Artículo original

Trastorno límite de la personalidad y otros trastornos de la personalidad en un centro especializado de salud mental de Quito: análisis de tendencias en registros institucionales

Borderline Personality Disorder and Other Personality Disorders in a Specialized Mental Health Center in Quito: Trend Analysis of Institutional Records

https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0348

Alba Riera-Recalde[1*]
https://orcid.org/0000-0003-1070-0732
ayriera@uce.edu.ec

Danny Raúl Zúñiga-Carrasco[2]
https://orcid.org/0000-0002-9259-3928
drzuniga@uce.edu.ec

Solange Poleth Rivera-Carrillo[3]
https://orcid.org/0009-0009-9585-4829
polethrivera020@gmail.com

Lorena Cecilia Carrera-López[4]
https://orcid.org/0000-0002-9832-5967
lccarrera@uce.edu.ec

Recibido: 10/06/2026 **Aceptado:**07/08/2026

RESUMEN

Introducción: El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los más frecuentes entre los de su tipo; presenta una amplia sintomatología y comorbilidad, lo que dificulta su abordaje terapéutico. Se asocia con altas tasas de suicidio y demanda de servicios de salud mental. En el Ecuador, no se cuenta con estudios epidemiológicos a gran escala sobre esta problemática. **Objetivo:** Analizar la evolución de frecuencias diagnósticas del TLP (F60.3) y otros trastornos de la personalidad en primeras atenciones psiquiátricas ambulatorias, según sexo, con base en diez años de registros disponibles entre 2014-2024 **Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de análisis de tendencias en bases institucionales del Centro de Atención Ambulatoria Especializado (CAAE) San Lázaro de Quito. Se examinaron 1.257 registros anonimizados mediante análisis descriptivo de frecuencias anuales, estimación de tasas de crecimiento porcentual anual mediante regresión de Poisson o Binomial Negativa, según el grado de dispersión de los datos, y comparación de proporciones por sexo mediante prueba χ^2 con correcciones por comparaciones múltiples. **Resultados:** El TLP constituyó el 22,7% de los diagnósticos (n=285), con predominio significativo en mujeres (80,0%; OR=2,57; IC 95%: 1,87-3,53; p<0,001). El trastorno de personalidad no especificado (F60.9) fue más frecuente (65,5%; n=824), con una tasa de crecimiento anual del 43,55% (p<0,001). El volumen total de atenciones mostró un incremento del 320% entre 2014 y 2024. **Conclusiones:** Se evidenció un incremento descriptivo del 320% en el volumen total de atenciones entre el 2014 y 2024 (comparación puntual entre el primer y último año de la serie), sin que la tendencia interanual modelada alcanzara significancia estadística; por otro lado, se observaron cambios en los patrones diagnósticos, con un giro sostenido hacia el trastorno de personalidad no especificado (F60.9). Estos hallazgos constituyen una línea base para la planificación estratégica de servicios de salud mental en el contexto ecuatoriano.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad; Trastornos de la Personalidad; Tendencias Institucionales; Servicios de Salud Mental; Quito.

1. Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador
2. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Hospital Psiquiátrico San Lázaro.
3. Facultad de Filosofía, Universidad de Almería, Almería Capital, España.
4. Facultad de Ciencias de la Discapacidad, Atención Prehospitalaria y Desastres, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

* Autor de correspondencia: ayriera@uce.edu.ec

ABSTRACT

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the most common of its kind, presenting a wide range of symptoms and comorbidities, which complicate therapeutic approaches. It is associated with high rates of suicide and demand for mental health services. In Ecuador, there are no large-scale epidemiological studies on this issue.
Objective: to analyze the evolution of diagnostic frequencies of BPD (F60.3) and other personality disorders in first outpatient psychiatric consultations, by sex, based on ten years of records available between 2014-2024 (excluding data for 2018). **Materials and methods:** Retrospective observational study of trend analysis in institutional databases of the Centro de Atención Ambulatoria Especializado (CAAE) San Lázaro in Quito. 1,257 anonymized records were analyzed using descriptive analysis of annual frequencies, estimation of annual percentage growth rates through Poisson or Negative Binomial regression, depending on the degree of data dispersion, and comparison of proportions by sex using the χ^2 test with corrections for multiple comparisons. **Results:** BPD constituted 22.7% of the diagnoses (n=285), with a significant predominance in women (80.0%; OR=2.57; 95% CI: 1.87-3.53; p<0.001). The unspecified personality disorder (F60.9) was more frequent (65.5%; n=824), with an annual growth rate of 43.55% (p<0.001). The total volume of care increased by 320% between 2014 and 2024. **Conclusions:** A descriptive increase of 320% in the total volume of care was observed between 2014 and 2024 (a point comparison between the first and last year of the series), without the modeled interannual trend reaching statistical significance; in contrast, significant changes in diagnostic patterns were observed, with a sustained shift toward unspecified personality disorder (F60.9). These findings constitute a baseline for the strategic planning of mental health services in the Ecuadorian context.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Personality Disorders; Institutional Trends; Mental Health Services; Quito.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por presentar patrones duraderos de malestar psicológico y comportamientos distanciados de las normas y expectativas de la cultura circundante. Afectan de forma negativa múltiples aspectos de la vida: relaciones interpersonales, laborales y el funcionamiento general en quienes los padecen (1,2).

El trastorno límite de la personalidad (TLP) (DSM-5) (3) o Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, con código F60.3 según la CIE-10(4), se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad afectiva, impulsividad, conductas autolesivas e intentos de suicidio múltiples, con riesgo de suicidio consumado de hasta el 10% a lo largo de la vida (5).

Una reciente revisión sistemática estimó una prevalencia combinada del TLP de 2,41% en población general, variando entre 0,7% y 7,35% (6). En contextos clínicos u hospitalarios especializados en salud mental, la prevalencia puede variar del 15% al 28% (7). Históricamente, es considerado más frecuente en mujeres; sin embargo, algunos estudios recientes muestran una distribución más equitativa entre sexos (6,8). Su prevalencia tiende a disminuir con la edad (9–11), se asocia con experiencias de violencias múltiples en edades tempranas y condiciones socioeconómicas adversas, entre otros factores de riesgo (9,12).

El TLP presenta alta comorbilidad con otros trastornos mentales, incluyendo depresión, ansiedad, abuso de sustancias, entre otros (9,11) y con enfermedades endocrinas, metabólicas, respiratorias, cardiovasculares e infecciosas (9). En América Latina, la evidencia epidemiológica es limitada, una encuesta nacional de salud mental en Colombia (2015) reportó que el 4,6% de la población general presentó rasgos de TLP (13). Otro estudio realizado con estudiantes universitarios de Medellín identificó el 8,9% de los casos con este diagnóstico (14).

En Ecuador, hacen falta estudios epidemiológicos a gran escala; sin embargo, en una investigación publicada en bases secundarias de 2022, se reportó una prevalencia entre el 3% y el 14% (15). En este sentido, se evidencia la necesidad de producir datos locales que orienten la práctica diagnóstica y asistencial en salud mental para trastornos de la personalidad, específicamente para TLP, que se asocia con mayor demanda de servicios de salud, generando costos anuales de hasta 50.000 dólares en atención médica en urgencias y consultas especializadas en salud mental (11). El presente estudio se propone analizar la evolución de las frecuencias diagnósticas del TLP y de otros trastornos de la personalidad en primeras atenciones psiquiátricas, en hombres y mujeres del Centro de Atención Ambulatoria Especializado (CAAE) San Lázaro de Quito durante el período 2014-2024.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo de análisis de tendencias en bases institucionales. Se describen patrones de cambio en el tiempo y estimación de tasas de crecimiento por sexo.Se usaron registros administrativos de atención en salud mental del (CAAE) San Lázaro. Este se encuentra ubicado en Quito y es parte del sistema de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador.

La base de datos provino del mismo sistema de registro llamado Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA) para los años 2014-2016 y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) para el período 2017-2024. Estos corresponden al mismo sistema, sin cambios en su estructura de captura de datos ni en el esquema de codificación que se mantuvo bajo CIE-10, el cual es de aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ecuador [4,16]. Las variables incluidas para el análisis fueron: primeras atenciones institucionales en consulta externa de psiquiatría entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2024; diagnósticos de TLP (F60.3) y otros trastornos de la personalidad (F60.0-F60.9); sexo; orientación sexual; edad (en años y rangos etarios: 13-17, 18-29, 30-44, 45-64, 65+); nacionalidad; provincia de residencia, autoidentificación étnica y tipo de seguro de salud. Se incluyeron 1257 primeras atenciones en psiquiatría registradas en la base anonimizada desde la fuente. Se excluyeron registros duplicados mediante coincidencia de sexo, diagnóstico y

marcador de tiempo. No se analizaron datos del año 2018 por falta de registros en la base de datos entregada por el CAAE.

Se obtuvieron frecuencias absolutas y proporciones con intervalos de confianza del 95% (método Wilson) para variables categóricas. Se calcularon: media, desviación estándar, mediana y rango de edad. Los datos incompletos y no disponibles se codificaron como *NA* (no aplica). Se realizó una prueba de chi-cuadrado (χ^2) para comparar distribuciones diagnósticas entre sexos. Se calculó el *odds ratio* (OR) con IC del 95% para cada código diagnóstico. Para controlar el error tipo I por múltiples comparaciones, se aplicaron correcciones de *False Discovery Rate* (FDR) de Benjamini-Hochberg y Bonferroni, considerando significativo un valor de p ajustado $< 0,05$. El análisis de tendencias, considerando datos agregados anuales (n=10 años, excluyendo 2018), se enfocó en describir tendencias observadas y estimar tasas de crecimiento porcentual anual, utilizando modelos de regresión adaptados a datos de conteo: Poisson (ante equidispersión) y Binomial Negativa (BN) (en caso de sobredispersión o varianza > media). El modelo ajustado fue: $\log(E[Yt]) = \beta_0 + \beta_1 t$, donde Yt representa el conteo de casos en el año t, y β_1 es el coeficiente de tendencia. La tasa de crecimiento anual se calculó como $(e^{\beta_1} - 1) \times 100\%$. Dado el bajo número de casos anuales en varias categorías diagnósticas F60.x las estimaciones de tendencia deben interpretarse con cautela por su inestabilidad estadística; el análisis inferencial de tendencias se priorizó para el total de atenciones, F60.3 y F60.9, mientras que las demás categorías se presentan con fines exclusivamente descriptivos. Todos los análisis se realizaron con R versión 4.4.1 (2024-04-24) mediante RStudio versión 2025.09.2+418. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador con código UCE-2233.78.

RESULTADOS

Se analizaron 1.257 registros de primeras atenciones en consulta externa de psiquiatría durante el período 2014-2024. De estos, 285 casos (22,7%) fueron TLP (F60.3), 824 casos (65,5%) fueron trastorno de personalidad no especificado (F60.9) y los 148 casos restantes (11,8%) se distribuyeron entre los demás trastornos de personalidad (F60.0-F60.8). Las características sociodemográficas de los 285 casos con TLP se presentan en la Tabla S1(27), donde se observa: predominio en mujeres (80,0%; n=228), edad media de 26,10 años (DE=8,65; mediana=23 años; rango: 14-66 años) y grupo etario más frecuente: 18-29 años (69,5%; n=198). El 90,5% (n=258) se autoidentificó como mestizo, el 93,3% (n=266) de nacionalidad ecuatoriana; el 90,5% (n=258) registró a Pichincha como lugar de residencia; el 49,1% (n=140) no contaba con seguro de salud y el 44,5% (n=127) no tenía registro de esta variable en la base de datos.

En la distribución anual de todos los trastornos de personalidad (ver Tabla 1) se observan fluctuaciones anuales considerables en el número total de atenciones, desde 59 (2014) hasta 248 casos (2024), lo que significa un incremento total en el número de atenciones del 320% entre el primer y el último año. Destaca una reducción notoria en 2020 (64 casos), año en que se implementaron medidas de confinamiento por la pandemia de COVID-19. El diagnóstico de TLP mostró fluctuaciones anuales sin tendencia clara de crecimiento o disminución en valores absolutos. El año con mayor número de casos fue 2021 (n=43) y el de menor, 2017 (n=14). En contraste, el diagnóstico F60.9 presentó un incremento pronunciado, pasando de 5 casos en 2014 a 212 en 2024. Los demás trastornos acumulan frecuencias bajas (ver figura S1) (28).

Tabla 1.
Distribución anual de trastornos de la personalidad (F60.0 - F60.9): CAAE San Lázaro, con registros disponibles 2014-2024

Diagnóstico	Frecuencia por año										Total
	2014	2015	2016	2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
F60.0	4	0	0	0	0	1	3	2	2	0	12
F60.1	2	1	2	0	3	2	1	0	2	0	13
F60.2	6	2	1	2	2	1	0	4	7	4	29
F60.3	34	20	38	14	40	12	43	35	24	25	285
F60.4	0	0	0	1	0	0	1	3	1	0	6
F60.5	2	4	0	1	1	1	3	2	1	0	15
F60.6	0	2	1	7	4	1	2	1	1	4	23
F60.7	1	1	1	3	0	0	1	0	3	1	11
F60.8	5	4	2	1	4	0	3	2	16	2	39
F60.9	5	8	9	46	74	46	110	126	188	212	824
Total	59	42	54	75	128	64	167	175	245	248	1257

Códigos de trastornos de la personalidad (F60x) según CIE-10: F60.0: Trastorno paranoide de la personalidad; F60.1: Trastorno esquizoide de la personalidad; F60.2: Trastorno antisocial de la personalidad; F60.3: Trastorno límite de la personalidad (borderline); F60.4: Trastorno histriónico de la personalidad; F60.5: Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo) de la personalidad; F60.6: Trastorno de la personalidad evitativa; F60.7: Trastorno de la personalidad dependiente; F60.8: Otros trastornos específicos de la personalidad; F60.9: Trastorno de la personalidad no especificado.

En cuanto a los trastornos de personalidad según sexo, en la Tabla 2 se observan asociaciones significativas en varios diagnósticos: TLP (F60.3) fue significativamente más frecuente en mujeres (M=27,8% - H=13,0%), con un *OR*= de 2,57 (IC 95%: 1,87-3,53; p<0,001) tras corrección FDR; el trastorno antisocial de la personalidad (F60.2) fue significativamente más frecuente en hombres (H=5,5% - M=0,6%), con OR=0,11 (IC 95%: 0,04-0,28; p<0,001). El trastorno de personalidad no especificado (F60.9) se presentó con mayor frecuencia en hombres (H=70,0% - M=63,2%), con significación marginal tras corrección de FDR (p=0,050). No se observaron diferencias significativas en los demás trastornos de la personalidad.

Tabla 2.
Distribución de trastornos de la personalidad según sexo: CAAE San Lázaro, con registros disponibles 2014-2024

	Mujeres (n = 820)		Hombres (n = 437)						
Código CIE-10	**n**	**Prop ***	**N**	**Prop***	**OR (IC 95%)[a]**	**Mét.**	**p**	**FDR**	**Bonf.**
F60.3	228	0,278	57	0,130	2,57 (1,87; 3,53)	χ^2	<0,001	<0,001	<0,001
F60.2	5	0,006	24	0,055	0,11 (0,04; 0,28)	χ^2	<0,001	<0,001	<0,001
F60.9	518	0,632	306	0,700	0,73 (0,57; 0,94)	χ^2	0,015	0,050	0,149
F60.1	5	0,006	8	0,018	0,33 (0,11; 1,01)	Fisher	0,074	0,184	0,737
F60.6	12	0,015	11	0,025	0,58 (0,25; 1,31)	χ^2	0,184	0,369	1,000
F60.8	23	0,028	16	0,037	0,76 (0,40; 1,45)	χ^2	0,404	0,674	1,000
F60.0	9	0,011	3	0,007	1,61 (0,43; 5,96)	Fisher	0,559	0,698	1,000
F60.7	6	0,007	5	0,011	0,64 (0,19; 2,10)	Fisher	0,529	0,698	1,000
F60.4	4	0,005	2	0,005	1,07 (0,20; 5,84)	Fisher	1,000	1,000	1,000
F60.5	10	0,012	5	0,011	1,07 (0,36; 3,14)	χ^2	0,907	1,000	1,000

Nota: CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión; n: Frecuencia absoluta; Prop: Proporción; OR: Odds ratio (razón de momios); IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; Mét.: Método estadístico; p: Valor de probabilidad; FDR: False Discovery Rate (tasa de falsos descubrimientos); Bonf.: Ajuste de significación de Bonferroni. Total, de registros analizados: N = 1257.
* Valores calculados y expresados con tres decimales fijos para cumplir con los requerimientos de precisión matemática y evitar sesgos derivados del error de redondeo.
.ª Referencia utilizada para la estimación del OR: Mujeres / Hombres.

El análisis de tendencias arrojó tasas de crecimiento estimadas (ver Tabla 3). El número total de primeras atenciones por trastornos mostró una tasa de crecimiento anual no significativa (p=0,074) del 18,80%. El F60.9 presentó la tasa de crecimiento más pronunciada (43,55% anual; p<0,001), siendo el principal impulsor del incremento en la demanda asistencial. Con respecto al TLP (F60.3), los hallazgos demostraron una ausencia de tendencia temporal estadísticamente significativa (p=0,991) del 0,1%. Se observó una inversión en la distribución proporcional de dos diagnósticos: en 2014, el TLP representó el 57,6% de todos los trastornos de personalidad, mientras que el F60.9 constituyó el 8,5%; para 2024, esta proporción se invirtió drásticamente: el F60.3 representó el 10,1% y el F60.9 el 85,5%.

Tabla 3.
Tasas de crecimiento anual estimadas por código CIE-10 en primeras atenciones psiquiátricas: CAAE San Lázaro, con registros disponibles 2014-2024

Código CIE-10	Coeficiente β*	Tasa anual (%)†	IC 95% de la tasa	p-valor	Dispersión (α)‡	Modelo
Total	0,172	18,80	(-1,69; 43,48)	0,074	6,337	BN
F60.9	0,362	43,55	(18,41; 74,02)	<0,001	6,216	BN
F60.4	0,216	24,14	(-5,48; 63,22)	0,145	1,224	Poisson
F60.8	0,065	6,70	(-12,23; 29,74)	0,549	4,520	BN
F60.2	0,032	3,24	(-15,82; 26,59)	0,775	1,972	BN

F60.6	0,022	2,21	(-15,84; 24,12)	0,850	2,227	BN
F60.3	0,001	0,11	(-17,76; 21,98)	0,991	4,793	BN
F60.0	-0,001	-0,13	(-17,92; 21,55)	0,992	2,036	BN
F60.7	-0,001	-0,08	(-18,15; 21,99)	0,993	1,240	Poisson
F60.1	-0,066	-6,36	(-20,44; 10,23)	0,437	0,971	Poisson
F60.5	-0,077	-7,39	(-20,55; 7,95)	0,332	1,056	Poisson

Nota: CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión; BN: Regresión Binomial Negativa; Poisson: Regresión de Poisson; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%. Número de observaciones anuales analizadas: t = 10 (período 2014-2024).
Los modelos de tendencia para códigos con baja frecuencia anual se presentan con fines descriptivos
*β: Coeficiente de regresión estimado mediante Modelos Lineales Generalizados (GLM) con función de enlace Log.
† Tasa anual de cambio calculada mediante la expresión (e^β - 1) × 100%. Los límites del IC 95% corresponden a la transformación exponencial de los intervalos del coeficiente.
‡ α: Parámetro de sobredispersión estimado mediante regresión Binomial Negativa, donde valores de α cercanos a 0 indican equidispersión (similar a Poisson) y valores mayores indican sobredispersión creciente. En los modelos ajustados bajo la familia Poisson, se reporta el estadístico de escala (φ) como referencia, dado que este modelo no estima α directamente.

DISCUSIÓN

Este estudio hace uno de los primeros análisis sobre trastornos de personalidad en Ecuador, basado en diez años de registros disponibles durante el periodo 2014-2024. A nivel global, se identificó un aumento descriptivo del 320% en el volumen total de atenciones al comparar los años extremos de la serie, principalmente del F60.9 y del F60.3.

El incremento absoluto en el volumen de atenciones sugiere, como hipótesis explicativa, mayor demanda de servicios especializados para trastornos de personalidad, lo que puede atribuirse en parte, a múltiples explicaciones: aumento de personas diagnosticadas, mayor acceso a servicios de salud mental, reducción del estigma asociado a la búsqueda de atención y mejoras en los sistemas de registro.

Un resultado destacado fue identificar la inversión de la proporción relativa del F60.3 y del F60.9. Mientras en 2014 el primero representaba más de la mitad de los diagnósticos de trastorno de personalidad, para 2024 el segundo abarcó la mayoría de los casos. Este cambio refleja un incremento de valores absolutos del F60.9 y evidencia una modificación sustancial de los patrones diagnósticos institucionales que podría estar vinculado a: alta rotación de personal clínico (contrataciones, renuncias y jubilaciones), lo cual podría interrumpir la continuidad asistencial (17), dificultar la capacitación continua, la ejecución de programas y contribuir a la pérdida de experiencia acumulada (17,18).

Otra explicación puede ser el acceso limitado a instrumentos estandarizados y manuales específicos para el diagnóstico de trastornos de la personalidad, como las Guías de Práctica Clínica (GPC) (19). Al respecto, en una revisión sistemática de 2023 sobre GPC para trastornos de la personalidad, se mostró que la mitad de las directrices de las guías eran de menor calidad

metodológica y carecían de respaldo científico (20). En Ecuador, desde 2012, el MSP impulsó una reestructuración y sistematización de instrumentos normativos, priorizando las GPC (21); sin embargo, hasta la actualidad no se ha creado una específica para trastornos de la personalidad. Estas explicaciones, basadas en la literatura, podrían explicar en forma plausible parte de la variabilidad de criterios aplicados por los profesionales a la hora de elaborar el diagnóstico definitivo. En este sentido, hacer diagnósticos precisos de los trastornos de la personalidad, específicamente del TLP, requiere evaluaciones prolongadas y subsecuentes; no es factible en consultas iniciales de corta duración donde los profesionales se limitan al uso de diagnósticos presuntivos que posteriormente no se reevalúan.

El incremento del diagnóstico F60.9 podría conllevar implicaciones clínicas y administrativas relevantes que comprometan la selección y eficacia de las intervenciones terapéuticas. Asimismo, personas con TLP no identificado pueden no acceder a tratamientos específicos como la terapia dialéctica-conductual, terapia basada en la mentalización, entre otras, que han demostrado eficacia (22). Ergo, un diagnóstico impreciso dificulta la optimización de recursos tanto asistenciales (perfil del servicio) como materiales y logísticos, reduciendo la eficiencia en la planificación y asignación de recursos y la eficacia de las intervenciones.

El predominio del F60.3 en mujeres es consistente con la evidencia internacional (6,8). Sin embargo, no se descartan sesgos de género en la literatura debido a un sobreregistro, en el número de atenciones en servicios de salud mental y a un subregistro de hombres con sintomatología similar, quienes podrían estar sumando a las estadísticas de otros sistemas de atención (justicia penal y servicios de adicciones) (23). Asimismo, una mayor frecuencia del diagnóstico F60.9 en hombres posiblemente enmascara casos de TLP también por la asociación del TLP solo con mujeres o por la presentación clínica más externalizante en hombres, lo que se atribuye al trastorno antisocial de la personalidad (23,24).

La marcada reducción de atenciones en 2020 podría deberse al confinamiento y las barreras de acceso durante la emergencia por COVID-19 (25,26) sin descartar una disminución real en la demanda. La recuperación de atenciones entre 2021 y 2024 es compatible con esta explicación, aunque el diseño no permita confirmarlo.

La base de datos solo disponía de registros agregados por año, impidiendo el análisis de estacionalidad y estacionariedad. No obstante, la perspectiva macro-anual ofrece una visión de los cambios en la demanda social a mediano plazo. La ausencia de datos del año 2018 impide la aplicación de modelos de series temporales clásicos. Los datos provienen de un centro de salud mental del sector público, que pese a tener atenciones de varias provincias del país, no admite generalizaciones a nivel nacional ni permite obtener prevalencias, incidencias o causalidad. Los diagnósticos registrados se basaron en la práctica clínica habitual, sin estandarización de métodos

o instrumentos estructurados, pudiendo introducir variabilidad interevaluador. En este sentido, el estudio está sujeto a posibles sesgos inherentes al registro clínico habitual, no estandarizado, independientemente del nombre del sistema de registro RDACCA o PRAS. Finalmente, el incremento del diagnóstico F60.9 puede deberse a una serie de componentes administrativos, técnicos/clínicos, atencionales y/o en el registro de datos, y no necesariamente a un aumento real del trastorno. Todas estas limitaciones muestran la necesidad de formular nuevos estudios para verificar la concordancia diagnóstica, considerando la aplicación de encuestas y análisis cualitativo de las prácticas institucionales.

CONCLUSIÓN

Este estudio documenta un incremento del 320% en las primeras atenciones por trastornos de personalidad en el CAAE San Lázaro en el periodo 2014-2024 (excluyendo 2018) con un giro sustancial hacia el diagnóstico de trastorno de la personalidad no especificado (F60.9).

El TLP mostró predominio en mujeres (OR de 2,57); entre los casos de TLP, predominó el grupo etario de 18-29 años. Las fluctuaciones anuales en atenciones observadas en 2020 podrían asociarse con la pandemia por COVID-19.

El aumento del F60.9 podría estar relacionado con múltiples factores que llevan al sobrerregistro de diagnósticos iniciales o presuntivos, dificultando la elaboración de diagnósticos precisos. Estos hallazgos pueden orientar la pertinencia de desarrollar una GPC específica para trastornos de personalidad, adaptada al contexto ecuatoriano; así como programas de capacitación en herramientas estandarizadas y el fortalecimiento de los sistemas de registro de datos, así como el desarrollo de futuras investigaciones que determinen su viabilidad.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Personality disorders. En: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR) [Internet]. 2022 [citado 24 dic 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x18_Personality_Disorders
2. Sharp C. Personality disorders [Internet]. N Engl J Med. 2022 [citado 24 dic 2025];387(10):916-23. Disponible en: https://doi.org/10.1056/NEJMra2120164
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR) [Internet]. 2022 [citado 26 dic 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) [Internet]. Ginebra: OMS; 1995 [citado 26 may 2025]. Disponible en: https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf
5. Meaney R, Hasking P, Reupert A. Prevalence of borderline personality disorder in university samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression [Internet]. PLoS One. 2016 [citado 28 dic 2025];11(5): e0155439. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439

6. Ramos-Suárez I, Guerrero-Jiménez M, Cervilla JA, Gutiérrez B. Epidemiology of borderline personality disorder in the general population: prevalence, sociodemographic factors, and comorbidities - a systematic review and meta-analysis [Internet]. J Affect Disord. 2026 [citado 24 ene 2026];394:120482. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120482
7. Oviedo Lugo GF, Muñoz Molina FJ. Trastorno límite de la personalidad: actualización clínico-fenomenológica y terapéutica [Internet]. Rev Psicol Univ Antioquia. 2021 [citado 28 dic 2025];12(2):1-31. Disponible en: https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342752
8. Gawda B, Czubak K. Prevalence of personality disorders in a general population among men and women [Internet]. Psychol Rep. 2017 [citado 30 dic 2025];120(3):503-19. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0033294117692807
9. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline personality disorder: a review [Internet]. JAMA. 2023 [citado 29 dic 2025];329(8):670-80. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589
10. Lin Y, Guo Z, Zhou Y, Wei Y, Xu L, Tang X, et al. Distribution of self-reported borderline personality disorder traits symptoms in a large-scale clinical population [Internet]. Front Psychiatry. 2024 [citado 28 may 2025];15:1424966. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1424966
11. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning [Internet]. J Personal Disord. 2014 [citado 28 dic 2025];28(5):734-50. Disponible en: https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
12. González Marín EM, Montoya Otálvaro JA, Cadavid Buitrago MA, Gaviria Gómez AM, Vilella E, Gutiérrez-Zotes A. Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática [Internet]. Rev Investig Innov Cienc Salud. 2023 [citado 28 dic 2025];5(1):273-93. Disponible en: https://doi.org/10.46634/riics.174
13. Oviedo GF, Gómez-Restrepo C, Rondón M, Borda Bohigas JP, Tamayo Martínez N. Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Rev Colomb Psiquiatr. 2016 [citado 20 dic 2025];45(Supl 1):127-34. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.002
14. Ferrer Botero A, Londoño Arredondo NH, Álvarez Montoya GE, Arango Garcés LM, Calle Londoño HN, Cataño Berrío CM, et al. Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín [Internet]. Rev Psicol Univ Antioquia. 2015 [citado 30 dic 2025];7(1):73-96. Disponible en: https://hdl.handle.net/10495/7696
15. Carchipulla-Loyola AE, Cañizares-Abril LE. Sintomatología psicótica del trastorno límite de la personalidad [Internet]. Polo Conoc. 2022 [citado 2 ene 2026];7(2):36-41. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3641
16. Ministerio de Salud Pública (EC). Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud: Norma Técnica [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2013 [citado 2 ene 2026]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf
17. Espinosa V, De La Torre D, Acuña C, Cadena C. Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador [Internet]. Rev Panam Salud Publica. 2017 [citado 2 ene 2026];41:1-5. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34057
18. Mangia Cabezas AE, Garcés Sánchez KG, Guaman Chavez RE. Impacto de la rotación del personal en la eficiencia de la implementación de políticas en el sector público [Internet]. NRJ. 2025 [citado 24 mar 2026];4(2):175-97. Disponible en: https://doi.org/10.62943/nrj.v4n2.2025.352

19. Morizane T, Kawai F, Kojimahara N. Proposed new definitions of practice guidelines for health and health care [Internet]. JMA J. 2025 [citado 15 ene 2026];8(4):1384-7. Disponible en: https://doi.org/10.31662/jmaj.2025-0066
20. Zhan Yuen Wong N, Barnett P, Sheridan Rains L, Johnson S, Billings J. Evaluation of international guidance for the community treatment of personality disorders: a systematic review [Internet]. PLoS One. 2023 [citado 24 ene 2026];18(3):e0264239. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264239
21. González F, Aguinaga Romero G. Incorporación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano, como una estrategia para mejorar la salud y la educación médica [Internet]. Rev Fac Cien Med (Quito). 2016 [citado 24 ene 2026];39(2):56-65. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1145/1144
22. Crotty K, Viswanathan M, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: a systematic review [Internet]. J Consult Clin Psychol. 2024 [citado 24 ene 2026];92(5):275-95. Disponible en: https://doi.org/10.1037/ccp0000833
23. Bozzatello P, Blua C, Brandellero D, Baldassarri L, Brasso C, Rocca P, et al. Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review [Internet]. Front Psychiatry. 2024 [citado 28 ene 2026];15:1320546. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1320546
24. Qian X, Townsend ML, Tan WJ, Grenyer BFS. Sex differences in borderline personality disorder: a scoping review [Internet]. PLoS One. 2022 [citado 28 ene 2026];17(12):e0279015. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015
25. Sánchez-Caicedo CA, Aguilar-Salazar AF. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental [Internet]. Vida Salud. 2024 [citado 28 ene 2026];8(16):36-51. Disponible en: https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4030
26. Valcárcel Subía CE, Santiesteban Díaz YM, Abad Morán MJ. Salud mental y pandemia de COVID-19 en Ecuador [Internet]. INSPILIP. 2022 [citado 28 ene 2026];5(Núm. Esp. COVID-19):1-7. Disponible en: https://doi.org/10.31790/inspilip.v5iEspecialCOVID-19.130
27. Riera-Recalde A, Zuniga-Carrasco DR, Rivera Carrillo SP, Carrera López LC. Características sociodemográficas en diagnóstico de TLP (F60.3) en primeras atenciones psiquiátricas: CAAE San Lázaro, 2014-2024: Tabla suplementaria 1 [Internet]. Londres: Figshare; 2026 [citado 11 jul 2026]. Disponible en: https://doi.org/10.6084/m9.figshare.32965190
28. Riera-Recalde A, Zuniga-Carrasco DR, Rivera Carrillo SP, Carrera López LC. Evolución temporal de conteos absolutos de diagnósticos de trastornos de la personalidad en primeras atenciones psiquiátricas: CAAE San Lázaro, 2014-2024 [Internet]. Londres: Figshare; 2026 [citado 11 jul 2026]. Disponible en: https://doi.org/10.6084/m9.figshare.32966687