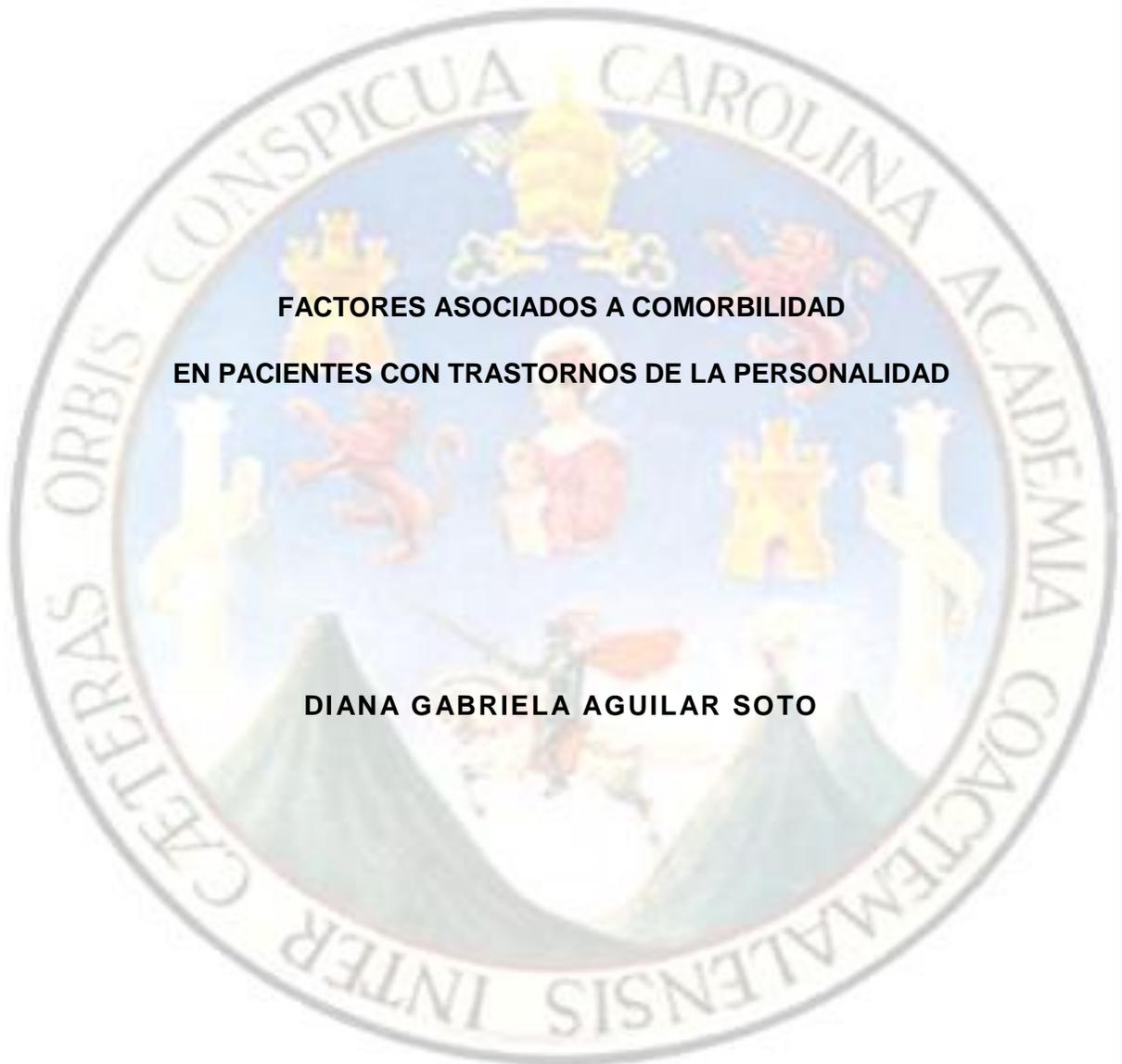


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**FACTORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD  
EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

**DIANA GABRIELA AGUILAR SOTO**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Enero 2018



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.347.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Diana Gabriela Aguilar Soto

Registro Académico No.: 200730045

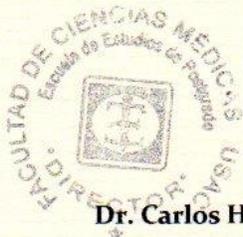
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **FACTORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Que fue asesorado: Dr. Dennis R. Cuevas Morales MSc.

Y revisado por: Dra. Gloria Veronica Ocampo Antillón MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala, 24 de julio de 2017

Doctor  
Enrique Mendoza Gaitán  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Centro de Atención Integral de Salud Mental  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Presente.

Respetable Dr. Mendoza:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **DIANA GABRIELA AGUILAR SOTO** carné **200730045**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Psiquiatría, el cual se titula “ **FACTORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD** ”.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. **Aguilar Soto**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Dennis R. Cuevas Morales  
PSIQUIATRA  
COL. 12050

Dr. Dennis Cuevas *MSL*  
Asesor de Tesis  
Psiquiatra

*Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*

Ciudad de Guatemala, 18 de julio de 2017

Doctor  
Enrique Mendoza Gaitán  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Centro de Atención Integral de Salud Mental  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Presente.

Respetable Dr. Mendoza:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **DIANA GABRIELA AGUILAR SOTO** carné **200730045**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Psiquiatría, el cual se titula “ **FACTORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD** ”.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. **Aguilar Soto**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la unidad de Tesis de la Escuela de estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



**Msc. Dra. Gloria Ocampo**  
**Revisora de Tesis**  
**Docente de Investigación**

**Dra. Gloria Ocampo**  
**Ginecóloga y Obstetra**  
**Col. No. 10,436**

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**



A: Dr. Enrique Mendoza MSc.  
Docente responsable de investigación.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 10 de Agosto 2017

Fecha de dictamen: 17 de Agosto de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

DIANA GABRIELA AGUILAR SOTO

Título:

FACTORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA  
PERSONALIDAD

**Sugerencias de la revisión:**

- Autorizar examen privado.

  
Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



## INDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
ÍNDICE DE CUADROS	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	22
IV. HIPÓTESIS	23
V. MATERIAL Y MÉTODOS	24
5.1 Tipo de estudio	24
5.2 Población y muestra	24
5.3 Selección de los sujetos a estudio	24
5.3.1 Criterios de Inclusión	24
5.3.2 Criterios de Exclusión	25
5.4 Cuadro de Variables y Operacionalización de Variables	26
5.5 Técnicas, procedimientos y análisis de datos	27
5.6 Alcances y limitaciones	28
5.7 Aspectos éticos de la investigación	28
VI. RESULTADOS	29
VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	32
7.1 Conclusiones	34
7.2 Recomendaciones	36
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
IX. ANEXOS	41

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	29
Cuadro 2.	30
Cuadro 3.	30
Cuadro 4.	30
Cuadro 5.	31
Cuadro 6.	31

## RESUMEN

*Introducción.* Los trastornos de personalidad en la práctica clínica son importantes de considerar ya que empeoran los pronósticos de otras patologías psiquiátricas a las que se asocian. En la actualidad son escasos aún los estudios epidemiológicos disponibles sobre el tema. *Objetivo.* Determinar relación existente de factores sociodemográficos asociados a comorbilidad psiquiátrica en pacientes con trastornos de personalidad e identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentemente asociadas. *Métodos.* Se utilizó una cohorte retrospectiva en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad atendidos en consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de enero del año 2000 a diciembre 2014 revisando directamente los registros clínicos de pacientes para obtener los datos necesarios. *Resultados.* Se encontró que el 46% del total de pacientes atendidos sí desarrolló una comorbilidad con el tiempo. El trastorno de personalidad mixto fue detectado en un 78.8% de los casos y de ellos la mitad desarrolló comorbilidades, representando un 87% del total de pacientes que sí las mostraron. Entre las comorbilidades encontradas, los trastornos depresivos estaban en un 73% del total de diagnósticos. Los factores sociodemográficos mostraron que tener una escolaridad hasta nivel básico es un factor de riesgo demostrable para que un paciente con trastorno de personalidad desarrolle comorbilidades psiquiátricas en el futuro. Otros factores, sin resultados significativos pero que podrían influir como negativos, son el rango de edad de 41 a 50 años, sexo femenino, ser viudo y no practicar ninguna religión.

## I. INTRODUCCIÓN

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, es un fenómeno generalizado y poco flexible, tiene un inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, es estable en el tiempo y da lugar a malestar o deterioro.<sup>(1)</sup>

Estos trastornos son un fenómeno clínico relativamente reciente, en la actualidad se está en una etapa de investigación y reconceptualización de los mismos y son escasos aún los estudios epidemiológicos disponibles. No obstante, los datos existentes permiten aproximar una prevalencia de 10-20% de trastornos de la personalidad en la población general, sin una diferencia clara entre los sexos. Es un cuadro que se prolonga durante décadas.<sup>(2)</sup> Para Guatemala no se encuentran datos que describan la incidencia y/o prevalencia de estos a nivel nacional, se contó únicamente con estadísticas sobre la prevalencia del mismo en la población atendida en la consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, en el año 2013 estando este trastorno entre las primeras diez morbilidades más frecuentes atendidas, con un porcentaje de 6.1 del total de pacientes atendidos. <sup>(3)</sup>

El aumento en la identificación de los Trastornos de Personalidad constituye en la actualidad un problema sanitario relevante por la complejidad de su clínica, la dificultad para su diagnóstico temprano, la respuesta frecuentemente insatisfactoria a los tratamientos disponibles y la carencia de propuestas claras sobre intervenciones terapéuticas multidisciplinarias.<sup>(4)</sup> La comorbilidad en ellos plantea muchas veces problemas diagnósticos. Algunos autores señalan que la mitad de los pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o trastornos de la alimentación reciben también un diagnóstico de trastorno de personalidad o presentan dos tipos diferentes de estos a la vez. De esta forma resulta en muchas ocasiones que añadir este tipo de trastornos como una comorbilidad puede estar ocultando la inseguridad diagnóstica en esta clase de cuadros. <sup>(5)</sup>

Los trastornos de personalidad constituyen una realidad presente todos los días en la asistencia clínica y son importantes ya que empeoran los pronósticos de las otras patologías psiquiátricas a las que se asocian. Como consecuencia de ello, encarecen de un modo notable la asistencia psiquiátrica así como la asistencia médica en general.

Todo ello deriva en ingresos hospitalarios frecuentes y constantes contactos repetidos con los servicios de urgencias. De ahí que actualmente se dé una importancia considerable y se esté intentando mejorar su diagnóstico clínico<sup>(1)</sup>. De esta manera se deja entrever la importancia de conocer más sobre estos trastornos y cómo la presencia de comorbilidades psiquiátricas implica un reto mayor en la forma de manejo de estos cuadros.

La dificultad y el tiempo que transcurren para realizar el diagnóstico de trastornos de personalidad, sobre todo cuando coexisten con enfermedades psiquiátricas, conducen a que las investigaciones sobre el tema sean complejas de estructurar y que los datos que se obtienen sean escasos o superficiales. En esta investigación se pretendió evaluar casos de pacientes que mostraban trastornos de la personalidad y como durante el paso del tiempo llegaron a ser diagnosticados con diferentes comorbilidades psiquiátricas, desarrollándolas sobre la base de su personalidad patológica, además de considerar algunas características que presentaban los pacientes antes de la presentación de estas comorbilidades, con el fin de establecer si dentro de ellas podrían encontrarse factores tanto protectores como de riesgo para el desarrollo futuro de estas. Los casos se tomaron de una población de pacientes con tratamiento en consulta externa de la Unidad de Psiquiatría del Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISM) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de la ciudad de Guatemala.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1. Trastornos de la Personalidad

Los trastornos de la personalidad o trastornos del eje II, según el DSM-IV, siguen resultando hoy en día motivo de controversia y de complejidad máxima a la hora de la investigación, la clínica y el tratamiento, careciendo en general de una evidente falta de estudios –quizá con la destacada excepción de alguno de ellos–. Esta misma complejidad repercute en el conocimiento y abordaje de su amplia comorbilidad con el consumo de sustancias, que, aunque todavía con grandes lagunas, constituye un campo de apasionante interés.

El término personalidad, descrito por Allport como una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje, se utiliza de diferentes maneras, desde una forma coloquial hasta la más técnica empleada por los profesionales de la salud mental. Como explica Michael Stone, el origen de la palabra se remonta a los anfiteatros griegos y romanos, en los cuales a los actores les resultaba difícil hacerse oír, por lo que a alguien se le ocurrió colocar un pequeño megáfono tras la abertura de la boca de las máscaras que llevaban por (per-) el cual el sonido (sona) podía ser magnificado. La personalidad, entonces, representaba la intensificación de los rasgos individuales de cualquier carácter que el actor intentaba representar. «Persona» era, de hecho, la palabra latina para máscara, subrayando así lo externo de los aspectos de lo que se entiende ordinariamente por «personalidad».

La definición de trastorno de personalidad (TP) debería partir del conocimiento de la personalidad normal y de cómo están alteradas sus funciones. De acuerdo con Widiger y Simonsen los TP se podrían integrar bien en cuatro amplios dominios de funcionamiento adaptativo y desadaptativo de personalidad: disregulación emocional versus estabilidad emocional, reserva versus impulsividad, extroversión versus introversión y antagonismo versus conformidad. El funcionamiento desadaptativo de estos dominios podría favorecer el consumo de distintas sustancias. Estos amplios dominios compatibilizarían bien con la investigación existente hasta el momento, que subraya la co-ocurrencia de la personalidad con otros trastornos mentales, especialmente cuando esta estructura se entiende jerárquicamente.

La personalidad ha sido definida de forma general como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en condiciones normales, por lo que sería relativamente estable y predecible. En la actualidad se asume que la personalidad es la suma de temperamento y carácter, es decir, el producto de las interacciones entre aspectos

constitucionales, experiencias del desarrollo temprano y de la vida posterior; esta misma suma, como se verá más adelante, se encuentra en la base de la relación entre los TP y el consumo de sustancias.

Los TP son variantes de los rasgos de personalidad, inflexibles y desadaptativos, que causan o bien un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La clasificación DSM-IV-TR los divide en tres grupos o clusters (reconociendo su utilidad a nivel de investigación y docencia, pero también sus limitaciones):

- Cluster A (raro-excéntrico): trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- Cluster B (dramático-emocional): trastornos límite o borderline, histriónico, narcisista y antisocial.
- Cluster C (ansioso-temeroso): trastornos obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo.
- Se mantiene igualmente una categoría residual, el trastorno de personalidad no especificado, que incluiría trastornos mixtos o aquéllos en investigación.

La prevalencia estimada de TP en la comunidad varía ampliamente según distintos estudios, desde un 5,9 hasta un 22,5%, y también varían las tasas de prevalencia de cada trastorno, considerándose en general que el cluster C es el más prevalente. Suelen tener considerables dificultades en su funcionamiento general y su salud, afectando su existencia el curso y pronóstico de otros trastornos psíquicos. <sup>(6)</sup>

## **2.2. Instrumentos de diagnóstico**

Aún con el riesgo de simplificar, pero en beneficio de mayor claridad, se podría decir que la tradición en el estudio de los trastornos de la personalidad tiene una doble historia (Widiger & Frances, 1985).

Por un lado, desde las patologías psiquiátricas se han descrito diversos trastornos de la personalidad que originalmente se pensó tenían algún grado de relación con éstas, como por ejemplo, el esquizoide y esquizotípico con la esquizofrenia, el histriónico con la histeria, el obsesivo compulsivo con la neurosis obsesivo compulsiva.

Por su parte, el psicoanálisis contribuyó significativamente al proponer la inclusión de trastornos de la personalidad tales como el limítrofe (inicialmente entre la neurosis y la psicosis) y el narcisista (término originalmente propuesto por Freud para describir patologías en las cuales el destino principal de la libido era el propio yo). En la tradición psiquiátrica se ha puesto énfasis en delimitar categorías discretas con criterios diagnósticos específicos.

Todo este proceso ha tenido un impacto significativo en el sentido de que los principales sistemas de clasificación (DSM y CIE) incluyen trastornos de la personalidad basados en criterios clínicos que deben cumplirse para realizar un diagnóstico. (7)

### **2.3. Trastornos de la personalidad en el contexto de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**

Se presentan en este estudio las pautas diagnósticas de los TP de la CIE-10 ya que en esta se basa el sistema diagnóstico del IGSS.

#### *2.3.1 F60 Trastornos específicos de la personalidad*

Incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. A continuación se presentan las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad. El resto de las características complementarias se especifican en cada uno de los subtipos.

##### *i. Pautas para el diagnóstico*

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- f) El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

### *2.3.2 F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad*

Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- b) Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- c) Susplicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
- d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
- e) Predisposición a los celos patológicos.
- f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante.
- g) Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye:

- Personalidad expansiva.
- Personalidad paranoide.
- Personalidad sensitiva paranoide.
- Personalidad querulante.
- Trastorno expansivo de la personalidad.
- Trastorno sensitivo paranoide de la personalidad.
- Trastorno querulante de la personalidad.

Excluye:

- Esquizofrenia
- Trastorno de ideas delirantes

### *2.3.3 F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad*

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- b) Frialdad emocional, despego o embotamiento afectivo.
- c) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- d) Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- e) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
- f) Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.

- g) Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- h) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
- i) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye:

- Esquizofrenia.
- Trastorno esquizotípico.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno de ideas delirantes.
- Trastorno esquizoide de la infancia.

#### *2.3.4 F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.*

Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:

- a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
- b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
- c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
- d) Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
- e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
- f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye:

- Trastorno de personalidad sociopática.
- Trastorno de personalidad amoral.
- Trastorno de personalidad asocial.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Trastorno de personalidad psicopática.

Excluye:

- Trastornos disociales.
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

#### *2.3.5 F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

#### *2.3.6 F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo*

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye:

- Personalidad explosiva y agresiva.
- Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:

- Trastorno disocial de la personalidad.

#### *2.3.7 F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite*

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas.

La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye:

- Personalidad "borderline".
- Trastorno "borderline" de la personalidad.

### *2.3.8 F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad*

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
- b) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- c) Afectividad lábil y superficial.
- d) Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.
- e) Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir.
- f) Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

Incluye:

- Personalidad psicoinfantil e histérica.
- Trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad.

### *2.3.9 F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad*

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.
- b) Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios.
- c) Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica.
- d) Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.
- e) Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones.
- f) Rigidez y obstinación.
- g) Insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer.
- h) La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

Incluye:

- Personalidad compulsiva.
- Personalidad obsesiva.
- Trastorno compulsivo de la personalidad.
- Trastorno obsesivo de la personalidad.

Excluye:

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

#### *2.3.10 F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad*

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.
- b) Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.
- c) Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
- d) Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
- e) Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
- f) Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.

Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

#### *2.3.11 F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad*

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
- b) Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende; sumisión excesiva a sus deseos.
- c) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende.
- d) Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo.
- e) Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado.
- f) Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.

Puede presentarse además la percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falta de resistencia.

Incluye:

- Personalidad asténica.
- Personalidad inadecuada.
- Personalidad pasiva.
- Personalidad derrotista.
- Trastorno asténico de la personalidad.
- Trastorno inadecuado de la personalidad.
- Trastorno pasivo de la personalidad.
- Trastorno derrotista asténico de la personalidad.

#### *2.3.12 F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad*

Se incluyen aquí los trastornos de la personalidad que no satisfacen ninguna de las pautas de los tipos específicos.

Incluye:

- Personalidad narcisista.
- Personalidad excéntrica.
- Personalidad inestable.
- Personalidad inmadura.
- Personalidad pasivo-agresiva.
- Personalidad psiconeurótica.
- Trastorno narcisista de la personalidad.
- Trastorno excéntrico de la personalidad.
- Trastorno inestable de la personalidad.
- Trastorno inmaduro de la personalidad.
- Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
- Trastorno psiconeurótico de la personalidad.

#### *2.3.13 F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación*

Incluye:

- Neurosis de carácter.
- Personalidad patológica.

#### *2.3.14 F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad*

F61.02 Trastornos mixtos de la personalidad, con características de varios de los trastornos de F60.- pero sin un grupo de síntomas predominantes que permitan un diagnóstico más específico.

F61.12 Variaciones problemáticas de la personalidad, no clasificables en F60.- o F62.- y considerados como secundarios a un diagnóstico principal de un trastorno del humor (afectivo) o de ansiedad coexistente.

Excluye:

- Acentuación de rasgos de la personalidad (Z73.1)

#### *2.3.15 F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral*

Incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivo, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no habían puesto de manifiesto trastornos de la personalidad.

Los diagnósticos incluidos en este apartado sólo deben hacerse cuando haya una clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y de sí mismo. La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia patógena. La alteración no debe ser una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de cualquier trastorno mental previo.

Excluye:

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-).

#### *2.3.16 F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica*

Transformación persistente de la personalidad que puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas,

desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés post-traumático (F43.1). Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que haya una fase intermedia de un trastorno de estrés post-traumático manifiesto.

Sin embargo, las transformaciones duraderas de la personalidad después de una breve exposición a una experiencia amenazante para la vida como puede ser un accidente de tráfico, no deben ser incluidas en esta categoría puesto que las investigaciones recientes indican que este tipo de evolución depende de una vulnerabilidad psicológica preexistente.

#### *i. Pautas para el diagnóstico*

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general, la transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como, por ejemplo:

- a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.
- b) Aislamiento social.
- c) Sentimientos de vacío o desesperanza.
- d) Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado.
- e) Vivencia de extrañeza de sí mismo.

Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés post-traumático (F43.1).

Incluye:

- Transformación de la personalidad tras experiencias de campo de concentración, desastres y catástrofes, cautiverio prolongado con peligro inminente de ser ejecutado, exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista o de torturas.

Excluye:

- Trastorno de estrés post-traumático (F43.1).

### *2.3.17 F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica*

Transformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiátrica grave. Los cambios no pueden ser explicados por un trastorno de personalidad previo y deben diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental previo.

#### *i. Pautas para el diagnóstico*

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como un modo rígido y desadaptativo de la manera de vivenciar y comportarse que llevan a un deterioro a largo plazo (personal, social o laboral), así como a un malestar subjetivo. No debe estar presente un trastorno de personalidad preexistente que pueda explicar el cambio de la personalidad y el diagnóstico no debe basarse en un síntoma residual de un trastorno mental previo.

La transformación de la personalidad tiene que haber surgido tras la recuperación clínica de un trastorno mental que se debe haber vivenciado como extremadamente estresante y devastador para la imagen de sí mismo. Las actitudes o reacciones de otras personas hacia el enfermo después de la enfermedad son importantes para determinar y reforzar los niveles de estrés percibidos por la persona. Este tipo de transformación de la personalidad no puede ser comprendido totalmente sin tener en consideración la experiencia emocional subjetiva y la personalidad previa, sus formas de adaptación y sus factores de vulnerabilidad específicos.

Para poder hacer este diagnóstico, la transformación de la personalidad debe manifestarse por rasgos clínicos como los siguientes:

- a) Excesiva dependencia y demandas de terceras personas.
- b) Convicción de estar cambiado o estigmatizado por la enfermedad precedente, lo que da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y a un aislamiento social.
- c) Pasividad, reducción de los intereses y de la participación en entretenimientos.
- d) Quejas constantes de estar enfermo que pueden acompañarse de demandas hipocondriacas y comportamiento de enfermedad.
- e) Humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales.
- f) Deterioro significativo del rendimiento social y ocupacional.

Las manifestaciones arriba señaladas deben haber estado presentes durante un período de por lo menos dos años. La transformación no puede ser atribuida a una enfermedad o lesión cerebral importante. Un diagnóstico previo de esquizofrenia no excluye el diagnóstico.

#### *2.3.18 F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad*

Incluye:

- Trastorno de la personalidad persistente tras experiencias no mencionadas en F62.0 y F62.1, tales como el trastorno de la personalidad en el dolor crónico (psicosíndrome algógeno) y transformación persistente de la personalidad por duelo.

#### *2.3.19 F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación <sup>(8)</sup>*

### **2.4. La comorbilidad en los Trastornos de la Personalidad**

#### *2.4.1 Situación real de la comorbilidad y los Trastornos de la Personalidad (TP)*

En un estudio realizado sobre 180 enfermos hospitalizados, encontraron que la mayor parte de los diagnósticos de TP tenían que expresarse en términos de comorbilidad o de diagnósticos adicionales y solamente el 8% de estos individuos pudieron catalogarse como trastorno de la personalidad límite (TLP) sin ninguna "etiqueta" más. Cerca de la mitad de ellos necesitaron otro diagnóstico y casi la otra mitad restante recibió dos o más diagnósticos, en la mayor parte de los casos de trastornos de tipo afectivo (Tyrer, 1993).

Los criterios diagnósticos definidos por las clasificaciones poseen el mérito de facilitar los acuerdos entre los especialistas clínicos, pero tienen el riesgo de que estos se sustituyan por la fiabilidad alcanzada en los diagnósticos y que, además, parezca que con ello se alcanza una gran precisión o exactitud. En el caso de los TP, y como consecuencia de las dificultades existentes para lograr acuerdos completos, el riesgo sería el de que la fiabilidad pudiera reemplazar a la validez.

#### *2.4.2 Comorbilidad en relación con otros tipos de trastornos psiquiátricos*

##### *2.4.2.1 Trastornos de ansiedad*

Flick et al. (1993) al estudiar a 352 pacientes ambulatorios encontró que estos individuos que venían de diferentes cuadros ansiosos sufrían también TP tipos evitativo, paranoide, límite y obsesivo-compulsivo.

A esta misma comorbilidad se refería Markovitz (2004) en el caso de individuos ancianos en los que la ansiedad muy frecuentemente se relaciona no sólo con depresión, demencia y enfermedades médicas, como generalmente se considera, sino también con TP. Otros autores como Reich et al. (2009) corroboran esta misma situación en una investigación realizada en 475 enfermos con cuadros de ansiedad. Se trataba de pacientes con diagnósticos de trastornos de pánico (PD) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG), agorafobia y fobia social (FS). La más alta asociación se daba con la FS y con los TAG. Es por ello que existe un interés cada vez mayor por conocer mejor las relaciones existentes entre TP y trastornos de ansiedad. <sup>(1)</sup>

Otro estudio en el que hubo 499 participantes con trastornos de ansiedad (TA) que fueron evaluados a lo largo de 7 años, encontró una relación en la que varios TP influyeron en el aumento de las tasas de recaídas, nuevos episodios y cronicidad de los TA. El TP esquizotípico afectó el curso de la FS, trastorno de estrés postraumático y TAG; el TP evitativo afectó a FS Y trastorno obsesivo compulsivo; el TP obsesivo compulsivo influyó en el curso de TAG, trastorno obsesivo compulsivo y agorafobia y el TP limítrofe afectó el curso del trastorno obsesivo compulsivo, TAG Y pánico con agorafobia. Todas estas influencias en el curso las definen con un significado de pronóstico negativo para los trastornos de ansiedad <sup>(9)</sup>

Se ha demostrado así que pacientes con trastornos de ansiedad y TP se identifican por una peor respuesta a tratamientos, peor funcionamiento global y una marcada tendencia a recaídas. <sup>(10)</sup>

#### *2.4.2.2 Trastornos Depresivos*

Alpert et al. (1997) encuentran, entre 243 pacientes atendidos de forma ambulatoria, una alta comorbilidad entre su depresión y diagnósticos de FS y de TP tipo evitativo. El trabajo de Corruble et al. (1996) muestra un alto grado de comorbilidad: del 20 al 50% de los pacientes hospitalizados y del 50 al 85% de los ambulatorios presentaban una asociación entre TP y trastorno depresivo mayor. Otros autores como Keller et al. (1994) y Spalletta et al. (1996) señalan esas coexistencias en relación con la distimia, y también Sullivan et al. (1994) en relación con los TLP y trastorno depresivo mayor. <sup>(1)</sup>

En el caso de pacientes con distimia (trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve) parece ser más frecuente la presencia de algún trastorno de la personalidad que en otros pacientes con trastornos depresivos. (Alnaes y Torgersen, 1988). Siendo los más frecuentes el trastorno límite, el histriónico y por evitación.

Según diferentes autores, al existir un TP comórbido, el curso y la respuesta al tratamiento en un paciente depresivo muestran:

- La depresión se inicia a menor edad
- Aumento en las conductas suicidas
- Respuesta baja al tratamiento
- Mayor riesgo de recaídas. <sup>(10)</sup>

Estudios muestran que la distimia se asocia más altamente a los TP como una comorbilidad en comparación con los episodios depresivos mayores. <sup>(11)</sup>

En uno de ellos realizado en Barcelona, España en 2010 se encontró que la distimia se da en el 18,9% del total de los pacientes, con independencia de cuál sea el clúster de personalidad en el que se incluyan, mientras que el trastorno depresivo mayor se da tan sólo en el 11,6% del total de los pacientes. <sup>(12)</sup>

#### *2.4.2.3 Trastorno obsesivo compulsivo*

Los trastornos obsesivos tienen también la posibilidad de estar asociados a otras enfermedades psiquiátricas, pero especialmente a los TP; con cifras muy variables que van desde 0 al 55% según lo publicado hasta ahora.

En un estudio epidemiológico Hollander et al. (2005) puso en evidencia que los trastornos obsesivo-compulsivos, tanto en sus formas simples o complejas con otros trastornos psiquiátricos y en sus formas comórbidas, poseían una alta asociación con intentos de suicidio y con TP tipo antisocial. <sup>(1)</sup>

#### *2.4.2.4 Uso y abuso de sustancias*

Con el alcoholismo y con las adicciones igualmente se encuentran situaciones de comorbilidad importante como refieren diversos autores. Morgenstern et al. (1997) encuentran una elevada prevalencia con los tipos de TP antisocial, límite y paranoide. <sup>(1)</sup>

¿Cuál es causa y cual consecuencia? Por ejemplo en el caso de la dependencia del alcohol se ha encontrado que hasta un 64 % de los pacientes presentan un trastorno de la personalidad, entre los más frecuentes el trastorno límite y antisocial. <sup>(10)</sup>

Tomasson et al. (2000) estudiaron a 249 hombres y 102 mujeres, y encontraron que el 70% de las personas adictas al alcohol presentaban una serie de trastornos psiquiátricos, siendo la prevalencia de los TP del 28% en su tipo antisocial <sup>(1)</sup>. En un estudio realizado en Navarra, España se encontró que 2 de cada 3 alcohólicos presenta, al menos, un trastorno de

personalidad, siendo el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (otros trastornos específicos de personalidad para CIE-10) el que afectaba al 34.1% de estos pacientes y trastorno antisocial de la personalidad como también el dependiente que afectaron al 20.45% de los mismos cada uno. No se observaron diferencias en cuanto a las tasas de prevalencia global para hombres y mujeres <sup>(13)</sup>.

Martín-Blanco, et al. (2017) indica que la comorbilidad entre el uso del alcohol y TP es alta y relevante, ya que el consumo de esta sustancia empeora la sintomatología de los TP de tipo limítrofe. <sup>(14)</sup>

En otro estudio de tres años de seguimiento en una muestra inicial de 43,093 personas mayores de edad en Estados Unidos, con consumo actual en ese momento de alcohol, y en la cual 87% de los participantes concluyeron el estudio, se evidenció una asociación positiva del uso de esta sustancia con los TP antisocial (Odds Ratio Ajustada o AOR =3,51), limítrofe (AOR = 2,52), narcisista (AOR = 1,96) y esquizotípico (AOR = 3,36). El cannabis también tuvo asociación positiva con los TP mencionados anteriormente a excepción del narcisista y el tabaquismo presentó esta asociación con los TP antisocial, limítrofe, obsesivo compulsivo, esquizoide y esquizotípico. <sup>(15)</sup>

Continuando con las adicciones, autores como Arias, et al. (1997) encontraron recientemente esta asociación en pacientes con adicciones a los opiáceos, de manera que detectaron que la mitad de ellos tenía algún TP coexistente. Neufeld et al. (2008) ya lo habían publicado en su trabajo con una muestra de 203 adictos a los opiáceos. Otros como Barber et al. (1996) y Saiz et al. (2011) encontraron esta asociación en personas adictas a la cocaína, de modo que casi la mitad también sufría un TP. En el trabajo de Fishbein et al. (1994), en una quinta parte de su muestra de pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína se daban al menos dos de estos trastornos. También en el trabajo de los autores Fernández et al, (2011) eran los TLP seguido por el tipo antisocial y por el narcisista los más frecuentes en personas con adicción a esta sustancia; con una prevalencia del 28% en el caso del tipo antisocial, del 22% en los tipos evitativo y paranoide, del 16% en el tipo obsesivo-compulsivo y del 10% en el tipo dependiente.

Otros autores como Walker et al. (1994) detectaron estas comorbilidades entre los 539.557 veteranos americanos. De todos ellos, la cuarta parte presentó problemas de adicción, siendo el alcohol la dependencia más frecuente (87,7%), seguida de la cocaína (17,5%). Y la conclusión de este estudio fue que el diagnóstico más frecuente entre estos veteranos adictos

fue el de depresión y el de TP. <sup>(1)</sup> En un estudio de 60 pacientes cocainómanos se encontró que casi el 40% presentaban TP, frecuentemente de los tipos pasivo-agresivo y dependiente (10% para cada uno) seguidos del obsesivo compulsivo e histriónico (6,7% cada uno), el 15% de los pacientes presentó dos o más TP. <sup>(16)</sup>

En un estudio hecho en pacientes con Trastorno límite de la personalidad (TLP) asociado a trastornos adictivos en una Unidad de Día se encontró que la gravedad del TLP se correlacionó con el abandono del tratamiento, siendo el resultado de significación  $p=0,005$  y encontrándose en coincidencia con otros estudios. <sup>(17)</sup> La presencia de psicopatología en el Eje I, en pacientes con TP, aumentan la dificultad en el abordaje terapéutico. <sup>(18)</sup> Se encontró que en la dinámica familiar, el apego influye negativamente en la calidad de vida de estos pacientes, mientras que los recursos familiares la mejoran. Se muestra que la calidad de vida auto-percibida en pacientes con TP, drogodependientes, está determinada por la presencia de psicopatología en el Eje I. Esta debe ser un objetivo en la intervención terapéutica. <sup>(19)</sup>

Un aspecto importante al que se hace realce en varios estudios es la impulsividad que acompaña al perfil de la población de adictos. Un estudio a inicios de 2017, Carou, M et al. Indicó que el 56.1% de sus participantes con patrones de personalidad con alta desinhibición se asoció con indicadores de consumo y criminológicos de alta severidad, sugiriendo así la necesidad de crear estrategias terapéuticas ajustadas a las configuraciones de los drogodependientes. <sup>(20)</sup> Codesido, L. et al. 2016 habló sobre cómo los trastornos de personalidad del clúster B se asocian más con el consumo de tóxicos y atribuye esta relación a las características de impulsividad y bajo umbral ante la evitación del daño. <sup>(21)</sup> Palao 2010, indicó que los TP de este mismo clúster incrementaba en conductas agresivas bajo el uso de cualquier droga, incluso las “sedativas” como el alcohol por producir desinhibición conductual perdiendo así la sensación de peligro y culpa. <sup>(22)</sup> Hay estudios que mostraron que los medicamentos que incrementan la actividad serotoninérgica pueden revertir las conductas agresivas e inhibir la agresividad espontánea e inducida y viceversa, la disminución en esta actividad neurotransmisiva muestra pacientes con autoagresividad o heroagresividad de tipo impulsivo. Varios estudios abiertos, confirmados con estudios controlados y doble ciego indicaron la utilidad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la disminución constante de irritabilidad y conductas agresivas, así como su efectividad previniendo conductas suicidas recurrentes. <sup>(23)</sup>

Calvo, N. et al. 2016, muestra un estudio en donde los TP antisocial y paranoides concomitantes con trastornos por uso de sustancias mostraban tendencia a perfiles de

personalidad más complejos que cometieron delitos graves, incluyendo robo con violencia, destacando así una mayor peligrosidad y mayor riesgo de reincidencias en estos perfiles a quienes debiera identificarse de mejor manera. <sup>(24)</sup>

En general los TP prevalecen mucho más en poblaciones drogodependientes que en la población general y es frecuente encontrar más de un TP en ellos. Sin embargo para ambas poblaciones se han descrito factores genéticos como psicosociales implicados por lo que es necesario llevar a cabo intervenciones clínicas que combinen tratamientos no solo farmacológicos sino también psicoterapéuticos para ambos trastornos. <sup>(25)</sup>

#### *2.4.2.5 Trastornos psicóticos*

También en el caso de las psicosis esquizofrénicas se han hallado muy elevadas prevalencias de TP. Según autores como Oulis et al. (1997) el 70% de una muestra de 102 pacientes esquizofrénicos presentaba un TP. La aparición de episodios psicóticos, con alucinaciones acústicas o visuales además de manifestaciones de tipo delirante, también puede darse de forma relativamente frecuente entre las personas que tienen un TP. Quizás esta sería una de las razones por las que estas personas puedan necesitar varias hospitalizaciones a lo largo de su vida. Miller et al. (1993) observaron en una muestra de 92 pacientes con diagnóstico de TP que el 27% de ellos sufrió cuadros psicóticos diversos. Para otros autores como Jorgensen et al. (1997), que realizaron seguimiento durante un año a 51 pacientes tras ser tratados por un episodio psicótico agudo, su evolución en el 15% de los casos fue hacia la esquizofrenia y en el 28% de ellos hacia una psicosis afectiva. <sup>(1)</sup>

#### *2.4.2.6 Trastornos de la alimentación*

En el caso de los trastornos de la alimentación, muchos autores han detectado claramente esta comorbilidad con TP. Así lo recogen trabajos como los de Atkins et al. (1993) en el caso de las jóvenes con anorexia y Davis et al. (1994) en su muestra de mujeres con anorexia donde son los tipos narcisista y TLP los que predominaban. Lilienfeld et al. (1997) hallaron asociaciones muy repetitivas entre una muestra de mujeres con trastornos bulímicos y manifestaciones de dependencia a las drogas, conductas antisociales e impulsividad, que estarían igualmente presentes en su entorno familiar. Los autores Wonderlich et al. (1997) y Matsunaga et al. (1997) detectaron en más de la mitad de estas pacientes que el trastorno predominante era el TLP. <sup>(1)</sup>

En un estudio en España de 30 pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria se encontró que en el 20% presentó algún tipo de TP entre los cuales se encontraron el limítrofe, histriónico, dependiente y antisocial. <sup>(26)</sup>

#### *2.4.2.7 Conductas suicidas*

Con patologías como las relacionadas con las conductas suicidas, también los TP se hallan presentes con unas altas prevalencias. De manera que los repetidores de intentos o actos suicidas (parasuicidas) suelen poseer frecuentemente diagnósticos de TLP con una prevalencia del 50 al 70% de los casos. En otra investigación, realizada por Lesage et al. (1994), estas prevalencias fueron algo menores, pero también importantes, de modo que algún tipo de TP se hallaba presente en el 28% de las personas que consumaron su acción.

Naturalmente las nuevas clasificaciones internacionales han significado un indiscutible avance en el proceso diagnóstico. Pero en algunos casos no hay que olvidar la distinción entre trastornos "puros" y trastornos "comórbidos" y entre trastornos "primarios" y "secundarios" en relación a la secuencia temporal en el inicio de la comorbilidad. Quizás en el futuro los estudios epidemiológicos sobre TP alcancen una mayor objetividad al disponer de técnicas de neuroimagen más avanzadas. <sup>(1)</sup> Así mismo, en los casos graves, en donde la carga asistencial se incrementa y la calidad de vida no lo hace, se manifiesta por los profesionales las necesidades urgentes de formación para una atención adecuada, eficaz e integral. <sup>(27)</sup>

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General**

3.1.1 Determinar la relación de factores asociados a comorbilidad psiquiátrica en pacientes con trastornos de la personalidad atendidos en consulta externa de enero del año 2000 a diciembre de 2014 en la Unidad de Psiquiatría del Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISM) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de la ciudad de Guatemala.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

3.2.1 Describir las características demográficas de los pacientes con trastornos de la personalidad

3.2.2 Identificar las comorbilidades psiquiátricas que se presentan en pacientes con trastornos de la personalidad.

3.2.3 Establecer el riesgo relativo (RR) entre los factores asociados y la presencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con trastornos de la personalidad.

3.2.4 Determinar cuáles de los subtipos de trastornos de personalidad son más susceptibles a presentar comorbilidades psiquiátricas.

## **IV. HIPÓTESIS**

### **4.1 Hipótesis Nula**

Los factores de exposición a investigar no tienen una relación significativa con la presencia de comorbilidades en los pacientes con trastornos de la personalidad.

### **4.2 Hipótesis Alternativa**

Los factores de exposición a investigar sí tienen una relación significativa con la presencia de comorbilidades en los pacientes con trastornos de la personalidad.

## V. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio de cohorte retrospectiva, de enero del año 2000 a diciembre de 2014.

**5.1.1 Unidad primaria de muestreo:** Pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que sean atendidos en consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

**5.1.2 Unidad de análisis:** Datos clínicos y epidemiológicos registrados en la boleta de recolección de datos diseñada para el efecto.

**5.1.3 Unidad de información:** Registros médicos de pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que sean atendidos en consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

### 5.2 Población y muestra

**5.2.1 Población:** Registros médicos de pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno de la personalidad que fueron atendidos en consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2015.

**5.2.2 Marco Muestral:** Registros médicos de pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno de la personalidad que fueron atendidos en consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante en el año 2015.

**5.2.3 Selección del tamaño de la muestra:** Todos los pacientes captados con diagnóstico de trastorno de la personalidad que fueron atendidos en consulta externa del CAISM del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y que cumplieron todos los criterios de inclusión.

### 5.3 Selección de los sujetos a estudio

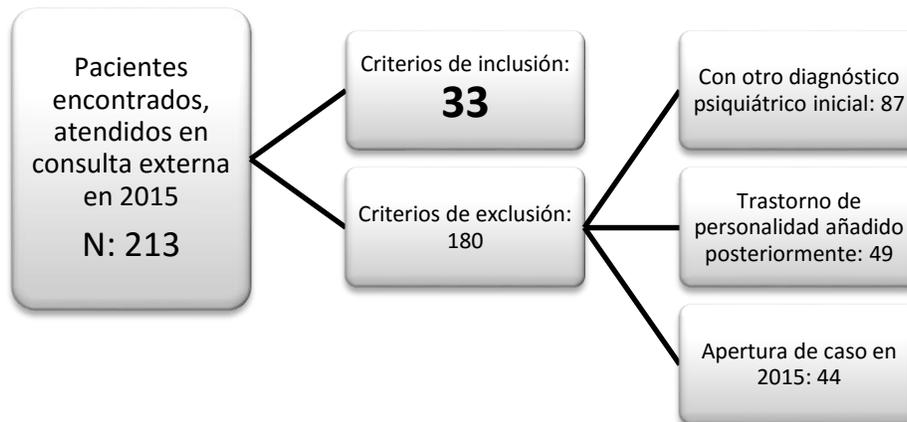
#### 5.3.1 Criterios de inclusión

- i.* Pacientes que fueron atendidos en consulta externa del CAISM del IGSS durante 2015.
- ii.* Pacientes cuyo diagnóstico psiquiátrico inicial, de enero del año 2000 a diciembre de 2014, haya sido únicamente trastorno de la personalidad de cualquier subtipo, tomando en cuenta el último caso que haya sido abierto en la unidad.
- iii.* Pacientes que hayan ameritado tratamiento en intensivo y egresado con reestructuración de diagnóstico solamente como trastorno de la personalidad.

- iv. Pacientes que cumplieron los criterios anteriores y que muestren otro diagnóstico inicial no debiendo ser un trastorno psiquiátrico.
- v. Registros clínicos legibles.

### 5.3.2 Criterios de exclusión

- i. Pacientes con cualquier trastorno psiquiátrico al que posteriormente se le añadiera un diagnóstico de trastorno de personalidad
- ii. Pacientes que hayan abierto su primer caso en la unidad durante el año 2015.



Nota: En 2013 se reportó un total de 1672 consultas de pacientes con trastornos de personalidad atendidos en consulta externa durante el año. Estos son vistos aproximadamente cada dos meses en sus citas por lo que la proyección a encontrar serían 279 pacientes como aproximado en un año.

### 5.3.3 Definición de expuestos

- i. Pacientes con diagnóstico inicial de trastorno de la personalidad que hayan sido expuestos a los factores asociados a investigar.

### 5.3.4 Definición de no expuestos

- i. Pacientes con diagnóstico inicial de trastorno de la personalidad que no haya sido expuestos a los factores asociados a investigar.

## 5.4 Cuadro de Variables y Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento de la encuesta	Boleta de recolección de datos	Cuantitativa Discreta	Razón	18-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años >60 años
Sexo	Conciencia de pertenecer a un sexo u otro, es decir, ser varón o mujer	Boleta de recolección de datos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino/ Femenino
Escolaridad	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza y se logra un grado académico.	Boleta de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	Analfabeta Primaria Básico Diversificado Universitario
Estado civil	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.	Boleta de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unido
Ocupación	Es la actividad o trabajo que el sujeto desempeña laboralmente.	Boleta de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	Empleo indicado en la papeleta
Lugar de residencia	Lugar de donde se procede o reside.	Boleta de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	Departamentos de Guatemala
Religión	Creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Boleta de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	Católica Evangélica Mormona Testigos de Jehová Ninguna
Trastorno de Personalidad	Patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos	Diagnóstico CIE-10 Anotado en Boleta de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	Trastorno de la personalidad (según tipo codificado en boleta)
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Diagnóstico CIE-10 Anotado en Boleta de recolección de datos	Cualitativa Politómica	Nominal	Comorbilidad (según tipo codificado en boleta)

## **5.5 Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos:**

### **5.5.1 Técnica de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó una boleta recolectora creada para dicho fin. (Anexo 1). Se capturó la muestra desde los pacientes registrados en las agendas por clínicas de psiquiatría del sistema en línea “Medi-IGSS” que fueron atendidos durante el año 2015 y que presentaban diagnóstico de trastorno de la personalidad, de estos, los sujetos que presentaron todos los criterios de inclusión y no presentaron los de exclusión fueron incluidos en el estudio.

Se obtuvieron las papeletas de los sujetos a estudiar, tomando en cuenta que el diagnóstico inicial fuera únicamente algún trastorno de la personalidad dado en el período de enero del año 2000 a diciembre de 2014. Acá se tomó como criterio de inclusión que el diagnóstico haya sido dado en el último caso abierto para el paciente en esta unidad y se evaluó la presencia o no de comorbilidades que se hayan desarrollado posteriormente al diagnóstico inicial y que fueran identificadas al momento de su captura.

Se llenaron las boletas con los datos requeridos en ellas.

Los factores de exposición (factores asociados) que fueron tomados en cuenta son los aspectos epidemiológicos tales como sexo, edad, origen, estado civil, religión y grado de escolaridad, todos ellos correspondientes al momento en que se dio el diagnóstico de trastorno de personalidad y posteriormente se detectó la presencia o no de comorbilidades psiquiátricas.

### **5.5.2 Procedimiento**

- i.* Presentación de protocolo inicial a comité médico docente
- ii.* Identificación de los expedientes que participarán en el estudio de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.
- iii.* Recolección de la información por medio del instrumento de recolección de datos.
- iv.* Ingreso de los datos al programa Epi Info 7
- v.* Análisis de los resultados obtenidos.

### **5.5.3 Procesamiento y análisis de datos**

#### *i. Plan de procesamiento*

Se ingresó la información en el programa de computación Epi Info versión 7, el cual permite el ingreso de todos los datos del instrumento de recolección.

Se revisaron las incongruencias de la información que se ingresó al programa.

*ii. Plan de análisis de datos*

El análisis de los datos se realizó trasladando las tablas obtenidas de Epi Info 7 a Microsoft Office Excel, para darles formato y orden.

## **5.6 Alcances y Limitaciones:**

**5.6.1 Limitaciones:** Encontrar expedientes clínicos que no cuenten con la información requerida por la boleta recolectora de datos.

**5.6.2 Alcances:** Se incluyeron los pacientes con trastornos de la personalidad atendidos en la Consulta externa del Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISM), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Tomando en cuenta los datos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos registrados en el instrumento diseñado para el efecto. La unidad de información de la que se recopilaban los datos fueron los registros clínicos.

## **5.7 Aspectos éticos de la investigación**

- i.* El nombre de los pacientes involucrados en la investigación se mantuvo anónimo durante todo el proceso de recolección, análisis y presentación de resultados.
- ii.* La recolección de datos no fue manipulada de ninguna manera a favor de cualquier estadística descrita en el marco teórico o de alguna institución.
- iii.* No se realizó ninguna intervención que afectara a alguna persona o población.
- iv.* El estudio se considera de categoría I: investigaciones con riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención que afecte a alguna persona o población ni se modificaron variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes en el estudio.

## VI. RESULTADOS

**Cuadro 1**

**Características demográficas en pacientes con Trastornos de Personalidad.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edad *</b>		
18 a 30 años	6	18.18
31 a 40 años	11	33.33
41 a 50 años	6	18.18
51 a 60 años	7	21.21
Mayor de 60 años	3	9.09
<b>Sexo</b>		
Masculino	9	27.27
Femenino	24	72.73
<b>Lugar de Residencia</b>		
Guatemala	29	87.88
Quetzaltenango	2	6.06
San Marcos	1	3.03
Sololá	1	3.03
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	11	33.33
Casado	13	39.39
Divorciado	2	6.06
Viudo	3	9.09
Unido	4	12.12
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	2	6.06
Básicos	5	15.15
Diversificado	12	36.36
Universitario	14	42.42
<b>Religión</b>		
Católico	20	60.61
Evangélico	4	12.12
Ninguna	9	27.27
<b>Ocupación</b>		
Cobrador	1	3.03
Cocinero	1	3.03
Contador	1	3.03
Dependiente	3	9.09
Enfermero	2	6.06
Fiscal	1	3.03
Maestra	5	15.15
Mesera	1	3.03
Ninguna	4	12.12
Niñera	1	3.03
Oficinista	11	33.33
Técnico	1	3.03
Trabajadora social	1	3.03

*n=33*

*\*media Edad= 43.18, DE ±12.70*

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

## Cuadro 2

### Tipos de trastornos de la personalidad identificados en muestra estudiada.

Tipo de TP	Frecuencia	%
Trastorno mixto de la personalidad	26	78.8
Trastorno de personalidad emocionalmente inestable	5	15.2
Trastorno de la personalidad no especificado	1	3.0
Trastorno evasivo de personalidad	1	3.0

*n=33*

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

## Cuadro 3

### Comorbilidades psiquiátricas identificadas en pacientes con Trastornos de Personalidad.

Comorbilidad	Frecuencia	%
Trastornos depresivos	11	73
Trastornos ansiosos	3	20
Trastornos del sueño	2	13
Trastornos por uso y abuso de sustancias	1	7

*n=15*

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

Observación: de 33 casos 15 desarrollaron otro trastorno psiquiátrico. 2 de estos pacientes mostraron 2 diagnósticos desarrollados simultáneamente sumando así 17 comorbilidades. Sin embargo, el porcentaje fue hecho en base al total de los casos (15) para reflejar un valor confiable.

## Cuadro 4

### Tipos de trastornos de la personalidad con comorbilidades en muestra estudiada.

Tipo de TP	Frecuencia	%
Trastornos mixtos y otros trastornos de personalidad	13	87
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	2	13

*n=15*

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

### Cuadro 5

#### Comorbilidades psiquiátricas por tipo de trastorno de la personalidad en muestra estudiada

Comorbilidad	Tipo de TP asociada	Frecuencia por TP	%
<i>Trastornos depresivos</i>	Trastornos mixtos y otros trastornos de personalidad	9	60
	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	2	13
<i>Trastornos ansiosos</i>	Trastornos mixtos y otros trastornos de personalidad	3	20
<i>Trastornos del sueño</i>	Trastornos mixtos y otros trastornos de personalidad	2	13
<i>Trastornos por uso y abuso de sustancias</i>	Trastornos mixtos y otros trastornos de personalidad	1	7

*n=15*

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

Observación: de 33 casos 15 desarrollaron otro trastorno psiquiátrico. 2 de estos pacientes mostraron 2 diagnósticos desarrollados simultáneamente sumando así 17 comorbilidades. Sin embargo, el porcentaje fue hecho en base al total de los casos (15) para reflejar un valor confiable.

### Cuadro 6

#### Factores de Riesgo significativos para desarrollo de comorbilidades en pacientes con Trastornos de Personalidad.

Variable	n	Risk Ratio	IC95%	p
Edad de 41-50 años	6	1.6364	0.792-3.382	0.148
Sexo femenino	24	2.4375	0.680-8.736	0.062
Escolaridad básico	5	2.0364	1.078-3.845	0.064
Escolaridad universitario	14	0.4935	0.198-1.230	0.057
Estado civil viudo	3	1.5385	0.626-3.779	0.257
Estado civil soltero	11	0.7273	0.299-1.765	0.245
Religión católica	20	0.5688	0.273-1.187	0.079
Ninguna religión	9	1.7778	0.889-3.555	0.082

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

## VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del total de pacientes con diagnóstico inicial de trastorno de personalidad que fueron incluidos en el estudio, el 46% (15/33) desarrolló alguna comorbilidad psiquiátrica durante su seguimiento.

Respecto al diagnóstico inicial de los pacientes estudiados, se encontró que el trastorno mixto de la personalidad es el más frecuente con un 78.8% (26/33) de la muestra, el trastorno de personalidad emocionalmente inestable mostró un 15.2% (5/33), y tanto el trastorno de personalidad no especificado como el trastorno evasivo de la personalidad 3% (1/33) cada uno. (Cuadro 2)

De los pacientes incluidos en la muestra que mostraron comorbilidad psiquiátrica, dos presentaron dos diferentes comorbilidades desarrolladas. Entre estas comorbilidades encontramos a los trastornos depresivos con el mayor número de frecuencia, abarcando a 73% (11/15) de los pacientes con comorbilidad, lo cual coincide con la teoría que indica que en pacientes con tratamiento ambulatorio, el 50 a 85% de los mismos presentan una asociación entre trastornos de personalidad y trastorno depresivo <sup>(1)</sup>. Los trastornos ansiosos se encontraron en esta investigación con un 20% (3/15), siendo un porcentaje importante tomando en cuenta que pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad muestran una peor respuesta a tratamientos, peor funcionamiento global y una marcada tendencia a recaídas <sup>(10)</sup>. También se encontraron trastornos del sueño en un 13% (2/15) de los pacientes y por último el trastorno mental por uso y abuso de sustancias promedió 7% (1/15) del total. (Cuadro 3)

El trastorno mixto de la personalidad predomina entre los tipos de trastornos de personalidad con comorbilidad psiquiátrica, con un 87% (13/15) del total y al trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con un 13% (2/15). El trastorno evasivo de personalidad y el trastorno de personalidad no especificado no mostraron desarrollar comorbilidades. (Cuadro 4)

Al agrupar las comorbilidades psiquiátricas de acuerdo al tipo de trastorno de personalidad, los trastornos depresivos aparecieron en el 73% (11/15) del total de comorbilidades; de este porcentaje el 60% (9/11) corresponde a trastornos depresivos desarrollados en pacientes con trastornos mixtos de la personalidad y el otro 13% (2/11) en pacientes con trastorno de

inestabilidad emocional. Todas las demás comorbilidades incluyendo trastornos ansiosos, los trastornos del sueño y los trastornos mentales por uso y abuso de sustancias se presentaron en su totalidad en pacientes con trastornos mixtos de personalidad. (Cuadro 5)

Se ha encontrado en la teoría que hasta un 64% de los pacientes que consumen sustancias presentan un trastorno de la personalidad, entre los más frecuentes el trastorno límite y antisocial<sup>(10)</sup>, sin embargo en la muestra encontrada en este estudio fue un porcentaje menor de casos en donde se encontró esta relación.

En cuanto a la valoración del riesgo relativo para cada una de las variables investigadas, se encontró que el rango de edad de 41 a 50 años muestra mayor disposición a presentarse como factor de riesgo, aunque no es estadísticamente significativo de acuerdo a intervalo de confianza (RR 1.6364, IC95% 0.792-3.382,  $p=0.148$ ). El sexo femenino también se mostró una fuerte tendencia (RR 2.4375, 0.680-8.736, 0.148) a ser factor de riesgo pero igualmente sin significancia. En cuanto al nivel escolar se encontró que pacientes con trastornos de personalidad que estudiaron hasta nivel básico tienen un riesgo significativo (RR 2.0364, 1.078-3.845, 0.064) de presentar comorbilidades psiquiátricas en el futuro por lo que se demuestra como factor de riesgo importante. Los pacientes con escolaridad universitaria tienden a mostrar este como factor protector pero sin significancia (RR 0.4935, 0.198-1.230, 0.057). En cuanto al estado civil, los pacientes viudos se muestran con más predisposición a ser factor de riesgo que el resto (RR 1.5385, 0.626-3.779, 0.257) y la variable de solteros a ser factor protector (RR 0.7273, 0.299-1.765, 0.245) pero no son valores significativos. En relación a la religión profesada por los pacientes, se identificó que quienes no practican ninguna religión mostraron altas tendencias de presentar esto como factor de riesgo (RR 1.7778, 0.889-3.555, 0.082) sin embargo el intervalo de confianza no permite que sea significativo estadísticamente, la religión católica únicamente tiende a mostrarse como factor protector pero sin significancia (RR 0.5688, 0.273-1.187, 0.079).

## 7.1 CONCLUSIONES

7.1.1 Del total de pacientes con diagnóstico inicial de trastorno de personalidad que fueron incluidos en el estudio, casi la mitad (45.5%, 15/33) desarrolló alguna comorbilidad psiquiátrica durante su seguimiento, lo cual nos indica que estos pacientes se encuentran en un alto riesgo de mostrar trastornos importantes, incluso discapacitantes a lo largo de su vida y que en la mayoría de los casos requerirán un tratamiento farmacológico. Esto se traduce en un aumento de gastos y esfuerzos por parte de las instituciones de salud que prestan servicio a pacientes con este diagnóstico, sin tomar en cuenta que muchas veces estas personas consultan a unidades de atención primaria y nunca llegan a ser detectadas correctamente para un tratamiento psicológico o psiquiátrico oportuno.

7.1.2 Los trastornos depresivos fueron la comorbilidad psiquiátrica que se presentó con más frecuencia en los pacientes con trastornos de la personalidad llegando a abarcar un 73% del total de comorbilidades, resultando esta una cifra importante a la cual se le suma que la OMS actualmente describe a la depresión como la principal causa de discapacidad en a nivel mundial y tomando en cuenta que solo los trastornos de personalidad resultan ser influyentes en la vida global del paciente, la presencia de un cuadro depresivo complica en muchos aspectos el seguimiento de estos casos en cuanto a su abordaje.

7.1.3 El trastorno de personalidad que más predomina en ser diagnosticado al inicio del tratamiento es el trastorno mixto con un 78.8% del total de pacientes. Entre ellos el 87% presentó asociación al desarrollo de comorbilidades, siendo un 60% de ellas los trastornos depresivos por lo que hay una relación considerable entre estos y el trastorno mixto de personalidad.

7.1.4 Entre los factores sociodemográficos estudiados se encontró que tener una escolaridad de nivel básico es un factor de riesgo demostrable para que pacientes con trastornos de la personalidad tengan el doble de riesgo de desarrollar una comorbilidad psiquiátrica.

7.1.5 Ser procedente de Sololá se presenta como un factor de riesgo importante según el riesgo relativo encontrado para esta característica, pero por tratarse de un solo paciente del cual se obtiene este dato no podría considerarse significativo.

7.1.6 Algunos factores sociodemográficos no se consideran de riesgo técnicamente pero muestran una alta tendencia a serlo, entre ellos pacientes de 41 a 50 años, sexo femenino, viudos y quienes no practican ninguna religión, mientras que otros tienden a ser

protectores, como edad de 31 a 40 años, sexo masculino, ser universitario, soltero, católico o procedente del departamento de Guatemala.

7.1.7 Del total de pacientes con trastornos mixtos de personalidad incluidos, la mitad de ellos (50%) llegó a desarrollar enfermedades psiquiátricas en el futuro. Esta cantidad llegó a representar un 87% del total de casos en general que sí desarrollaron comorbilidades con el tiempo.

## 7.2 RECOMENDACIONES

7.2.1 Todo paciente diagnosticado con trastorno de personalidad de cualquier tipo pero principalmente con un trastorno mixto debe ser evaluado cuidadosamente por la alta tendencia a ser diagnosticado con otros trastornos psiquiátricos en el transcurso de su enfermedad.

7.2.2 Dadas las conclusiones del estudio, sería recomendable el incentivar la continuación de la educación académica si el paciente se encuentra en un nivel básico o inferior ya que esto podría mejorar el pronóstico en cuanto a la presentación de comorbilidades psiquiátricas, quizá porque a la vez se incrementaría la capacidad del paciente de comprender mejor su padecimiento y la forma de enfrentarlo por sí mismo.

7.2.3 Aunque los datos no hayan presentado un riesgo significativo en algunas áreas es importante prestar atención a los pacientes entre las edades de 41 a 50 años, de sexo femenino, viudos y quienes no practiquen ninguna religión puesto que ellos muestran tendencias altas de poder manifestar enfermedad psiquiátrica en el futuro.

7.2.4 Dado que en los cuestionarios de calidad de vida desarrollados por la OMS, el WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF, se evalúan aspectos como el grado de independencia, las relaciones sociales y la espiritualidad, elementos que están relacionados con los factores sociodemográficos estudiados, se propone entonces la aplicación sistemática de estos cuestionarios en los pacientes con trastornos de personalidad para estimar áreas de vulnerabilidad específicas en las que se puedan enfocar los esfuerzos del tratamiento y realizar estudios sobre la aplicación de estos.

7.2.5 Dentro de la muestra de casos que fue excluida del estudio se evidenció que muchos de los trastornos de personalidad eran identificados solo tiempo después que otros trastornos psiquiátricos, esto demuestra que mejorar los métodos diagnósticos en cuanto a trastornos de personalidad debe ser una prioridad en la práctica clínica diaria y se exhorta a más investigación dentro del campo de trastornos de la personalidad y comorbilidades psiquiátricas de los mismos.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Jiménez, A., & Franco, M. (2012). La comorbilidad en los trastornos de personalidad. Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia. Recuperado en Abril de 2014, de [http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Comorbilidad%20\(Adriana%20JMF\).pdf](http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Comorbilidad%20(Adriana%20JMF).pdf)
2. Kaplan, H., & Sadock, B. (10ma Edición). Trastornos de personalidad. En H. Kaplan, & B. Sadock, Sinópsis de psiquiatría (pág. 796). Wolters Kluwer.
3. Sala Situacional 2013. Centro de Atención Integral de Salud Mental. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
4. Sánchez Morán, N. & López, M.J. (2009). ¿Qué repercusiones psicopatológicas tiene el convivir con un paciente que presenta un trastorno de la personalidad? Asociación AVANCE y Universidad de Sevilla, España. 2009.
5. Centro de especialidades en Salud Mental. Tratamiento Trastornos De Personalidad. Artículo en línea, Centro Chileno. Recuperado en Abril de 2014 de <http://www.salud-mental.cl/index.php/tratamiento-trastornos-de-personalidad?start=8>
6. Peris, L.; Balaguer, A. Patología Dual, (Barcelona, 2010) Protocolos de intervención, trastornos de personalidad. (Pág. 1-2) Editorial EdikaMed, S.L.
7. Béhar Astudillo, R. (et.al). Trastornos de Personalidad. (Santiago de Chile, 2003) Hacia una mirada integral; (Pág. 91-92.)
8. Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (CIE-10)
9. EB, A., A, P., & MO.(et.al), E. (Septiembre de 2010). La asociación de los trastornos de personalidad con el curso prospectivo de 7 años de trastornos de ansiedad. Psychological Medicine. Recuperado el 15 de Julio de 2016, de [http://www.psiquiatria.com/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/la-asociacion-de-los-trastornos-de-personalidad-con-el-curso-prospectivo-de-7-anos-de-trastornos-de-ansiedad/](http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/la-asociacion-de-los-trastornos-de-personalidad-con-el-curso-prospectivo-de-7-anos-de-trastornos-de-ansiedad/)
10. Rojas López, F. Una aproximación a la problemática de los trastornos de personalidad. (Abril 2009). Recuperado en Mayo 14 de 2014 en <http://trastornarte.blogspot.com/2009/04/comorbilidad.html>
11. Garyfallos G, A.A.; Karastergiou, A.; Voikli, M.; Sotiropoulou A.; Donias, S. (et.al). (1999). Personality disorders in dysthymia and major depression. Acta Psychiatry Scand. (Pág. 332-40)

12. Vilaplana, M.; McKenny, K.; D. Riesco, M.; Autonell, J. & Cevilla, J. (España, 2010). Comorbilidad depresiva en los trastornos de la personalidad. 3(1). Recuperado en Junio de 2014 en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiQUIATRIA-salud-mental--286/comorbilidad-depresiva-los-trastornos-personalidad-13148569-originales-2010>
13. Fernández-Montalvo, J.; Landa, N.; Jópez-Goñi, J.; Lorea, I. & Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.*, 7(3) ,223-224.
14. A, M.-B., B, P., & J, (et.al), S. (Febrero de 2017). Use of nalmefene in patients with comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorder. A preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology*. Recuperado el 30 de Mayo de 2017, de <http://www.psiQUIATRIA.com/adicciones/uso-de-nalmefeno-en-pacientes-con-trastorno-de-personalidad-limite-comorbido-y-trastorno-por-uso-de-alcohol-un-informe-preliminar/#>
15. Raga, J. M. (15 de Diciembre de 2011). Comentario al artículo: Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1158-1167. Recuperado el 15 de Julio de 2016, de [http://www.psiQUIATRIA.com/patologia\\_dual/trastornos-de-personalidad-y-el-curso-a-lo-largo-de-tres-anos-de-los-trastornos-por-uso-de-alcohol-drogas-y-nicotina/](http://www.psiQUIATRIA.com/patologia_dual/trastornos-de-personalidad-y-el-curso-a-lo-largo-de-tres-anos-de-los-trastornos-por-uso-de-alcohol-drogas-y-nicotina/)
16. Iñaki, L., Javier, F.-M., José J., L.-G., & Natalia, L. (s.f.). Cocaine addiction and personality disorders: A study with the MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57-64. Recuperado el 22 de Julio de 2016, de [http://www.psiQUIATRIA.com/patologia\\_dual/adiccion-a-la-cocaina-y-trastornos-de-personalidad-un-estudio-con-el-mcmi-ii/](http://www.psiQUIATRIA.com/patologia_dual/adiccion-a-la-cocaina-y-trastornos-de-personalidad-un-estudio-con-el-mcmi-ii/)
17. Maruottolo, C. (Octubre 2011). Reducción de abandonos en una unidad de día con un programa de psicoterapia breve dinámica para trastornos límite de la personalidad asociados a trastornos adictivos. *Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-Line*. ISSN 1579-3516 – 10(2), Recuperado en Abril 2014 en <https://www.google.com.gt/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.psiQUIATRIA.com/bibliopsiquis/assetstore/28/33/53/28335346226984195383037170150828734227&ved=0ahUKEwi17cadrP7UAhUHyyYKHV9UAI8QFggpMAI&usg=AFQjCNGkHvAQEdeCwf wRMkmzBdMa7VDncg>
18. Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J., & Lucha, O. (2009). Comorbilidad de trastornos de personalidad: un estudio en personas sin hogar. Recuperado en Abril de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672009000200013&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672009000200013&script=sci_arttext)

19. Martínez-González, J. M., Munera-Ramos, P., & Becoña-Iglesias., E. (13 de Agosto de 2013). Addicts vs mental health users with personality disorders: its relation to quality of life in Axis I psychopathology, psychological adjustment and family dynamics. *Anales de Psicología*, 29(1), 48-54. Recuperado el 13 de Julio de 2014, de [http://www.psiquiatria.com/patologia\\_dual/drogodependientes-vs-usuarios-de-salud-mental-con-trastornos-de-personalidad-su-relacion-con-la-calidad-de-vida-la-psicopatologia-en-eje-i-el-ajuste-psicologico-y-dinamica-familiar/](http://www.psiquiatria.com/patologia_dual/drogodependientes-vs-usuarios-de-salud-mental-con-trastornos-de-personalidad-su-relacion-con-la-calidad-de-vida-la-psicopatologia-en-eje-i-el-ajuste-psicologico-y-dinamica-familiar/)
20. Carou, M., Romero, E., & Luengo., M. Á. (5 de Mayo de 2017). Profiles of drug addicts in relation to personality variables and disorders. *Revista Adicciones*, 29, 113-124. Recuperado el 30 de Mayo de 2017, de <http://www.psiquiatria.com/adicciones/perfiles-de-drogodependientes-en-relacion-con-variables-y-trastornos-de-personalidad/>
21. Lado Codesido, M., Rodríguez Barca, T., & Carrera Machado, I. (16 de Diciembre de 2016). Trastornos De Personalidad Cluster B Y Consumo De Tóxicos: Análisis Comparativo Entre Los Diferentes Recursos Asistenciales. *Revista de Patología Dual*, 3(3), 59. Recuperado el 30 de Mayo de 2017, de [http://www.psiquiatria.com/patologia\\_dual/trastornos-de-personalidad-cluster-b-y-consumo-de-toxicos-analisis-comparativo-entre-los-diferentes-recursos-asistenciales/](http://www.psiquiatria.com/patologia_dual/trastornos-de-personalidad-cluster-b-y-consumo-de-toxicos-analisis-comparativo-entre-los-diferentes-recursos-asistenciales/)
22. Mental, S. C. (Abril de 2010). Alcohol, cannabis y opiáceos son las principales drogas consumidas por aquellas personas con trastornos de personalidad ligadas a conductas desadaptativas. *Sesión: Drogas en los trastornos de la personalidad del Clúster C*. Recuperado el 13 de Julio de 2014, de [http://www.psiquiatria.com/patologia\\_dual/alcohol-cannabis-y-opiaceos-son-las-principales-drogas-consumidas-por-aquellas-personas-con-trastornos-de-personalidad-ligadas-a-conductas-desadaptativas/](http://www.psiquiatria.com/patologia_dual/alcohol-cannabis-y-opiaceos-son-las-principales-drogas-consumidas-por-aquellas-personas-con-trastornos-de-personalidad-ligadas-a-conductas-desadaptativas/)
23. Bobes Garcíal. P, A. S.-P. (Octubre-Diciembre de 2004). Trastorno límite de personalidad. Obtenido de [trastornolimite.com](http://trastornolimite.com): <https://www.trastornolimite.com/tp/trastornos-de-personalidad-en-patologia-dual>
24. Calvo, N., Nasillo, V., & Ferrer.(et.al), M. (Septiembre-Octubre de 2016). Study of prevalence of Personality Disorders in inmate men sample with Substance Use Disorders using of PDQ-4+ Self-Report. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(5), 178-182. Recuperado en Octubre de 2016, de [http://www.psiquiatria.com/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/estudio-de-prevalencia-de-trastornos-de-personalidad-en-una-muestra-de-presos-con-trastorno-por-uso-de-sustancias-usando-el-autoinforme-pdq-4/](http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/estudio-de-prevalencia-de-trastornos-de-personalidad-en-una-muestra-de-presos-con-trastorno-por-uso-de-sustancias-usando-el-autoinforme-pdq-4/)

25. G. Cervera, F. B. (Abril de 1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. Revista Trastornos Adictivos. Recuperado el 7 de Marzo de 2015, de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-trastornos-personalidad-drogodependencias-13010685>
26. Salorio del Moral, P., Campillo Cascales, M. J., Espinosa Gil, R., Pagán Acosta, G., Oñate Gómez, C., & López, I. (14 de Febrero de 2011). Trastornos de personalidad y anorexia nerviosa y bulimia. Un estudio con el MCMI-III. Recuperado el 22 de Marzo de 2015, de [http://www.psiquiatria.com/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/trastornos-de-personalidad-y-anorexia-nerviosa-y-bulimia-un-estudio-con-el-mcmi-iii/](http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/trastornos-de-personalidad-y-anorexia-nerviosa-y-bulimia-un-estudio-con-el-mcmi-iii/)
27. Bajaj, P. & Tyrer, P. (2005). Managing Mood Disorders and Comorbid Personality Disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 18(1):27-31. Recuperado en Abril de 2014 de <http://www.medscape.com/viewarticle/497222>

## IX. ANEXOS

### 9.1 Anexo 1. Boleta de Recolección de Datos

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Maestría en Psiquiatría  
Unidad de Investigación



### FACTORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Estudio de cohorte retrospectiva de factores asociados a comorbilidad en pacientes con trastornos de la personalidad atendidos por consulta externa de la Unidad de Psiquiatría del Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISM) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de la ciudad de Guatemala.

#### DATOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ( )

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Sexo:	Masculino(1) _____	Estado Civil:	Soltero(8) _____
	Femenino(2) _____		Casado(9) _____
			Divorciado(10) _____
Escolaridad:	Analfabeta(3) _____		Viudo(11) _____
	Primaria(4) _____		Unido(12) _____
	Básico(5) _____	Religión:	Católica(13) _____
	Diversificado(6) _____		Evangélica(14) _____
	Universitario(7) _____		Mormona(15) _____
			Testigos de Jehová(16) _____
			Ninguna(17) _____

Ocupación: Indicada por el paciente en la papeleta: \_\_\_\_\_

Trastorno(s) de la personalidad (Código): 1.  
2.  
3.

Comorbilidad(es) Desarrolladas (Código): Sí  (1) No  (2)

Si la respuesta es sí anote cuales:  
1.  
2.  
3.

## 9.2 Anexo 2. Códigos para boleta de datos a usar en epi info 7

Fueron tomadas como unidad de medida para las variables respectivas.

- **Códigos para edad**

- (1) 18-30 años
- (2) 31-40 años
- (3) 41-50 años
- (4) 51-60 años
- (5) >60 años

- **Códigos para trastornos de la personalidad:**

- (18) Trastorno paranoide de la personalidad
- (19) Trastorno esquizoide de la personalidad
- (20) Trastorno disocial de la personalidad
- (21) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
- (22) Trastorno histriónico de la personalidad
- (23) Trastorno anancástico de la personalidad
- (24) Trastorno ansioso de la personalidad (con conducta de evitación)
- (25) Trastorno dependiente de la personalidad
- (26) Otros trastornos específicos de la personalidad
- (27) Trastorno de la personalidad sin especificación
- (28) Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
- (29) Transformaciones persistentes de la personalidad

- **Códigos para comorbilidades:**

- (30) Trastornos Depresivos
- (31) Trastornos Ansiosos
- (32) Trastorno afectivo bipolar
- (33) Trastornos del sueño
- (34) Trastornos de adaptación
- (35) Trastornos por uso y abuso de sustancias
- (36) Trastornos orgánicos

### 9.3 Anexo 3. Riesgos Relativos Calculados

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>n</b>	<b>Risk Ratio</b>	<b>IC95%</b>	<b>p</b>
Edad de 18-30 años	6	1.125	0.455-2.779	0.409
Edad de 31-40 años	11	0.5	0.177-1.411	0.081
Edad de 41-50 años	6	1.6364	0.792-3.382	0.148
Edad de 51-60 años	7	0.9286	0.359-2.403	0.446
Edad >60 años	3	1.5385	0.626-3.779	0.257
sexo masculino	9	0.4103	0.114-1.470	0.062
sexo femenino	24	2.4375	0.680-8.736	0.062
escolaridad primaria	2	1.1071	0.262-4.670	0.455
escolaridad básico	5	2.0364	1.078-3.845	0.064
escolaridad diversificado	12	1.1667	0.551-2.472	0.356
escolaridad universitario	14	0.4935	0.198-1.230	0.057
estado civil soltero	11	0.7273	0.299-1.765	0.245
estado civil casado	13	1.0256	0.479-2.196	0.475
estado civil divorciado	2	1.1071	0.263-4.670	0.455
estado civil viudo	3	1.5385	0.626-3.779	0.257
estado civil unido	4	1.1154	0.387-3.219	0.429
religión católica	20	0.5688	0.273-1.187	0.079
religión evangélica	4	1.1154	0.387-3.219	0.429
Ninguna religión	9	1.7778	0.889-3.555	0.082

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“FACTORES ASOCIADOS A COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.