

Ó. Andión^{1,2}
M. Ferrer Vinardell^{1,2}
J. L. Matalí¹
L. Álvarez-Cienfuegos¹
S. Valero¹
J. A. Navarro¹
E. Bruguera¹
M. Casas^{1,2}

Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad: concordancia entre el juicio clínico y la entrevista semiestructurada

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Barcelona

² Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona

Fundamento y objetivo. Ningún estudio en España ha analizado la diferencia en la frecuencia del diagnóstico realizada a partir del juicio clínico y del uso de la entrevista semiestructurada en el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (TLP). Los objetivos del presente trabajo son: estudiar la concordancia diagnóstica del TLP en pacientes previamente diagnosticados a partir del juicio clínico mediante el uso de la entrevista clínica semiestructurada para el eje II del DSM-IV (SCID-II) y analizar si existen diferencias en la distribución de frecuencias de los trastornos psiquiátricos en función de la observación o no de concordancia diagnóstica.

Material y método. En el estudio participaron 146 pacientes derivados al Programa del Trastorno Límite de Personalidad del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron durante su primer año de funcionamiento. Se realizó un estudio descriptivo de la concordancia diagnóstica del trastorno mediante la utilización de la SCID-II por profesionales con experiencia en su uso en pacientes previamente diagnosticados a partir del juicio clínico.

Resultados. No se observó concordancia diagnóstica en el 30% de los pacientes incluidos en el estudio. Los resultados muestran un elevado número de trastornos en todos los pacientes en el momento del diagnóstico. Se observa un mayor número de diagnósticos de trastornos de personalidad ($Z=3,36$; $p=0,01$) y de trastornos de ansiedad ($Z=3,04$; $p=0,002$) en el grupo de concordancia diagnóstica que en el grupo de no concordancia diagnóstica.

Conclusiones. Mediante el uso de entrevistas semiestructuradas se observa un 30% menos de diagnósticos de TLP que mediante el juicio clínico.

Palabras clave:

Trastorno límite de la personalidad. Diagnóstico. Entrevista semiestructurada. Juicio clínico.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(3):144-150

Correspondencia:

Óscar Andión
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Edificio antiguo de enfermería, 5.ª planta
P.º Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Correo electrónico: oandion@vhebron.net

Borderline personality disorder diagnosis: concordance between clinical and semistructured interview evaluation

Background and objective. No study in Spain has analyzed the difference in frequencies of the diagnoses made based on clinical evaluation and semistructured interview in borderline personality disorder diagnosis (BPD). This present study aims to analyze diagnostic concordance in BPD patients previously diagnosed based on clinical evaluations using clinical semistructured interviews for DSM-IV axis II (SCID-II), and to analyze if there are differences in the distribution of frequencies of the psychiatry disorders in the diagnostic concordance group and the non-diagnostic concordance one.

Material and method. The study was carried out with 146 patients referred to the Borderline Personality Disorder Program of the Psychiatric Department at the Hospital Universitari Vall d'Hebron during its first year of service. A descriptive study was designed to analyze diagnostic concordance between previous BPD clinical evaluation and semistructured interview SCID-II administered by clinical experienced interviewers.

Results. Diagnostic concordance was not observed in 30% of the final study patients. The results indicated that all the study patients presented a great number of psychiatry disorders. There were significant differences between the diagnostic concordance group and the non-diagnostic concordance one. A higher number of personality disorder ($Z=3.36$; $p=0.01$) and anxiety disorder ($Z=3.04$; $p=0.002$) was observed in the diagnostic concordance group.

Conclusions. BPD was diagnosed 30% less when using semistructured interviews than with clinical evaluations.

Key words:

Borderline personality disorder. Diagnosis. Semistructured interview. Clinical evaluations.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno grave, caracterizado por un patrón duradero de inestabilidad en la regulación de las emociones, en el control de los

impulsos, en las relaciones interpersonales y en la autoimagen¹. Afecta aproximadamente al 2% de la población general y es el trastorno más común en contextos clínicos, observándose en el 10% de los pacientes ambulatorios y en el 20% de los pacientes internos²⁻⁴. El TLP es más frecuente en mujeres que en hombres; estudios epidemiológicos indican una tasa 7:3, respectivamente^{2,4}. El trastorno genera un grave déficit psicosocial⁵, así como una alta comorbilidad por suicidio. El 10% de los pacientes diagnosticados de TLP mueren por suicidio, siendo el riesgo de suicidio consumado 50 veces superior al observado en la población general⁶.

Estos pacientes presentaban uno o más trastornos comórbidos en el momento del diagnóstico, tanto del eje I como del eje II⁷. Estudios epidemiológicos han mostrado comorbilidades en el eje I entre el 41-83% con el trastorno depresivo mayor (TDM), el 12-39% con la distimia, el 10-20% con el trastorno bipolar, el 64-66% con el trastorno relacionados con sustancias (TUS), el 46-56% con el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el 23-47% con la fobia social, el 16-25% con el trastorno obsesivo compulsivo, el 31-48% con la crisis de angustia, el 29-53% con algún trastorno de alimentación y el 25-44% con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad⁷⁻¹⁴. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes del eje II son el trastorno evitativo de la personalidad (TEP), el trastorno dependiente de la personalidad (TDP) y el trastorno paranoide de la personalidad (TPP), con una prevalencia entre el 43-47, 16-51 y 14-30%, respectivamente¹²⁻¹⁴.

Dada la complejidad terapéutica del TLP, el diagnóstico tanto del trastorno como de sus posibles comorbilidades debe ser realizado de forma exhaustiva y lo antes posible en el curso de la enfermedad, ya que variables como la temprana edad del diagnóstico, la ausencia de hospitalizaciones anteriores, el buen ajuste vocacional y la ausencia de comorbilidad del clúster C han demostrado ser un buen predictor de la remisión del trastorno¹⁵.

Actualmente en el campo de la investigación se utilizan cuestionarios o entrevistas semiestructuradas diseñadas para medir todos los trastornos de personalidad del DSM-IV. La fiabilidad interjueces y test-retest del diagnóstico del TLP observado con el uso de estos instrumentos es normalmente mejor que aquella obtenida por el juicio clínico solo. Aunque también es cierto que la fiabilidad de un buen diagnóstico está más en función del entrenamiento y la experiencia del evaluador en el uso de la entrevista que en la entrevista misma¹⁶.

Debido a la presión asistencial y al escaso tiempo de consulta disponible en el sistema sanitario español, la utilidad de las entrevistas semiestructuradas en el medio ambulatorio psiquiátrico y en la atención primaria es limitada, ya que éstas requieren un prolongado tiempo de aplicación. Esta situación obliga a los profesionales a basarse en el juicio clínico a la hora de realizar el diagnóstico, con la posibilidad de que la elevada presencia de patología comórbida de al-

gunos pacientes confunda el diagnóstico del TLP, generando un elevado número de falsos positivos.

Varios estudios epidemiológicos han analizado la prevalencia de los trastornos de la personalidad en diferentes muestras^{12,17-27}. Las principales dificultades al comparar los resultados obtenidos son las características de las muestras de cada estudio, así como el procedimiento de evaluación utilizado en cada uno de ellos. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en analizar las diferencias diagnósticas en función del método utilizado^{24,25} y sólo uno se ha centrado en estudiar las diferencias en el diagnóstico del TLP al usar el juicio clínico y las entrevistas semiestructuradas²⁵.

El estudio de Zimmerman y Mattia²⁵ indica que el porcentaje de diagnósticos de TLP realizados usando una evaluación clínica y los realizados utilizando entrevistas semiestructuradas difiere. Los autores observaron que el uso de entrevistas semiestructuradas genera un mayor número de diagnósticos. Sin embargo, cuando a los clínicos se les informaba del diagnóstico obtenido con entrevistas semiestructuradas, éstos lo diagnosticaban con mayor frecuencia²⁵.

Hasta el momento en España no existen estudios que analicen la concordancia entre el diagnóstico del TLP realizado a partir del juicio clínico y el de las entrevistas semiestructuradas.

En el trabajo se plantean dos objetivos. Primero, analizar la concordancia diagnóstica del TLP, comparando la evaluación clínica previa de TLP o probable TLP con la evaluación realizada mediante el uso de la Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II) en pacientes derivados al programa TLP del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron durante su primer año de funcionamiento. El segundo objetivo pretende estudiar si existen diferencias en la distribución de frecuencias de los trastornos psiquiátricos en función de la observación o no de concordancia diagnóstica del TLP.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes

En el estudio participaron 146 pacientes derivados al programa TLP del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron durante el primer año de funcionamiento del programa para evaluación, diagnóstico diferencial y, en caso de confirmación diagnóstica, abordaje terapéutico. Se utilizaron como criterios de inclusión presentar una edad entre 18 y 50 años, no presentar trastorno mental ni otros trastornos orgánicos que pudieran explicar mejor la sintomatología psiquiátrica, no presentar diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno por dependencia de sustancias en la actualidad y presentar diagnóstico previo de TLP o probable TLP, justificado a partir de un informe clínico de derivación en el que no se incluya el uso de entrevistas semiestructuradas como método de evaluación.

Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron debidamente informados y dieron su consentimiento por escrito para la participación en el estudio.

Procedimiento

Cada paciente fue entrevistado durante tres sesiones de 60 min cada una. El tiempo transcurrido entre cada entrevista fue de 1 semana.

Durante la primera sesión se realizó una entrevista psiquiátrica (MFV) con la finalidad de determinar si los pacientes cumplían los criterios de inclusión. Se realizó un cribado basado en la evaluación de los criterios TLP según el DSM-IV.

Posteriormente todos los pacientes fueron evaluados por clínicos con experiencia en el uso de entrevistas semiestructuradas (JL MC; LAC y OAP) en dos sesiones diferentes. En la primera sesión se administró la Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV²⁸ (SCID-II) y en la segunda la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV²⁹ (SCID-I). Del total de las evaluaciones, 20 entrevistas fueron grabadas para analizar la fiabilidad interjueces. Se observó una fiabilidad entre buena y excelente para los trastornos del eje II ($\kappa = 0,71-0,91$), excelente para el trastorno antisocial de la personalidad ($\kappa = 1,00$) y buena para los trastornos del eje I ($\kappa > 0,73$). Se confirmó la presencia del TLP cuando hubo acuerdo entre la evaluación realizada por el clínico en la primera entrevista y el diagnóstico obtenido a partir de la SCID-II.

Del total de la muestra, el 35,6% (53) de los pacientes fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión o por no haber firmado el consentimiento informado. De estos 53 pacientes, el 66,04% (35) de los sujetos fueron excluidos por no contar con un informe clínico previo con el diagnóstico o la sospecha de TLP, el 9,43% (5) por no obtenerse acuerdo diagnóstico entre la primera y segunda entrevista y el 24,53% (13) restante por no cumplir otros criterios de inclusión.

Finalmente, la muestra del estudio estuvo constituida por 93 pacientes. No se observaron diferencias significativas en las variables sociodemográficas de los pacientes excluidos y aquellos que participaron en el estudio, excepto para la variable sexo ($\chi^2 = 11,12$; $gl = 1$; $p = 0,001$), observándose una mayor frecuencia de mujeres entre los participantes del estudio.

Análisis estadístico

Las diferencias en las variables sociodemográficas entre los dos grupos, aquel donde se observó congruencia diagnóstica y en el que no se observó congruencia diagnóstica (grupo de incongruencia diagnóstica), fueron analizadas utilizando pruebas no paramétrica, la U de Mann-Whitney

para las variables ordinales y la prueba chi cuadrado para las variables nominales, mientras que la variable edad al presentar una distribución normal tanto en el grupo de incongruencia diagnóstica ($n = 28$) como en el grupo de congruencia diagnóstica ($n = 65$) según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z = 1,28$; $p = 0,17$ y $Z = 1,03$; $p = 0,24$, respectivamente) fue analizada con la prueba T. Puesto que el número total de trastornos diagnosticados a los pacientes en cada grupo no presentó una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. El porcentaje de cada uno de los trastornos específicos cumplidos por los pacientes de cada grupo fue estudiado usando la prueba chi cuadrado.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los 93 pacientes que participaron en el estudio pueden observarse en la tabla 1. La muestra estuvo principalmente formada por mujeres (71%) con una media de edad de 24,88 (desviación estándar [DE]: 6,20), solteros (81,7%) en el momento de la evaluación y con un nivel académico básico del 51,6% (graduado escolar) (tabla 1). Los trastornos del eje II más frecuentes fueron el TPP, el TEP y el TDP, observándose en un 32,3, 26,9

| Tabla 1 | Variables sociodemográficas de toda la muestra |
|--------------------------------------|--|
| Variables sociodemográficas | Frecuencias n (%) |
| Edad media (DE), años | 24,88 (6,20) |
| Sexo | |
| Mujer | 66 (71,0) |
| Hombre | 27 (29,0) |
| Estado civil | |
| Soltero | 76 (81,7) |
| Casado/vive con pareja | 9 (9,7) |
| Separado/divorciado | 8 (8,6) |
| Nivel académico | |
| Sin estudios | 1 (1,1) |
| Graduado escolar | 48 (51,6) |
| Formación profesional de grado medio | 22 (23,7) |
| Bachillerato | 15 (16,1) |
| Universitarios | 7 (7,5) |
| Situación laboral | |
| Estudiante | 18 (19,4) |
| Desempleado | 26 (28,0) |
| Paro | 13 (14,0) |
| Baja laboral | 7 (7,5) |
| Activo | 29 (31,2) |

DE: desviación estándar.

| Tabla 2 | | Frecuencia de trastornos diagnosticados en toda la muestra |
|--|--|--|
| | | Frecuencias n (%) |
| Trastorno de la personalidad | | |
| Trastorno evitativo de la personalidad | | 25 (26,9) |
| Trastorno dependiente de la personalidad | | 23 (24,7) |
| Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad | | 8 (8,6) |
| Trastorno paranoide de la personalidad | | 30 (32,3) |
| Trastorno esquizotípico de la personalidad | | 11 (11,8) |
| Trastorno histriónico de la personalidad | | 10 (10,8) |
| Trastorno narcisista de la personalidad | | 7 (7,5) |
| Trastorno antisocial de la personalidad | | 10 (10,8) |
| Paciente con uno o más trastornos de la personalidad | | 68 (72,8) |
| Trastorno del eje I | | |
| Trastorno bipolar II | | 2 (2,2) |
| Trastorno depresivo mayor | | 45 (48,4) |
| Trastorno distímico | | 7 (7,5) |
| Trastorno por abuso de alcohol | | 23 (24,7) |
| Trastorno por abuso de alucinógeno | | 3 (3,2) |
| Trastorno por abuso de amfetamina | | 4 (4,3) |
| Trastorno por abuso de cannabis | | 43 (46,2) |
| Trastorno por abuso de cocaína | | 27 (29,0) |
| Trastorno por abuso de ansiolíticos | | 19 (20,4) |
| Trastorno de angustia con agorafobia | | 5 (5,4) |
| Trastorno de angustia sin agorafobia | | 39 (41,9) |
| Trastorno obsesivo compulsivo | | 4 (4,3) |
| Trastorno por estrés postraumático | | 12 (12,9) |
| Agorafobia sin historia de trastorno de angustia | | 2 (2,2) |
| Fobia social | | 16 (17,2) |
| Fobia específica | | 19 (20,4) |
| Trastorno de ansiedad generalizada | | 7 (7,5) |
| Trastorno de somatización | | 1 (1,1) |
| Hipocondría | | 2 (2,2) |
| Trastorno dismórfico corporal | | 2 (2,2) |
| Anorexia nerviosa | | 2 (2,2) |
| Bulimia nerviosa | | 4 (4,3) |
| Trastorno por atracones | | 7 (7,5) |
| Pacientes con uno o más trastornos del eje I | | 88 (94,6) |

y 24,7% de los casos, respectivamente (tabla 2). En cuanto a los trastornos del eje I, los más frecuentes fueron el TDM (48,4%), el trastorno por abuso de cannabis (46,2%), el trastorno de angustia sin agorafobia (41,9%) y el trastorno por abuso de cocaína (29,0%) (tabla 2). Asimismo se observó que el 72,8% de los pacientes presentaban en el momento de la evaluación uno o más trastornos de personalidad y el 94,6% uno o más trastornos del eje I (tabla 2).

Del total de la muestra, el 69,9% (65) de los casos recibieron el diagnóstico de TLP y por tanto congruencia diag-

| Tabla 3 | | Porcentajes de pacientes en los que se observó congruencia diagnóstica y en los que se observó congruencia con el juicio clínico anterior | |
|---------------------------|--|---|------------|
| | | Pacientes incluidos en el estudio | |
| | | n | Porcentaje |
| Congruencia diagnóstica | | 65 | 69,9 |
| Incongruencia diagnóstica | | 28 | 30,1 |
| Total | | 93 | 100 |

nóstica, mientras que en el 30,1% (28) de los casos no se confirmó el diagnóstico previo (tabla 3).

En la tabla 4 se presentan la comparación de medias en las variables sociodemográficas entre el grupo de congruencia diagnóstica y el grupo de incongruencia diagnóstica. Tanto la variable sexo ($\chi^2 = 11,71$; $gl = 1$; $p = 0,001$) como la variable nivel académico ($Z = 2,04$; $p = 0,04$) presentan una distribución no homogénea en los dos grupos. El 81,5% de los pacientes del grupo de congruencia diagnóstica eran mujeres, mientras que en el grupo de incongruencia diagnóstica eran mujeres el 46,4% de los casos.

En la tabla 5 se muestran los trastornos más frecuentes observados en los dos grupos de pacientes en el momento de la evaluación. Los trastornos de personalidad más frecuentes en el grupo de congruencia diagnóstica fueron el TPP (46,2%), el TDP (30,8%) y el TEP (25%), mientras que en el grupo de incongruencia diagnóstica los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el TEP (27,7%) y el TDP (10,7%). Aunque sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el TDP ($\chi^2 = 4,23$; $gl = 1$; $p = 0,04$), en el TPP ($\chi^2 = 19,08$; $gl = 1$; $p < 0,001$) y en el trastorno histriónico de la personalidad ($\chi^2 = 4,83$; $gl = 1$; $p = 0,03$), siendo éstos más frecuentes en el grupo de congruencia diagnóstica (tabla 5).

Los trastornos más frecuentes del eje I en ambos grupos fueron los trastornos relacionados con el consumo de sustancia (TUS), así como el TDM (tabla 5). Los grupos sólo se diferenciaron significativamente en la frecuencia del TEPT ($\chi^2 = 5,94$; $gl = 1$; $p = 0,01$), y en el porcentaje de fobia específica ($\chi^2 = 7,00$; $gl = 1$; $p = 0,01$), siendo estos dos trastornos más frecuentes en el grupo de congruencia diagnóstica.

El número de trastornos diagnosticados en cada uno de los grupos fue similar, sólo siendo significativamente mayor en el grupo de congruencia diagnóstica el número de trastornos del eje II ($Z = 3,36$; $p = 0,01$) y el número de trastornos de ansiedad ($Z = 3,04$; $p = 0,002$) (tabla 6). No fueron significativamente diferentes las frecuencias de trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos, trastornos de la

| Tabla 4 | | Comparación de medias de las variables sociodemográficas entre el grupo de congruencia diagnóstica y el grupo de incongruencia diagnóstica | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|------|---------------|-------|--|
| Variables sociodemográficas | Grupo de congruencia diagnóstica | | Grupo de incongruencia diagnóstica | | Estadístico | | |
| | Media | DE | Media | DE | T (gl) | p | |
| Edad | 25,19 | 6,17 | 24,18 | 6,20 | 0,76 (91) | 0,52 | |
| | n | % | n | % | χ^2 (gl) | p | |
| Sexo | | | | | 11,71 (1) | 0,001 | |
| Mujer | 53 | 81,5 | 13 | 46,4 | | | |
| Hombre | 12 | 18,5 | 15 | 53,6 | | | |
| | | | | | Z | p | |
| Estado civil | | | | | 0,11 | 0,92 | |
| Solteros | 53 | 81,5 | 23 | 82,1 | | | |
| Casado/pareja | 6 | 9,2 | 3 | 10,7 | | | |
| Separado/divorciado | 6 | 9,2 | 2 | 7,1 | | | |
| Nivel académico | | | | | 2,04 | 0,04 | |
| Sin estudios | 1 | 1,5 | 0 | 0,0 | | | |
| Graduado escolar | 36 | 55,4 | 12 | 42,9 | | | |
| Formación profesional de grado medio | 18 | 27,7 | 4 | 14,3 | | | |
| Bachillerato | 7 | 10,8 | 8 | 28,6 | | | |
| Universitarios | 3 | 4,6 | 4 | 14,3 | | | |
| Situación laboral | | | | | 0,70 | 0,48 | |
| Estudiante | 11 | 16,9 | 7 | 25,0 | | | |
| Desempleado | 19 | 29,2 | 7 | 25,0 | | | |
| Paro | 8 | 2,3 | 5 | 17,9 | | | |
| Baja laboral | 6 | 9,2 | 1 | 3,6 | | | |
| Activo | 21 | 32,3 | 8 | 8,6 | | | |

DE: desviación estándar.

conducta alimentaria ni trastornos adaptativos en los grupos y tampoco se observaron diferencias significativas en la variable número total de trastornos (tabla 6).

CONCLUSIÓN

Al contrario de los resultados obtenidos en estudios anteriores^{19,22,25}, los resultados indican que el número de diagnósticos realizados sin la utilización de una entrevista semiestructurada es superior al número de diagnósticos ob-

| Tabla 5 | | Trastornos más frecuentes diagnosticados en el grupo de pacientes con congruencia diagnóstica y el grupo de pacientes de incongruencia diagnóstica | |
|--|----------------------------------|--|--|
| Trastornos | Grupo de congruencia diagnóstica | Grupo de incongruencia diagnóstica | |
| | n (%) | n (%) | |
| Trastorno evitativo de la personalidad | 12 (27,7) | 7 (25,0) | |
| Trastorno dependiente de la personalidad | 20 (30,8)* | 3 (10,7) | |
| Trastorno paranoide de la personalidad | 30 (46,2)** | 0 (0,0) | |
| Trastorno histriónico de la personalidad | 10 (15,4)* | 0 (0,0) | |
| Trastorno antisocial de la personalidad | 6 (9,2) | 4 (14,3) | |
| Trastorno depresivo mayor | 31 (47,7) | 14 (50,0) | |
| Trastorno por abuso de alcohol | 15 (23,1) | 8 (28,6) | |
| Trastorno por abuso de cannabis | 30 (36,1) | 12 (42,9) | |
| Trastorno por abuso de cocaína | 19 (29,2) | 8 (28,6) | |
| Trastorno por estrés postraumático | 12 (18,5)* | 0 (0,0) | |
| Trastorno de angustia sin agorafobia | 29 (44,6) | 10 (35,7) | |
| Fobia social | 11 (16,9) | 5 (17,5) | |
| Fobia específica | 18 (27,7)* | 1 (3,6) | |

* Diferencias significativas $p < 0,05$. ** Diferencias significativas $p < 0,001$.

tenidos con la utilización de éstas. Esta divergencia en los resultados puede ser debida a las diferencias metodológicas entre los estudios y/o al sesgo de la muestra de este trabajo. La muestra que participó en el estudio estuvo formada por pacientes derivados a un programa específico en el diagnóstico y tratamiento del TLP con el diagnóstico previo o la sospecha de éste, mientras que en los estudios antes citados han utilizado principalmente pacientes psiquiátricos ambulatorios en los que no existía sospecha de TLP^{19,22,25}.

La principal limitación del estudio es la utilización de un diseño descriptivo. La ausencia de un diseño experimental nos impide atribuir con mayor certeza la diferencia diagnóstica al tipo de método utilizado a la hora de evaluar a los pacientes. Además, aunque todos aquellos pacientes que no presentaban diagnóstico previo o sospecha de TLP fueron eliminados del estudio y sólo se incluyó a aquellos que no presentaban un informe que incluyese el uso de entrevistas semiestructuradas en el diagnóstico, no podemos asegurar con total certeza el procedimiento utilizado para realizar el diagnóstico. Sin embargo, el conocimiento de la red pública de salud mental española, la gran presión asistencial a la que está sometida, el escaso tiempo de consulta disponible por los profesionales, el tiempo necesario para la realización de las entrevistas semiestructuradas, así como los informes clínicos de derivación de los pacientes nos permite considerar poco probable la utilización de entrevistas semiestructuradas en el diagnóstico previo.

Tabla 6

Comparación del número de los trastornos diagnosticados en el grupo de congruencia diagnóstica y el grupo de incongruencia diagnóstica

| Variables sociodemográficas | Grupo de congruencia diagnóstica | | Grupo de incongruencia diagnóstica | | Estadístico | |
|--|----------------------------------|-------|------------------------------------|-------|-------------|-------|
| | Media | DE | Media | DE | Z | p |
| N.º total de trastornos | 5,49 | 3,31 | 4,14 | 1,86 | 1,62 | 0,10 |
| N.º trastornos del eje II | 1,65 | 1,42 | 0,63 | 0,63 | 3,36 | 0,01 |
| N.º trastornos del eje I | 3,58 | 2,47 | 2,52 | 1,45 | 1,69 | 0,09 |
| N.º trastornos relacionados con sustancias | 1,38 | 1,62 | 1,07 | 1,08 | 0,28 | 0,77 |
| N.º trastornos de ansiedad | 1,32 | 1,02 | 0,68 | 0,77 | 3,04 | 0,002 |
| | n | % | n | % | χ^2 | p |
| Trastornos del estado de ánimo* | 39 | 60,0 | 16 | 55,17 | 0,06 | 0,82 |
| Trastornos somatomorfos* | 5 | 7,69 | 0 | 0,0 | 2,28 | 0,13 |
| Trastornos de la conducta alimentaria* | 11 | 16,92 | 2 | 6,89 | 1,56 | 0,21 |
| Trastornos adaptativos* | 1 | 1,54 | 0 | 0,0 | 0,44 | 0,51 |

Trastornos del estado de ánimo: suma de los trastornos del grupo del estado de ánimo que cumplía cada paciente en el momento de la evaluación. Trastornos somatomorfos: suma de los trastornos del grupo somatomorfos que cumplía cada paciente en el momento de la evaluación. Trastornos de la conducta alimentaria: suma de los trastornos del grupo de la conducta alimentaria que cumplía cada paciente en el momento de la evaluación. Trastornos adaptativos: suma de los trastornos adaptativos que cumplía cada paciente en el momento de la evaluación. *Se realiza un contraste chi cuadrado porque ningún paciente cumplió en el momento de la evaluación más de un trastorno de cada categoría. DE: desviación estándar.

Consistente con los estudios epidemiológicos anteriores⁷⁻¹⁴, los trastornos más frecuentes del eje II observados en el momento de la evaluación en el grupo de congruencia diagnóstica fueron el TPP, el TDP y el TEP y en el eje I el TDM, los TUS y el trastorno de angustia sin agorafobia. Sin embargo, sólo fueron significativas las diferencias entre los grupos, en el TDP, el TPP, el THP, el TEPT y las fobias específicas.

Los dos grupos presentan un elevado número de trastornos comórbidos en el momento de la evaluación, pero sólo se diferencian significativamente en el número de trastornos de personalidad comórbido y en el número de trastornos de ansiedad comórbido. Este resultado es consistente con estudios anteriores que indican que los pacientes TLP en el momento del diagnóstico normalmente presentan más de un trastorno tanto del eje I como del eje II⁷. La inexistencia de diferencias entre los dos grupos en el número total de trastornos podría estar indicando que la complejidad psicopatológica que algunos pacientes presentan en el momento de la evaluación puede

de dificultar su correcto diagnóstico. Además, la diferente distribución de los trastornos psiquiátricos en cada grupo muestra una frecuencia, en el grupo de congruencia diagnóstica, de trastornos comórbidos similares a los observados en estudios epidemiológicos anteriores en pacientes diagnosticados de TLP⁷⁻¹⁴. Estos resultados nos permiten inferir que el juicio clínico puede estar generando un mayor número de falsos positivos.

Cabe destacar que el elevado porcentaje de congruencia diagnóstica observado (70 %) indica que los profesionales de la salud mental reconocen el trastorno y lo diagnostican correctamente en un considerable número de casos.

El diagnóstico TLP es de gran importancia, ya que a partir de éste se planifica la posterior intervención, sobre todo en una patología tan compleja y en la que sólo se han demostrado científicamente resultados terapéuticos modestos^{30,31}. La posibilidad de que un 30% de los pacientes inicialmente diagnosticados como TLP presenten otro trastorno implica que van a precisar un abordaje terapéutico distinto al del TLP. El diagnóstico específico permite optimizar y adaptar el tratamiento a las necesidades de cada paciente. Este hecho es de gran importancia, especialmente para el pronóstico de los pacientes y para el sistema sanitario público. Un correcto diagnóstico puede disminuir el gasto económico de la red de salud mental pública, ya que el tratamiento del paciente con TLP supone un elevado coste, por la complejidad del abordaje terapéutico específico, psicofarmacológico y psicoterapéutico, que precisan estos pacientes¹, a diferencia de otros cuadros psicopatológicos.

En conclusión, los resultados del estudio indican que un protocolo de evaluación específico, que incluya la administración de una entrevista semiestructurada por profesionales formados y con experiencia en su uso, es más válido que el juicio clínico en el diagnóstico del TLP, especialmente en aquellos pacientes que presenten una gran comorbilidad psicopatológica. Por tanto, este procedimiento puede minimizar la posibilidad de falsos positivos.

La relevancia del TLP y su impacto en la red de salud mental hace imprescindible continuar estudios dirigidos a analizar la validez de las herramientas diagnósticas y a la búsqueda de procedimientos que aumenten la validez del diagnóstico al utilizar las entrevistas ya existentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364:453-61.
2. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990;4:257-72.
3. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Comm Psychiatry* 1991;42:1015-21.
4. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:590-6.

5. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:276-83.
6. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder introduction. *Am J Psychiatry* 2001;158:2.
7. Zanarini MC, Frances R, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel MA, Anjana Trikha MAA, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155:1733-9.
8. Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NG, Shapiro AL. Organic brain dysfunctions and the borderline syndrome. *Psychiatr. Clin North Am* 1981;4:47-66.
9. Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NG. Borderline personality subcategories. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:670-9.
10. Andrulonis PA, Vogel NG. Comparison of borderline personality subcategories to schizophrenic and affective disorders. *Br J Psychiatry* 1984;144:358-63.
11. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999;40:245-52.
12. Van Reekum R. Acquired and developmental brain dysfunction borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1993;38(Suppl.): 4S-10S.
13. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:571-8.
14. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:256-64.
15. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KS. Prediction of the 10 year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:827-32.
16. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesly WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51:936-50.
17. Mezzich JE, Coffman GA, Goodpastor SM. A format for DSM-III diagnostic formulation: experience with 1,111 consecutive patients. *Am J Psychiatry* 1982;139:591-6.
18. Kass F, Skodol AE, Charles E, Spitzer RL, Williams JB. Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *Am J Psychiatry* 1985; 142:627-30.
19. Koenigsber HW, Kaplan RD, Gilmore MM, Cooper AM. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry* 1985;142:207-12.
20. Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal C. A structured interview for DSM-III personality disorders: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:591-6.
21. Dahl AA. Some aspects of DSM-III personality disorders illustrated by sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatr Scand* 1986;328(Suppl.):61-7.
22. Oldham JM, Skodol AE. Personality disorders in the public sector. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:481-7.
23. Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walter ML, Greenfeld D, Edell WS. Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1998;155:140-2.
24. Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, Grann M, von Knorring L, Kullgren G, et al. DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *Eur Psychiatry* 1998;13:246-53.
25. Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1570-4.
26. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, et al. Patterns of covariations of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Compr Psychiatry* 2000;42:106-15.
27. Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petrucci C, Danelluzzo E, et al. Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology* 2000;33:69-74.
28. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. The structured clinical interview for DSM-IV axis II disorder (SCID-II). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1999.
29. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I) (User's guide and interview) Clinical version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1997.
30. Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Internat Clin Psychopharmacol* 2006;21:345-53.
31. Blinks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline (translated Cochrane review). En: *The Cochrane Library Plus*, 2006. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Disponible en The Cochrane Library, 2006 número 4. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.)