a lo largo del tiempo. (18)

En este estudio también muestra que ciertos rasgos de la personalidad son más estables que otros, por ejemplo en el trastorno límite de la personalidad el síntoma más estable en el seguimiento a 2 años fue inestabilidad afectiva, seguido de ira inapropiada, y los menos estables a lo largo del tiempo son esfuerzos excesivos para evitar el abandono y autoagresiones. Este estudio también muestra que la comorbilidad de un episodio depresivo mayor con un trastorno de la personalidad empeora el tiempo de remisión de los síntomas depresivos. (18)

En el estudio de Hopwood ,Morey, et al. Y el estudio de Cooper y Balsis et al. Concluyen que los rasgos de la personalidad son los que se mantienen substancialmente más consistentes comparados con la forma clínica de los trastornos de la personalidad, lo que sugiere que existe un continuo de estabilidad de rasgos normales y patológicos de la personalidad contextualizado por la dinámica del sujeto, que sujetos propiamente con un trastorno de la personalidad clínicamente estable. (19) (20)

La personalidad ya sea normal o patológica generalmente mejora con el tiempo y la madurez, esto es encontrando una manera más eficiente de autocontrol, una mejoría en el autoestima, por lo regular la sintomatología que mejoraría en los

pacientes catalogados dentro del clúster B son los síntomas más externos tales como las autoagresiones y el pobre control de la ira. (21)

Los estudios de estabilidad basados en el modelo de análisis de test-retest se han mostrado poco efectivos para obtener información detallada, estos estudios que muestran dos puntos de datos longitudinales representan un diseño extremadamente limitado, principalmente porque los cambios entre estos dos puntos de tiempo son desconocidos, es decir estos estudios no muestran la trayectoria del crecimiento individual de cada paciente. (22)

## 2.6 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN EL TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

Los estudios longitudinales muestran una remisión en seguimiento a largo plazo incluso llegando hasta un 45% de remisión (23) Por ejemplo en estudios prospectivos siguiendo a 290 pacientes, se alcanza un grado de remisión el cual es definido en este caso como la ausencia de criterios diagnósticos por los últimos 2 años en.

-35% En 2 años

-93% En 10 años

99% En 16 años

Dentro de estos el 78% se mantuvo en remisión por 8 años (24) En estos estudios muestran que existen ciertos factores que acortan el tiempo de la remisión, tales son: (25)

- Pacientes con 25 años o menores
- Mantener una buena funcionalidad en el trabajo o escuela
- Sin historial de abuso sexual en la infancia
- Sin historial familiar de abuso de sustancias
- Ausencia de trastornos de ansiedad como comorbilidad
- Que pueda lograr empatía de otras personas

En dichos estudios, 34% de los pacientes llegan a tener alguna recurrencia de la sintomatología. (24)

En un estudio que examina a 286 pacientes con comportamientos suicidas durante la adolescencia reporta altos índices de aparición del trastorno límite de la personalidad con bajos niveles de funcionalidad, altos índices de abuso de sustancias, disfunción familiar y comúnmente aparición de episodios depresivos. En estos pacientes la estabilidad diagnóstica del trastorno alcanza hasta un 76% a 4 años de seguimiento, cabe señalar que en este estudio se establece que el diagnóstico puede llegar a establecerse y a mantenerse estable aún si se realiza en pacientes de hasta 14 años de edad, precisamente este factor acompañado de un bajo nivel de funcionalidad e intentos o comportamientos suicidas durante la adolescencia es lo que predice una mayor estabilidad en el diagnóstico (26)

Inclusive este estudio señala que en el seguimiento a 4 años el 7.8% de pacientes continuaba con comportamientos suicidas, de los cuales el 94.1% permanecían con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, lo que les llevo a la conclusión que el trastorno es un factor de riesgo para suicidio en población

cercana a los 18 años. El dato resulta particularmente interesante en el contexto que los pacientes que padecen este trastorno y lo mantienen de forma estable es probable que tengan los primeros intentos o comportamientos suicidas en la adolescencia (26)

Inclusive se ha llegado a probar que se pueden encontrar factores tales como impulsividad, predominio de pensamientos negativos, además de agresiones a otras personas y autoagresiones en niñas de 6 a 12 años y que también resultan factores predictores para la aparición de este trastorno más tarde. (27)

Finalmente también se ha estudiado las consecuencias en la funcionalidad de los individuos diagnosticados en la adolescencia que permanecen con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de forma estable hasta la edad adulta, se ha visto que los pacientes que cursan una remisión mantienen una funcionalidad relativamente similar y sin significancia clínica con las personas sin el diagnóstico previo del trastorno de la misma edad, no así las personas que continúan con el diagnóstico, las cuales presentan una disfunción clínicamente significativa de moderada a leve, comparado a las personas en remisión o a las personas sin el diagnóstico previo, (28)

Ante este panorama el consenso es que una intervención temprana puede mejorar el pronóstico de estos pacientes, es decir la intervención desde la adolescencia debería de ser la regla y no la excepción, existe poca evidencia de la eficacia de la intervención farmacológica, hasta ahora el estándar es la intervención psicosocial, existe evidencia de que los programas de intervención temprana pueden ser

efectivos, especialmente en niños y adolescentes que presentan factores de riesgo como comportamientos suicidas, comportamiento disruptivo y síntomas depresivos. (29)

Se ha sugerido que el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad es en realidad un híbrido entre rasgos estables de personalidad y comportamientos sintomáticos que se expresan intermitentemente (18) Inclusive se ha propuesto que este trastorno sea colocado dentro del eje 1 de enfermedades psiquiátricas. (30)

En la sección de estadística de este hospital se han reportado en el periodo comprendido de 2011 al 2015 un total de 1123 usuarios con diagnóstico de 1ra vez de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, con un total de 842 usuarios mujeres (74%) y 281 usuarios hombres (26%) Siendo el año en donde más se ha diagnosticado en el 2011 en donde se realiza el diagnóstico un total de 291 ocasiones (228 mujeres y 63 hombres y el 2012 en donde se diagnostica en un total de 242 usuarios (185 mujeres y 57 hombres).

## 2.7 ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL EJE II DEL DSM IV (SCID-2)

Es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de los 10 trastornos de la personalidad en el DSM-IV así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. Los cuales se encuentran en el anexo del DSM-IV, es SCID-2 puede usarse para formular diagnósticos del eje 2 de forma tanto categorial como dimensional, se puede

utilizar tanto en el ámbito de la investigación como en el de la práctica clínica, Dentro de la clínica el SCID-2 Puede utilizarse para confirmar o documentar uno o más presuntos diagnósticos de trastorno de la personalidad. (31)

Los orígenes del SCID-2 se remontan a las etapas iniciales de la entrevista clínica estructurada para el DSM-III, en 1984, los estudios de campo para la fiabilidad de este estudio se realizaron en 1995, y la versión final para el DSM-IV fue publicada en su versión en inglés en 1997. Desde entonces es uno de los métodos más fiables en investigación en trastornos de la personalidad. (31)

### **3. METODO**

#### **3.1 JUSTIFICACIÓN**

El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad se presenta con múltiples manifestaciones clínicas en los servicios de atención psiquiátrica, se distingue por una importante inestabilidad afectiva y del comportamiento (1). Lo que explica que se presente con alteraciones conductuales graves provocadas por la impulsividad, comportamientos suicidas o parasuicidas recurrentes, estados psicóticos breves, e inclusive fenómenos disociativos y comorbilidades como depresión, trastornos por abuso de sustancias o trastornos de ansiedad. De tal manera que cuando son vistos en el servicio de urgencias puede llegar a establecerse un diagnóstico inexacto, sin duda este tipo de diagnósticos debe realizarse definitivamente de forma longitudinal a lo largo del seguimiento en consulta, no únicamente durante una valoración en el servicio de urgencias.

Este estudio consiste en observar que tan frecuentemente se ha tenido que cambiar el diagnóstico en un seguimiento a lo largo de los últimos 5 años en consulta externa de esta unidad, entendiendo que en muchas ocasiones una vez pasada la situación crítica que motivo la búsqueda de atención médica, la sintomatología puede orientar a otro tipo de padecimiento psiquiátrico, de aquí la importancia de estudiar la estabilidad de los diagnósticos que se establecen

Es un tema poco estudiado en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, únicamente se ha realizado un trabajo de tesis sobre estabilidad diagnóstica y fue específicamente sobre estabilidad en el primer episodio psicótico en seguimiento retrospectivo a 2 años y no se ha realizado nada sobre estabilidad diagnóstica en trastornos de la personalidad.

### 3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante conocer la estabilidad diagnóstica del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” En pacientes en seguimiento en el área de consulta externa, que continúan acudiendo a consulta médica y que el diagnóstico inicial o diagnóstico probable fuera establecido hace por lo menos 5 años, a dichos pacientes se les realizará la escala la entrevista clínica estructurado para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II) Específicamente la sección para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. Para respaldar la fiabilidad del diagnóstico clínico final asentado en el expediente.

La ganancia del estudio consiste en conocer la estabilidad de los diagnósticos que se establecen en las instancias iniciales de atención en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” Ya sea consulta externa o el servicio de urgencias. Además del curso del padecimiento a lo largo de 5 años de seguimiento.

- ¿El diagnóstico de inestabilidad emocional de la personalidad se mantiene constante y sin cambios en menos del 50% de los pacientes en seguimiento durante por lo menos los últimos 5 años en consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
- ¿Existen cambios en la estabilidad diagnóstica del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad si el establecimiento inicial del diagnóstico se realiza cuando el paciente se encuentra cursando de forma comorbida un trastorno depresivo?.

### 3.3 OBJETIVOS:

Objetivo General: Conocer la estabilidad diagnóstica del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en pacientes con por lo menos 5 años de seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Objetivos específicos:

- Determinar si existe uno o más cambios en el diagnóstico en pacientes diagnosticados inicialmente como trastorno de inestabilidad emocional de la

personalidad en un seguimiento a 5 años en consulta externa en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

- Determinar si existe un cambio en la estabilidad diagnóstica del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad si cuando se realiza el diagnóstico inicial se acompaña de un trastorno depresivo de forma comorbida
- Determinar si existe un cambio en la estabilidad diagnóstica del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad si se realiza el diagnóstico inicial en el servicio de urgencias o en consulta externa

### 3.4 HIPOTESIS

H1: Más del 50% de los sujetos del estudio tendrán uno o más cambios diagnósticos en el seguimiento de por lo menos 5 años en consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Ho1: Menos del 50% de los sujetos del estudio tendrán uno o más cambios diagnósticos en el seguimiento de por lo menos 5 años en consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

H2: La estabilidad diagnóstica del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad disminuye cuando el diagnóstico inicial está acompañado de un trastorno depresivo de forma comorbida

Ho2: La estabilidad diagnóstica del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad no se altera cuando el diagnóstico inicial está acompañado de un trastorno depresivo de forma comorbida

### 3.5 VARIABLES

- **Características socio-demográficas:** Se denomina así al conjunto de características que describen la estructura social y demográfica presente en la población de estudio.

- Edad.
- Género

- **Presencia de comorbilidad psiquiátrica trastorno depresivo al momento del diagnóstico inicial:** Presencia o ausencia del trastorno depresivo o de alguna otra comorbilidad psiquiátrica al momento de realizarse el diagnóstico inicial del trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad.

- **Estabilidad diagnóstica:** Mantenimiento del diagnóstico inicial sin cambios en el mismo durante un periodo de tiempo determinado.

- **Lugar en donde se establece el diagnóstico inicial:** Si el diagnóstico es establecido en el servicio de urgencia o en el servicio de consulta externa

- **Resultados de SCID-II TLP:** Si ante la realización de la fracción de la escala SCID-II para trastorno límite de la personalidad supera o no el umbral para el diagnóstico.

<b>TABLA 1. Conceptualización, operacionalización y nivel de medición de variables de investigación.</b>			
<b>Variable</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Operacionalización</b>	<b>Nivel de medición.</b>
<b>Comorbilidad psiquiátrica trastorno depresivo al momento del diagnóstico inicial</b>	Presencia de trastorno depresivo acompañando al diagnóstico inicial de trastorno de la personalidad o la ausencia de dicha comorbilidad.	Se obtendrá la información del expediente clínico.	Nominal
<b>Edad.</b>		Se determinará en años cumplidos.	Razón.
<b>Género.</b>		Se identificará como: 1. Masculino. 2. Femenino.	Nominal.
<b>Estabilidad diagnóstica</b>	Se define como la permanencia del mismo diagnóstico desde que se realiza el diagnóstico inicial a cierto tiempo determinado, es especialmente relevante en enfermedades crónicas como lo son muchas de las enfermedades psiquiátricas.	Se identificará en el expediente médico y se obtendrá la información del mismo. Y se realizara escala SCID-2 sección TLP para apoyar la fiabilidad diagnóstica	Ordinal
<b>Lugar donde se establece el diagnóstico inicial</b>	El sitio en donde se establece el diagnóstico inicial en el hospital, de lo hoja de valoración inicial de urgencias o la de consulta externa	Se identificara en el expediente médico como: 1. Urgencias 2. Consulta externa	Nominal
<b>Resultado SCID-II</b>	Resultado de la realización de la sección de diagnóstico del trastorno límite de la personalidad del SCID-II	Se identificara su supera el umbral para el diagnóstico. 1. Supera el umbral para el diagnóstico de TLP. 2. No supera el umbral para el diagnóstico de TLP	Nominal

### 3.6 MUESTRA.

Se seleccionaron sujetos por muestreo no probabilístico, intencional por cuota que acudan a seguimiento a consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” Tanto sujetos se pudieron recolectar en el periodo de tiempo de Agosto del 2016 a Febrero del 2017 y que cumplieron los criterios de inclusión.

### 3.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 3.7.1 Criterios de inclusión.

- Personas mayores de 22 años de edad en seguimiento por un mínimo de 5 años en consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, que tengan como diagnóstico inicial trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o probable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, acompañados o no acompañados de algún otro padecimiento psiquiátrico comorbido.
- Genero femenino y masculino.
- Cualquier nivel educativo y estrato socioeconómico.
- Que no estén cursando una reagudización de sintomatología de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, que ponga en riesgo la integridad del paciente y que ameriten la canalización inmediata a urgencias.
- Que no presenten limitación auditiva y/o visual importante que limite la interacción y la realización de la entrevista o la escala

- Que cuenten con expediente clínico activo y localizable en la sección de expedientes clínicos, con un número menor a 152000
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

### **3.7.2 Criterios de exclusión.**

- Que presenten limitación auditiva y/o visual importante que limite la interacción y la realización de la entrevista o la escala
- Que no acepten participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.
- Que estén en reagudización de enfermedad psiquiátrica que ponga en riesgo su integridad y que ameriten valoración en el servicio de urgencias
- Que tengan menos de 5 años de seguimiento en consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Que el diagnóstico inicial establecido no sea trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o probable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- Que no cuenten con expediente activo o que el expediente no sea localizado.

### **3.8 ALCANCE DEL ESTUDIO**

Observacional, transversal descriptivo y comparativo

### 3.9 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- Se utilizó un cuadro de concentración de datos, que funcionó como base de datos para el análisis estadístico. (Ver anexo)
- Se utilizó la Escala de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-2) En su versión en español y la sección de TLP para reforzar la fiabilidad diagnóstica asentada en el expediente clínico.

La escala SCID-2 es una de las más empleadas para el uso en clínica y en investigación de los trastornos de la personalidad. Una de las formas para usarse es como confirmatoria diagnóstica de algún trastorno de la personalidad.

Consta de 119 preguntas las cuales abarcan los criterios diagnósticos de 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV además del trastorno depresivo y el pasivo agresivo de la personalidad. A sección sobre el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad es de las preguntas 90 a 114

La confiabilidad de la escala se ha medido de forma continua a lo largo del tiempo, la más reciente fue por Lobbeasteal et. Al en 2011 que encuentra un índice de confiabilidad alto. Con un índice kappa de 0.91/0.93/0.95 en las pruebas de test-retest para los tres grupos de pacientes estudiados con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, lo que da un índice de confiabilidad bastante alto para este trastorno. También muestra un índice kappa de 0.78/0.78/0.85 para el trastorno disocial de la personalidad el cual resulta de igual forma con una confiabilidad suficiente, el resto de trastornos de la personalidad se sitúan en un índice kappa entre estos dos rangos de 0.78 a 0.95. Por lo que es

una herramienta confiable para la confirmación diagnóstica de algún trastorno de la personalidad. (32)

#### **4. PROCEDIMIENTO**

1) Se presentó el protocolo ante el comité de investigación y de ética en investigación el 5 de julio de 2016, posteriormente se realizaron las correcciones solicitadas y una vez aprobado se solicitó al jefe del servicio de consulta externa su autorización para el inicio del protocolo, se comenzó a reclutar la muestra en el área de consulta externa de esta unidad hospitalaria.

2) Se realizaron la selección de sujetos con edad mínima de 22 años y un mínimo de seguimiento de 5 años en consulta externa con el diagnóstico inicial de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Durante el periodo comprendido entre los meses de Agosto del 2016 y Febrero del 2017 con un número de expediente menor o igual al 152000.

3) Se proporcionó al usuario toda la información sobre la realización de la investigación y se le invitó a participar en el estudio, describiéndole el tiempo aproximado de recolección de datos y administración de los instrumentos el cual es de media hora, los beneficios que podría conllevar el participar en el mismo y se le dio a leer a cada uno la carta de consentimiento informado y una vez que aceptaron participar se les solicitó firmar el documento.

4) En una sola sesión por paciente, se aplicó la cedula de recolección de datos con el objetivo de recabar la ficha de identificación,

datos socio-demográficos, además de realizarse la aplicación de la escala SCID-2 sección TLP (15 preguntas) Con un tiempo estimado de realización de media hora. Posterior a esto se obtuvo el resto de datos del expediente clínico los cuales fueron puestos en el cuadro de concentración de datos.

El material utilizado para esto fueron fotocopias del instrumento SCID-2 y de la cedula de recolección de datos, además de fotocopias de los consentimientos, se usaron un bolígrafo, o lápiz para el llenado, Todo esto fue cubierto en su totalidad por el Médico Residente por lo que el estudio no tuvo costo alguno para el paciente.

5) Una vez obtenidos los datos, fueron capturados en la base de datos mediante el programa SPSS 20 y se realizó el análisis estadístico en el mes de Marzo del 2017

6) Se realizó la discusión de los resultados y las conclusiones en el mes de abril del 2017

7) En Mayo del 2017 se entregó la tesis concluida.

#### 4.1 PLAN DE MANEJO ESTADÍSTICO.

Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS Statistics 20.0. Las diferentes variables del estudio se resumen con los datos estadísticos descriptivos correspondientes, tales como medidas de tendencia central (Media) Y de dispersión (Desviación estándar) para las variables cuantitativas, frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, los contrastes de variables se realizarán con prueba de chi cuadrada o test exacto de Fisher según las condiciones.

## 5. CONSIDERACIONES ETICAS.

Se sometió la evaluación por el comité de ética en investigación del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el estudio se realizó de acuerdo con la ley del Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud:

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las

autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría

**TITULO SEGUNDO (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos).** **CAPITULO I. ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, según el reglamento la presente investigación se clasifica como de **RIESGO MINIMO**. En concordancia con lo anterior, se respetó la confidencialidad de los sujetos utilizados en el estudio y considerando el TÍTULO SEXTO (De la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud) CAPITULO ÚNICO, ARTÍCULO 113, ARTÍCULO 115 y ARTÍCULO 116, se refiere lo siguiente:

**ARTÍCULO 113.-** La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

**ARTICULO 115.-** Las investigaciones se desarrollarán de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

**ARTICULO 116.-** El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio.

Asimismo, el estudio consideró los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki y la Asociación Médica Mundial en lo que respecta a la investigación médica y diseño de proyectos de investigación con respecto al derecho de los participantes en una investigación y al Código de Núremberg (consentimiento informado). La información fue obtenida directamente del paciente, con las normas éticas establecidas para el manejo de la información acorde a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; por esta razón, se proporcionó una descripción completa del estudio a los posibles participantes, con un consentimiento informado escrito donde se explica con qué fines se realiza el estudio en forma clara y explícita.

El manejo de la información se realizará acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico que versa sobre lo siguiente:

1. Se mantendrá en el anonimato el nombre de los pacientes a quienes pertenecen los expedientes incluidos en el estudio.
2. La información se manejará con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.

3. No se gratificara monetariamente ni se les cobrara a los pacientes que participen en el estudio.
4. Con respecto a los resultados obtenidos se intentará realizar su publicación para difusión y uso de los resultados a favor del bienestar de los pacientes, por lo que en caso de identificar algún paciente que se sospeche algún o confirme algún otro diagnóstico, se dio aviso a su médico tratante.
5. No existe conflicto de intereses en el desarrollo del protocolo.
6. Los gastos del material derivados del estudio fueron absorbidos por el investigador. En este caso por el Médico Residente

## 6. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 45 pacientes que cumplían los criterios de ingreso al estudio y firmaron la carta de consentimiento 41 mujeres y 4 hombres.

Tabla 2. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	41	91.1
Masculino	4	8.9
Total	45	100.0

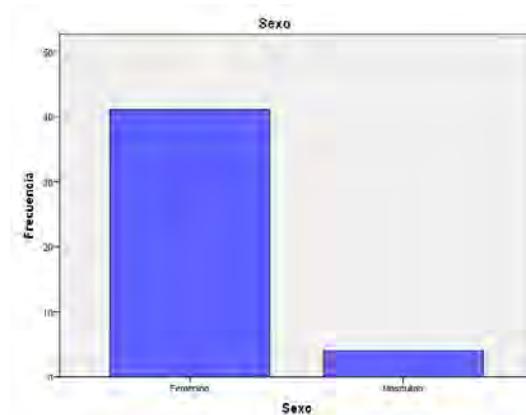


GRAFICO1. SEXO

La edad promedio fue de 36 años (Desviación estándar de 10.9) con edad mínima de 22 años y edad máxima de 59 años

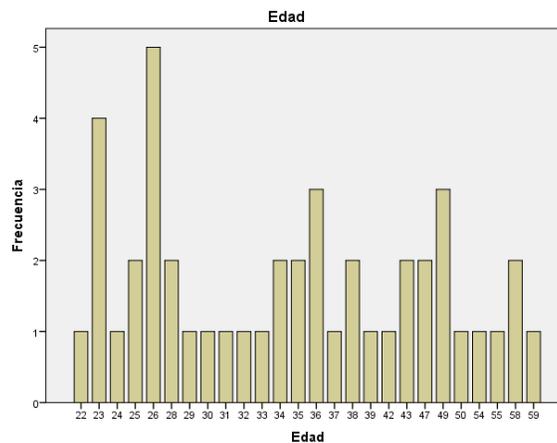


GRAFICO 2. EDAD

En un total de 25 pacientes se establece el diagnóstico inicial de trastorno límite de la personalidad acompañados de un trastorno depresivo (Que incluyen episodio depresivo leve, moderado o grave, trastorno depresivo recurrente, trastorno mixto ansioso depresivo y distimia).

Un total de 20 pacientes fueron ingresados con el diagnóstico inicial de trastorno límite de la personalidad con único diagnóstico o acompañado de otra enfermedad comorbida que no sea depresión

GRAFICO 3. Diagnóstico Inicial

Tabla 3. Diagnóstico Inicial

		Frecuencia	Porcentaje
	TLP con Trastorno depresivo	25	55.6
	TLP sin Trastorno depresivo	20	44.4
	Total	45	100.0

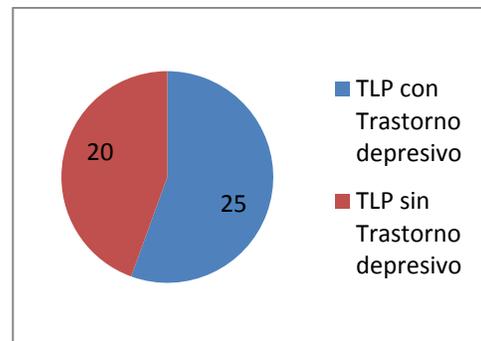
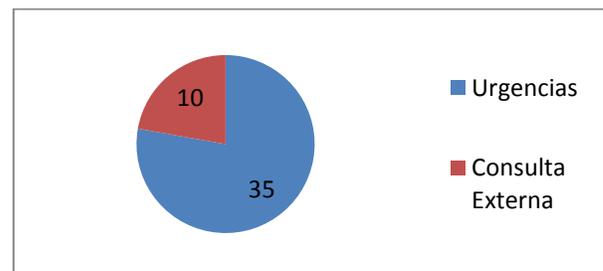


GRAFICO 4. Lugar donde se establece el diagnóstico

Tabla 4. Lugar en donde se establece el diagnóstico inicial

	Frecuencia	Porcentaje
Urgencias	35	77.8
Consulta Externa	10	22.2
Total	45	100.0



A partir de la información del expediente clínico se obtuvieron los diferentes cambios diagnósticos a lo largo de 5 años de seguimiento en esta unidad

**Tabla 5. Cambios del diagnóstico en año 1**

		Frecuencia	Porcentaje
	Sin cambios	34	75.6
	Con cambios	11	24.4
	Total	45	100.0

**Tabla 6. Cambios del diagnóstico en año 2**

		Frecuencia	Porcentaje
	Sin cambios	31	68.9
	Con cambios	14	31.1
	Total	45	100.0

**Tabla 7. Cambios del diagnóstico en año 3**

		Frecuencia	Porcentaje
	Sin cambios	36	80.0
	Con cambios	9	20.0
	Total	45	100.0

**Tabla 8. Cambios del diagnóstico en año 4**

		Frecuencia	Porcentaje
	Sin cambios	40	88.9
	Con cambios	5	11.1
	Total	45	100.0

**Tabla 9. Cambios del diagnóstico en año 5**

		Frecuencia	Porcentaje
	Sin cambios	37	82.2
	Con cambios	8	17.8
	Total	45	100.0

Se obtiene de estos resultados que el segundo año de seguimiento fue el año en donde se realizaron cambios en el diagnóstico a la mayor cantidad de pacientes, siendo en 14 de ellos en donde se realizaron cambios lo que corresponde al 31%

**Tabla 10. Total de cambios**

		Frecuencia	Porcentaje
	Sin cambio	24	53.3
	1 cambio de diagnóstico	3	6.7
	2 cambios de diagnóstico	12	26.7
	3 cambios de diagnóstico	5	11.1

	4 cambios de diagnóstico	1	2.2
	Total	45	100.0

En total 24 pacientes permanecieron sin cambios en el diagnóstico en el seguimiento a 5 años, de donde se puede deducir que la estabilidad diagnóstica de la muestra representa un 53.3% en un seguimiento a 5 años. El 26.7% tuvo un total de 2 cambios en el diagnóstico y un 11.1% tuvo 3 cambios en el diagnóstico en el seguimiento en este lapso de tiempo.

GRAFICO 5. Total de cambios en el diagnóstico

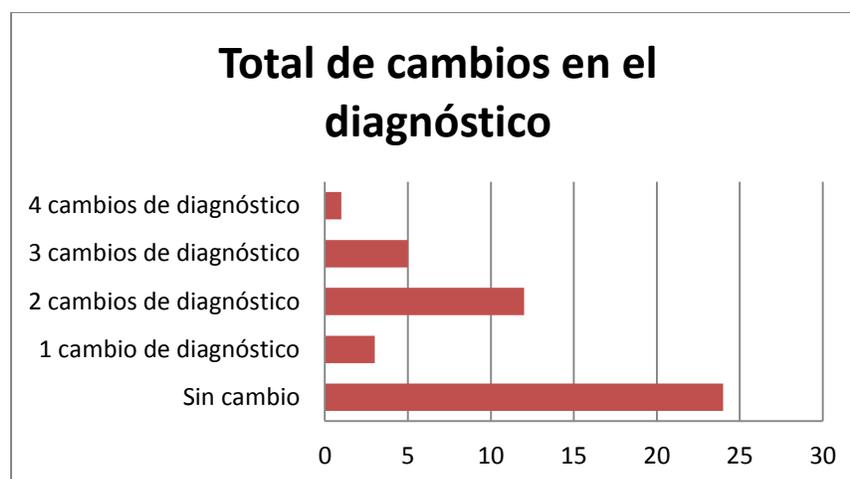


Tabla 11. Diagnóstico final

	Frecuencia	Porcentaje
TLP	14	31.1
TLP + Trastorno depresivo	9	20.0
TLP + Trastorno por consumo de sustancias	4	8.9
TLP + Trastornos por alimentación	3	6.7
TLP + Trastornos de ansiedad	4	8.9
TLP + TDAH	3	6.7
NO TLP	8	17.8
Total	45	100.0

En los diagnósticos finales en el expediente clínico en total de 8 pacientes (17.8%) a un seguimiento de 5 años terminaron con otro diagnóstico, en un total de 14 pacientes el expediente reporta como diagnóstico final únicamente el trastorno límite de la personalidad, el trastorno comorbido que con más frecuencia se acompaña es el trastorno depresivo con una frecuencia de 9 pacientes (20%) como segunda frecuencia comorbida se encuentra el trastorno por consumo de sustancias en una frecuencia de 4 (8.9%) y los trastornos de ansiedad con una frecuencia de 4 ( 8.9%%) en tercer término los trastornos de alimentación y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad ambos con una frecuencia de 3 (6.7%).

**Tabla 12. Resultados de escala SCID-II para TLP**

		Frecuencia	Porcentaje
	Supera umbral para diagnóstico de TLP	39	86.7
	No supera umbral para diagnóstico de TLP	6	13.3
	Total	45	100.0

Como resultado de la realización de las escala de SCID-II para el establecimiento de diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, el 86.7% de la muestra supera el umbral para el diagnóstico y el 13.3% no lo supera, pero si mantiene el diagnóstico clínico en el expediente.

Tabla 13. Total de cambios comparativo TLP Depresión y TLP sin depresión			
Dx inicial		Frecuencia	Porcentaje
TLP con Trastorno depresivo	Sin cambio	11	44.0
	1 cambio de diagnóstico	3	12.0
	2 cambios de diagnóstico	6	24.0
	3 cambios de diagnóstico	4	16.0
	4 cambios de diagnóstico	1	4.0
	Total	25	100.0
TLP sin Trastorno depresivo	Sin cambio	13	65.0
	2 cambios de diagnóstico	6	30.0
	3 cambios de diagnóstico	1	5.0
	Total	20	100.0

El 44% de los pacientes con diagnóstico inicial de trastorno límite de la personalidad + Trastorno depresivo se mantuvieron sin cambios en el diagnóstico en el seguimiento a 5 años y el 66% si tuvieron cambios en el diagnóstico el 65% de los pacientes con diagnóstico inicial del trastorno límite de la personalidad sin trastorno depresivo acompañante se mantuvieron sin cambios, y el 35% tuvieron cambios diagnósticos en el seguimiento.

		Tabla 14. Total cambios comparativo Urgencias y Consulta Externa					Total de cambios
		Sin cambio	1 cambio de diagnóstico	2 cambios de diagnóstico	3 cambios de diagnóstico	4 cambios de diagnóstico	
Lugar en donde se establece el diagnóstico inicial	Urgencias	20	1	11	2	1	15
	Consulta Externa	4	2	1	3	0	6
Total		24	3	12	5	1	21

De los 35 pacientes con diagnóstico inicial establecido en el servicio de urgencias un total de 20 se mantuvieron sin cambios en el diagnóstico y 15 tuvieron cambios lo que representa un 42% del total de pacientes en urgencias con cambios en el diagnóstico y una estabilidad en el 58% en seguimiento, en cambio de los 10 pacientes con diagnóstico inicial el consulta externa un total de 4 se mantuvieron sin cambios (Estabilidad diagnóstica de 40%) y un total de 6 tuvieron cambios (60%)

## 7. DISCUSIÓN

Se obtuvo una muestra total de 45 participantes en el estudio, los cuales fueron 41 mujeres y 4 hombres, con un predominio de 9:1 de mujeres respecto a hombres, a pesar de que en las revisiones en población general la proporción entre hombres y mujeres es similar (5), se confirma que la población femenina es quien más solicita atención clínica. Si bien la muestra obtenida representa un tamaño pequeño, situación habitual que podría explicarse por el poco seguimiento de una gran cantidad de pacientes, teniendo en cuenta que tras tres años sin acudir a algún tipo de atención a la unidad psiquiátrica el expediente es depurado.

La edad promedio es de 36 años siendo la edad más frecuente 26 años que se presentó en 5 pacientes, un total de 35 paciente tuvieron como diagnóstico inicial el de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad acompañado de trastorno depresivo, siendo más frecuente que se acompañe con el diagnóstico de episodio depresivo y el de trastorno depresivo recurrente, lo que coincide con la literatura sobre el tema que indica que la comorbilidad más frecuente son los trastornos del estado de ánimo (33). En nuestra unidad los lugares iniciales de atención son el servicio de urgencias y el servicio de consulta externa, en este estudio tres cuartas partes de los diagnósticos fueron establecidos en el servicio de urgencias, lo que muestra la muchos de estos pacientes tienen que pasar por episodios agudos para buscar atención médica, lo cual puede ser visto con gran frecuencia en las unidades de atención de urgencias psiquiátricas o urgencias médicas no psiquiátricas, dicho tema es una problemática en la cultura de salud mental de todo el país, el estigma que representa la atención médica psiquiátrica

puede ser un factor que contribuye a que se recurra de primera fuente a dichos servicios de urgencias.

Un total de 24 pacientes de mantuvieron sin cambios en el diagnóstico en el seguimiento a 5 años lo que representa una estabilidad diagnóstica de 53% lo que descarta la primera hipótesis del estudio, la estabilidad diagnóstica de los trastornos de la personalidad si puede superar el umbral del 50%. En varios pacientes durante el seguimiento a pesar de tener cambios en el diagnóstico en el diagnóstico final si se establece el trastorno límite de la personalidad, únicamente el 17% de los pacientes culminaron con un diagnóstico diferente, lo que muestra que durante los periodos de estabilidad puede establecerse un diagnóstico diferente que a final de cuentas muchas veces vuelve a cambiarse cuando llegan nuevos episodios agudos, lo cual demuestra lo sugerido en la literatura sobre que para establecer esta entidad lo importante es que lleve un seguimiento y que sólo a través de la observación longitudinal puede establecerse el diagnóstico con la mayor exactitud posible (5)

En el presente protocolo también se examina que tanto puede modificarse el diagnóstico cuando inicialmente se establece con una comorbilidad como la depresión, de los 25 pacientes en estas condiciones únicamente 11 (44%) se mantuvieron sin cambios y el resto (66%) se mantuvieron con uno o más cambios, en cambio cuando se estableció el diagnóstico de trastorno límite sólo o con alguna otra comorbilidad que no sea depresión de los 20 pacientes 13 se mantuvieron sin cambios (65%) y el resto con uno o más cambios (35%) Lo que muestra que al menos en este caso si afecta en el seguimiento que el diagnóstico

inicial este acompañado de un trastorno depresivo, a este respecto la literatura es contradictoria, en un estudio reciente se ha mostrado que en general no hay cambios significativos (10) Pero la tendencia tradicional y otros estudios (11) muestran que si puede haber interferencia en la estabilidad los trastornos del eje 1 de las enfermedades psiquiátricas, algo que aun con la muestra pequeña obtenida se pudo ver en este estudio, lo que confirma la segunda hipótesis.

Finalmente como dato añadido comparando la estabilidad diagnóstica de los pacientes con diagnóstico inicial en urgencias que fue de 58% fue superior respecto a la estabilidad diagnóstica de los pacientes diagnosticados en consulta externa que fue de 40%

Es recomendable que se realicen más estudios sobre este tema y que se obtenga una muestra mayor, además de realizar estudios prospectivos sobre estabilidad diagnóstica, valdría la pena mantener un seguimiento a 5 años de estos pacientes y establecer un nuevo corte para verificar la estabilidad diagnóstica a 10 años, todo esto con el fin de mejorar los procedimientos diagnósticos en un tema tan complejo como los trastornos de la personalidad y en concreto el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

## 8. CONCLUSIONES

La importancia de conocer la estabilidad de los diagnósticos que establecemos es para mejorar la forma en que los realizamos, lo que se ha demostrado en múltiples estudios es que el diagnóstico de trastorno de la personalidad no debe realizarse en una sola consulta, como muestra este protocolo una gran cantidad de pacientes con estas características son vistos en primera instancia en un servicio de urgencias durante un episodio agudo de alteración del estado de ánimo o del comportamiento y en estas consultas se tiene la costumbre de aventurarse a realizar el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad lo que a largo plazo muestra no ser necesariamente exacto.

La intención de este estudio es mostrar que puede cambiar el diagnóstico en un seguimiento a 5 años, en este caso el 47% de los sujetos de la muestra tuvieron desde 1 a 4 cambios en el diagnóstico establecido en el expediente, y que el diagnóstico de trastorno depresivo como una comorbilidad en el diagnóstico inicial puede cambiar significativamente la estabilidad del diagnóstico del trastorno de la personalidad.

Ante lo cual sugerimos que si se tiene la sospecha de tratarse de este diagnóstico en la valoración inicial únicamente establecerlo como sospecha diagnóstica y sugerir seguimiento para corroboración del mismo, además de que valdría la pena realizar un seguimiento en los próximos años para los pacientes de este estudio para continuar observando la estabilidad en el diagnóstico.

Todo esto con el fin de ofrecer una mejor atención a nuestros usuarios la importancia de realizar un diagnóstico definitivo únicamente cuando se tengan

todos los elementos pude ayudar en establecer una adecuada alianza y una mejor perspectiva del tratamiento a corto y a largo plazo que es finalmente nuestro objetivo en la atención a la salud mental

#### 9. Referencias Bibliográficas:

1. Reza Garduño Horacio, Gonzalez Socorro, Figueroa Rodrigo, Garduño Yasmn, Martínez Xochitl, Mendoza José ZI. Guías para la práctica clínica en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez-. 1st ed. México DF: Springer Healthcare; 2014. 237-249 p.
2. Hermann R. 4/6/2016 Personality disorders Official reprint from UpToDate ® www.uptodate.com ©2016 UpToDate ®. 2016;1–17.
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. 1st ed. El Sevier Masson; 2002. 765-816 p.
4. American Psychiatric Association. DSM-5 Guia de consulta de los criterios diagnósticos. 1ra ed. DSM-5: Novedades y Criterios Diagnósticos. Editorial Panamericana; 2014. 359-371 p.
5. Hermann R. 16/5/2016 Borderline personality disorder: Epidemiology, clinical features, course, assessment, diagnosis, and differential diagnosis Official reprint from UpToDate ® www.uptodate.com ©2016 UpToDate ®. 2016;1–16.

6. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW KR. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553–64.
7. Sainslow Grilo, C.M., McGlashan, T.H. CA. Factor analysis of DSM-III-R borderline personality criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1629–33.
8. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Res*. 2005;137(3):191–202.
9. McGlashan, Thomas. Grilo, CarlosM, Charles A. Sanislow ER. Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive- Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):883–9.
10. Morey LC, Ph D, Shea MT, Ph D, Markowitz JC, Stout RL, et al. State Effects of Major Depression on the Assessment of Personality and Personality Disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;(May):528–35.
11. Melartin TK, Haukka J, Rytysälä HJ, Jylhä PJ, Isometsä ET. Categorical and dimensional stability of comorbid personality disorder symptoms in DSM-IV major depressive disorder: a prospective study. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(3):287–95.
12. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA. Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatr Scand*.

- 2010;122(3):219–25.
13. Masserman, JH. Carmichael H. Diagnosis and prognosis in psychiatry. *J Ment Sci.* 1938;83:893–946.
  14. Kendell R. La estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. *Stab Psychiatr diagnoses.* 2005;12(6):240.
  15. Baca-garcia E, Perez-rodriguez MM, Basurte-villamor I, Fernandez AL, Moral DEL, Jimenez-arriero MA, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatr.* 2007;(438 622).
  16. Tyrer P, Seivewright H. The stability of personality disorders. *Psychiatry.* 2005;4(3):29–31.
  17. Nestadt Gerald, Chongzhi Di, J F Samuels, O J Bienvenu, I M Reti, P Costa W, W Eaton and KB-R. The Stability of DSM Personality Disorders over Twelve to Eighteen Years. *J Psychiatr Res.* 2010;148(4):825–32.
  18. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Thomas H, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Overview and Implications. *J Pers Disord.* 2005;19(5).
  19. Hopwood, Christopher J. Morey, Leslie C.. Donelan M B et al. Ten year rank-order stability of personality traits and disorders in a clinical sample. *J Pers.* 2013;48(Suppl 2):1–6.
  20. Luke D. Cooper, Steve Balsis and TFO. Aging: Empirical Contribution A Longitudinal Analysis of Personality Disorder Dimensions and Personality

- Traits in a Community Sample of Older Adults: Perspectives from Selves and Informants. *J Pers Disord.* 2014;28(1):151–65.
21. Gutiérrez F, Vall G, Peri JM, Baillés E, Ferraz L, Gárriz M, et al. Personality Disorder Features Through the Life Course. *J Pers Disord.* 2012;26(5):1–12.
  22. Lenzenweger MF, Lenzenweger MF, Johnson MD, Johnson MD, Willett JB, Willett JB. Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:1015–24.
  23. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2012;169(5):476–83.
  24. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Garrett F. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2010;167(6):663–7.
  25. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2006;163(5):827–32.
  26. Greenfield B, Henry M, Lis E, Slatkoff J, Guilé JM, Dougherty G, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(4):397–406.
  27. Stepp S, Pilkonis P a, Hipwell AE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Stability

- of borderline personality disorder features in girls. *J Pers Disord.* 2010;24(4):460–72.
28. Skodol, Andrew E. Johnson, Jeffrey. Cohen P et al. Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *Br J Psychiatr.* 2007;1983:415–20.
29. Chanen A, Jovev M, McCutcheon L, Jackson H, McGorry P. Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Curr Psychiatry Rev.* 2008;4(1):48–57.
30. Tyrer P. Primary Article for Discussion Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personal Ment Health.* 2009;95(March 2014):86–95.
31. First, Gibbon. Spitzer, Williams MM. *Guia del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV.* 1st ed. Barcelona España: Masson; 1999. 1-91 p.
32. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID 1) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother.* 2011;18(1):75–9.
33. Shea MT, Stout RL, Yen S, Pagano ME, Skodol AE, Morey LC, Gunderson JG, McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Bender DS, Zanarini MC. *J Abnorm Psychol.* 2004;113(4):499.

**10. ANEXOS:****CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

**Título del protocolo:** “Estabilidad diagnóstica del trastorno de Inestabilidad emocional de la Personalidad”

**Investigador principal:** Dr. Antonio Camacho Martínez

**Dirección y teléfono del Investigador Principal:**

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

San Buenaventura No. 2, Tlalpan, 14000 Ciudad de México

Tel: 01 55 5573 1500 Horarios de Lunes a Viernes de 09:00hrs a 14:00hrs

**Sede donde se realizará el estudio:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**Nombre del paciente:**

---

**Expediente:**

---

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

La estabilidad diagnóstica resulta relevante para el ejercicio de la práctica psiquiátrica, es importante observar con qué frecuencia los diagnósticos tienden a ser cambiados durante el seguimiento en una unidad en consulta externa, para mejorar nuestros procedimientos para elaborar diagnósticos

**2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Determinar la estabilidad diagnóstica en el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en un seguimiento a 5 años en la consulta externa de esta unidad

**3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Identificar si se han realizado cambios en su diagnóstico inicial a lo largo del seguimiento en esta institución además de ayudar a corroborar o descartar el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de a personalidad.

**4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le aplicara una cedula de identificación, y se administra una escala de criterios diagnósticos de trastornos de la personalidad. Una vez valorados todos los participantes se realizara el análisis y posteriormente la publicación de los resultados obtenidos

**5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO**

El presente estudio presenta un riesgo mínimo para usted.

## 6. ACLARACIONES

- ✓ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirá pago por su participación.
- ✓ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- ✓ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- ✓ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## 7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

**Título del estudio:** Estabilidad diagnóstica del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad.

**Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal:**

Dr. Antonio Camacho Martínez  
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.  
San Buenaventura No. 2, Tlalpan, 14000 Ciudad de México, D.F.  
Tel: 01 55 5573 1500 Horarios de Lunes a Viernes de 09:00hrs a 14:00hrs

**Nombre del participante:**

**Fecha:**

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el participante).

Firma del participante y Fecha

---

Testigo Fecha

---

Luego de que retire su consentimiento no se podrán obtener datos sobre usted y su salud pero toda la información obtenida con anterioridad sí será utilizada

**HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS.**  
**“Estabilidad diagnóstica del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad”**

<b>HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS</b>		
1. Fecha:		
2. Nombre del paciente:		
3. Edad:		
4. Género:		
5. Lugar de realización del diagnóstico Inicial		
6. Comorbilidad trastorno depresivo al momento del diagnóstico inicial:	SI	NO
En caso de presentar otra comorbilidad psiquiátrica inicial, especifique cual fue.		
7. Cambios en el diagnóstico de trastorno de la personalidad en los últimos 5 años	SI	NO
Cambios año 5		
Cambios año 4		
Cambios año 3		
Cambios año 2		
Cambios año 1		
8. Resultados prueba SCID-2		

## INSTRUMENTO:

### SCID-II

### Cuestionario de Personalidad

#### Instrucciones

Estas preguntas son de la clase de persona que generalmente es - esto es, cómo se ha sentido y comportado usualmente en los últimos años. Circule "SI" si la pregunta se aplica completamente o casi completamente a usted, o circule "NO" si la pregunta no se aplica a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de su respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Se ha puesto frenético porque pensaba que alguien que le importaba lo iba a dejar?	NO	SI	PQ93
2.	¿Sus relaciones con las personas que le interesan tienen muchos altibajos?	NO	SI	PQ94
3.	¿Ha cambiado repentinamente el sentido de quién es o dónde está?	NO	SI	PQ95
4.	¿El sentido de quién es con frecuencia cambia dramáticamente?	NO	SI	PQ96
5.	¿Se comporta de forma distinta con distintas personas o en diferentes situaciones, por lo que en ocasiones ya no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	PQ97
6.	¿Han habido cambios repentinos en sus metas, planes de carrera, creencias religiosas?	NO	SI	PQ98
7.	¿Con frecuencia hace cosas impulsivamente?	NO	SI	PQ99
8.	¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse o a amenazado con hacerlo?	NO	SI	PQ100
9.	¿¿Alguna vez se ha cortado o quemado a propósito?	NO	SI	PQ101
10.	¿Tiene muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	PQ102
11.	¿Con frecuencia se siente vacío por dentro?	NO	SI	PQ103
12.	¿Con frecuencia tiene estallidos o se enoja tanto que pierde el control?	NO	SI	PQ104
13.	¿Ha golpeado gente o arrojado cosas cuando está enojado?	NO	SI	PQ105
14.	¿Incluso las cosas pequeñas lo hacen enojar demasiado?	NO	SI	PQ106
15.	¿Cuándo está bajo mucho estrés, sospecha de las demás personas o se siente sin espacio?	NO	SI	PQ107