

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS  
CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y  
SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

**FACTORES CLÍNICOS E INTERVENCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
RELACIONADOS CON EL REINGRESO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE  
INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD SEGÚN LOS  
INTERNAMIENTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO MANUEL ANTONIO  
CHAPÚÍ EN EL AÑO 2013**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA

AUTORA:

GLORIANA OBANDO MADRIGAL

TUTORAS:

DRA. MYLEEN MADRIGAL SOLANO & DRA. IVANNIA SALAS BOGANTES

LECTORES:

DR. RANDALL QUIRÓS MARCHENA

CORDINADORA DEL POSGRADO:

DRA. CAROLINA MONTOYA BRENES

ENERO, 2015



Programa de Posgrado en  
**Especialidades Médicas**

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado de Psiquiatría

**APROBACION**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

La dirección del Comité de Posgrado en Psiquiatría, y este tribunal, hacen constar que el Trabajo final de Graduación: **“Factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según los internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí en el año 2013”**, elaborado por la Doctora Gloriana Obando Madrigal, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

**Dra. Carolina Montoya Brenes**  
Presidente del Tribunal  
Coordinadora Nacional  
Comité Director Posgrado de Psiquiatría  
Especialista en Psiquiatría



**Dra. Myleen Madrigal Solano**  
Tutora de Tesis  
Especialista en Psiquiatría

**Dra. Ivannia Salas Bogantes**  
Tutora de Tesis  
Especialista en Psiquiatría

**Dr. Randall Quirós Marchena**  
Lector de Tesis  
Especialista en Psiquiatría

## **AGRADECIMIENTOS**

A las doctoras Ivannia Salas Bogantes y Myleen Madrigal Solano. Además de su apoyo y paciencia como tutoras de esta tesis, por inspirarme con la calidez con que incorporan la docencia en su quehacer profesional.

Al Dr. Rodolfo Salazar Fonseca, por su guía al iniciar el posgrado. Y a la Dra. Carolina Montoya Brenes, por su guía al momento de por fin llevar esta etapa a su conclusión.

Al Servicio de Registros Médicos, por la amabilidad y el buen humor con que colaboraron con el proyecto. Y por desplegar esa misma amabilidad y buen humor con nuestros usuarios, con quienes muchas veces les corresponde ser el primer contacto que les recibe en este centro.

## **DEDICATORIA**

Al Dr. Eduardo Cambronero, por señalarme el camino a seguir.

A la Dra. Gloria Chacón Gordon, mentora e inspiración.

## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo I. Justificación y objetivos del estudio.....</b>	<b>10</b>
Antecedentes del problema.....	11
Antecedentes internacionales.....	11
Antecedentes latinoamericanos.....	13
Antecedentes nacionales.....	15
Justificación.....	16
Problema y objetivos.....	18
Capítulo II. Marco teórico.....	19
Definición general de trastorno de personalidad.....	20
Definición de trastorno de personalidad límite.....	22
La conceptualización histórica del trastorno de personalidad límite.....	25
Epidemiología.....	27
Aspectos neurobiológicos.....	27
Etiología.....	28
Dificultades para el correcto diagnóstico del trastorno de personalidad límite.....	28
Relación entre el trastorno de personalidad límite y otros trastornos.....	30
Conducta autolesiva en el trastorno de personalidad límite.....	33
Psicoterapia para el trastorno de personalidad límite.....	34
El papel de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno de personalidad límite.....	36
Rehabilitación en el trastorno de personalidad límite.....	38
Recomendaciones para el manejo intrahospitalario de pacientes con trastorno de personalidad límite.....	38

<b>Capítulo III. Aspectos metodológicos.....</b>	<b>47</b>
Interrogante a estudiar.....	48
Objetivos.....	50
Características de la población de estudio.....	51
Limitaciones y posibles sesgos del estudio.....	52
Análisis de los datos.....	53
<b>Capítulo IV. Resultados y discusión.....</b>	<b>54</b>
<b>Capítulo V. Conclusiones.....</b>	<b>77</b>
Referencias.....	80
Anexo 1: Carta de aprobación del CLOBI.....	88
Anexo 2: Carta de aprobación de la Dirección General.....	90

## Introducción

Hace ya más de medio siglo, Hervey Cleckley reflexionaba acerca de un grupo particular de sus pacientes: “Aunque la mayoría de los pacientes que sufren de uno de los tipos clasificados de trastorno mental son prontamente reconocidos por el psiquiatra, muchos de ellos incluso reconocibles como obviamente enajenados para el lego, resta un grupo significativo de personas que, como cualquiera admitiría, no están de ninguna manera adaptados para la vida normal en la comunidad y quienes, sin embargo, no se cuentan oficialmente entre las filas de los insanos... Aunque certificados automáticamente como cuerdos por las definiciones verbales de la ley y la medicina, su conducta muestra una irracionalidad e incompetencia crasas y obvias” (Cleckley, 1988).

Cleckley, quien dejó como legado magistrales descripciones de casos clínicos, plasma muy bien la perplejidad que experimenta el profesional de salud ante los trastornos de personalidad. Personas que conservan su criterio para tomar decisiones apegadas a la realidad, pero dichas decisiones suelen traer consecuencias catastróficas para sí mismo y para los demás.

En el caso de las personas con trastorno de personalidad límite, el caos se convierte en una forma de vida y en el servicio de urgencias los y las psiquiatras en formación las vemos pasar, preguntándonos incesantemente por qué se sienten así, quejándose del trato injusto que reciben del mundo (lo cual no es del todo incorrecto en la mayoría de los casos), y fantaseando con la muerte como un alivio a tanto dolor y soledad. Como lo ejemplifican las palabras de una paciente: “Doctora, estoy tan deprimida que ni ganas de suicidarme tengo”. Totalmente inconsciente de la paradoja, ella simplemente quería transmitir la profunda disforia que la cercaba en ese momento.

Todo el que trata con este tipo de pacientes siempre tiene presente el riesgo de un suicidio o un acto autolesivo que tenga resultados graves.

La Organización Mundial de la Salud reporta que el suicidio es una de las 10 causas principales de muerte en cualquier país del mundo (Departamento de Trastornos Mentales y del Comportamiento, Organización Mundial de la Salud, 2000). Cada año, hay más de 800 mil muertes por suicidio y en 2012 fue la segunda causa de muerte para personas de 15 a 29 años (Departamento de Estadísticas de Salud y Sistemas de Información, Organización Mundial de la Salud, 2014).

En el caso de Costa Rica, el último estudio de la Organización Panamericana de la Salud indica que hay 7,06 suicidios por cada 100 mil habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

El trastorno de personalidad límite, junto con el antisocial, son los trastornos de personalidad más relacionados con suicidio (Departamento de Trastornos Mentales y del Comportamiento, Organización Mundial de la Salud, 2000).

El trastorno de personalidad límite es un factor de riesgo para conducta suicida, como lo demuestran múltiples estudios (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit y Mann, 1997) y en un estudio de 229 autopsias psicológicas, se encontró que más del 80% de las víctimas femeninas de suicidio cumplían criterios para trastorno de personalidad límite (Isometsa et al, 1996).

Ahora que se están empezando a reconocer las proporciones epidémicas que el suicidio está alcanzando a nivel mundial, queda claro que uno de los frentes de lucha importante es que las pacientes con trastorno de personalidad tengan acceso a servicios de salud mental adecuados.

En el último medio siglo ha cambiado radicalmente el paradigma de la atención a la salud mental. El siglo pasado trajo consigo la política de desinstitutionalización de los servicios de salud mental, que en la actualidad está completamente consolidada en muchos países del primer mundo.

Es claro que el objetivo de estas políticas era mejorar la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud, pero también tuvo ciertas consecuencias imprevistas. Por ejemplo, en la práctica, se ha reducido considerablemente la cantidad de camas para psiquiatría, las cuales serían reemplazadas por servicios de salud mental en la comunidad para brindar atención inmediata y ayudar con la ubicación de pacientes en la comunidad. Estas políticas han tenido un éxito dispar en los diferentes países, y algunos carecen de los recursos en la comunidad necesarios para una adecuada cobertura de las necesidades de estos usuarios (Botha et al, 2010).

Dado que se ha reducido la capacidad de las instalaciones hospitalarias dedicadas a la atención psiquiátrica, los criterios de admisión se modificaron; ahora se internan solo los casos más severamente enfermos y son egresadas días o pocas semanas después (Botha et al, 2010). Hay una población de pacientes que no pueden ser retenidos, para dar espacio a los casos más graves; esta población permanece libre de crisis por un periodo breve, y

es internada de nuevo frecuentemente. De ahí nace la definición de pacientes de puerta giratoria” o “usuarios de alta frecuencia”.

Buscar que en los casos que llegan a ameritar un internamiento las intervenciones tengan la efectividad suficiente como para prevenir nuevos ingresos y le devuelva a la persona con trastorno de personalidad límite un grado de estabilidad que le permita recorrer el resto del largo camino a la recuperación en su comunidad, al lado de su familia, es una parte importante de esta lucha mundial contra el suicidio y a favor de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con problemas en su salud mental y la de sus familias.

## **Capítulo I. Justificación y objetivos del estudio**

### ***Antecedentes del problema***

Antecedentes internacionales

Antecedentes latinoamericanos

Antecedentes nacionales

### ***Justificación***

### ***Problema y objetivos***

## ***Antecedentes del problema***

El trastorno de personalidad límite se ha caracterizado por las complejidades que implica su abordaje desde que nació el concepto. A finales de la década de 1930, los clínicos empezaron a describir pacientes muy perturbados como para mejorar con el psicoanálisis clásico, pero que tampoco podían clasificarse como esquizofrénicos (Gabbard, 2005).

La mezcla de inestabilidad crónica, impulsividad, conductas autolesivas recurrentes e impulsividad, combinada con un elevado uso de los servicios de salud, convierten a estos pacientes en un reto clínico y también económico para los hospitales psiquiátricos.

## **Antecedentes internacionales**

Krawitz y Watson (2003), en su guía clínica sobre el tratamiento del trastorno de personalidad límite, exploran los costos económicos de la atención, por ejemplo, el estudio realizado por Morton y Buckingham (1994), que mostró que los 91 pacientes con más uso de los servicios representaron un costo anual de casi 60 mil dólares australianos, y el 90% de esto fue en servicios intrahospitalarios. En un estudio de 1992 sobre psicoterapia de estos pacientes en Oceanía, los pacientes incluidos habían pasado en promedio 86 días hospitalizados el año anterior.

Estos autores señalan que gran parte del problema es que los recursos se invierten en tratar las crisis, en vez de abordajes terapéuticos diseñados para el largo plazo, es decir, la oferta que hay es reactiva y no proactiva.

Varios autores han discutido los principios que pueden guiar el abordaje intrahospitalario de estos casos (Davidson, 2002; Fagin, 2004). Hacen énfasis en que el personal promueva en el paciente la adherencia al tratamiento y en desarrollar un plan de abordaje exitoso basado en la evaluación de las necesidades del paciente y en los recursos disponibles en el hospital, y en promover en el usuario la adherencia al tratamiento.

En su trabajo, Davidson (2002) describe los principios involucrados en definir los problemas clínicos y formular un plan de manejo para los pacientes con trastorno de personalidad. Así, el punto de partida puede ser identificar las áreas problemáticas de la personalidad y luego examinar qué tanto estrés y disfunción generan. El plan generalmente va a requerir la participación de varias disciplinas. Aunque muchas de las intervenciones existentes a la fecha son para el tratamiento sintomático, también revisa algunos de los modelos de atención existentes en el Reino Unido. En el Care Programme Approach (CPA) se hace

una supervisión de los pacientes en riesgo de suicidio, negligencia en el autocuidado o de cometer violencia. En el tratamiento comunitario asertivo, se busca atacar la falta de cumplimiento del tratamiento y las necesidades que haya en el área de rehabilitación. Además, señala que el internamiento nunca va a dejar de jugar un papel en todo plan de tratamiento para esta población.

También en el Reino Unido, Fagin (2004) discute los indicadores para la hospitalización de pacientes con trastorno de personalidad, entre ellos, reducción del peligro, un trastorno psiquiátrico comórbido severo o aclarar el diagnóstico o el esquema de tratamiento indicados. Asimismo discute los elementos principales de la intervención que se debe realizar durante el internamiento: como involucrar recursos de apoyo, tener límites claros, mantener la estancia breve y transferir a servicios de atención ambulatoria.

En conclusión, han encontrado que pese al reto clínico y financiero, el internamiento puede brindar una oportunidad para darle un giro positivo al curso de la enfermedad, de acuerdo con Norton y Hinshelwood (1996): “El internamiento... si bien con frecuencia es problemático, puede convertirse en una oportunidad”.

Respecto a la definición de reingreso hospitalario, aún no existe consenso en torno a una definición operativa del término, existiendo diferencias respecto al marco temporal y la cantidad de hospitalizaciones psiquiátricas (Juven-Wetzler et al, 2012):

- En promedio, un internamiento cada 6 meses durante un periodo de uno o dos años
- Al menos dos hospitalizaciones en el último año
- 3 o más hospitalizaciones en los últimos 18 meses
- Al menos 4 hospitalizaciones en el transcurso de dos años
- Existen estudios aún más estrictos, que proponen considerar a pacientes con 3 o 4 internamientos en un periodo de 30 meses, tres internamientos en 2 años o 4 o más internamientos en 5 años.

En todo caso, el mayor riesgo de reingreso es en los 30 días posteriores al egreso (Durbin, Lin, Layne y Teed, 2007).

## **Antecedentes latinoamericanos**

En 2009 Riquelme, Salas y García, en Chile, publicaron un estudio descriptivo de 101 pacientes con estructura limítrofe de personalidad. El estudio se hizo a través de las fichas clínicas activas del programa de Trastornos de Personalidad del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz” en los meses de julio y agosto de 2007. Los casos cumplían con el criterio de presentar una estructura limítrofe de personalidad, confirmada por un Test de Rorschach. La proporción de mujeres respecto a hombres era de 3:1. Un 50% había estado hospitalizados, principalmente por depresión y conductas e impulsos relacionados al suicidio (más de 60%). Había un antecedente de episodio psicótico en 36,6% de los pacientes. En dos tercios de los casos se indicó psicoterapia individual. La mitad la abandonó. En promedio, los pacientes tenían indicados 3,5 fármacos.

La Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile cuenta con una Unidad de Trastornos de Personalidad, que se localiza en el área Norte de la Región Metropolitana. Los pacientes son derivados para estudiar por un posible trastorno de personalidad o ya tienen el diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, IV edición (DSM-IV). Se realizó una caracterización de las hospitalizaciones realizadas entre los años 2006 y 2008, incluyendo datos demográficos y aspectos clínicos, pero la información se refiere a trastornos de personalidad en general. El estudio fue de tipo transversal y descriptivo, censando un periodo cuyo criterio de intencionalidad son los años escogidos. El tamaño de la muestra fue de 174 pacientes, con un diagnóstico de trastorno de personalidad confirmado o en estudio. La información se obtuvo de las fichas clínicas de las hospitalizaciones. Las variables consideradas fueron: características sociodemográficas, duración de las hospitalizaciones, identificación de antecedentes psiquiátricos, motivos de consulta, conductas e impulsos relacionados al suicidio, diagnóstico de trastorno de personalidad, los trastornos comórbidos presentes y los tratamientos más utilizados. Respecto al trastorno límite, lo que se especifica es que fue el diagnóstico más frecuente (48%) y las conductas suicidas se presentaban en 79% de los casos, comparado con un 71,7% de frecuencia en los casos con otros diagnósticos (López et al., 2010).

Existe un estudio descriptivo de 64 pacientes de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador, ubicado en Santiago de Chile. Se estudiaron las fichas clínicas de los sujetos con trastorno límite de personalidad de acuerdo al DSM-IV, edición revisada, seleccionando para la muestra los pacientes que se encontraban activos en tratamiento

entre los meses de agosto y setiembre del año 2009. Se eligieron pacientes activos para asegurar que fueran representativos del momento actual, y el criterio fue que hubieran tenido su control desde abril del 2009 en adelante. Los pacientes descritos se encontraban asistiendo a citas a nivel ambulatorio, y el 56% habían tenido al menos un internamiento, principalmente por intentos de suicidio y episodios depresivos severos. Se consideran las variables sociodemográficas, los diagnósticos en el eje I y II, las causas de ingreso hospitalario, el antecedente de episodio psicótico y el tratamiento. Entre los hallazgos estuvieron los siguientes (Riquelme et al., 2011):

- El 94% de la muestra correspondió a mujeres, con una edad promedio de 39.3 años.
- El 30% se encontraba en una relación de pareja y 42,3% tenía hijos.
- 46% se encontraba ocupado, 28% estaba cesante, 17% era dueña de casa, 5% era estudiante, 2% era jubilado.
- Respecto a diagnósticos consignados se encontró: depresión en 32,8%, distimia, trastorno afectivo bipolar y trastorno de ansiedad en 9,3%, abuso de sustancias en 6,25%, trastornos alimentarios y descontrol de impulsos en 4,6% y trastorno por estrés postraumático en 3,1%.
- En 22% de los casos se registró el antecedente de abuso sexual.
- 10% había tenido al menos un episodio psicótico.
- Los medicamentos más usados fueron los antidepresivos (89%), seguidos por los antipsicóticos (77%) y las benzodiacepinas (55%). 34% de los pacientes recibieron eutimizantes.
- Un 71,4% de los pacientes tenían indicada psicoterapia. Una cuarta parte la abandonó.

## **Antecedentes nacionales**

En el 2012 Arias Martínez realizó un trabajo de investigación para optar por el título de especialista en psiquiatría sobre las recomendaciones de manejo farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de personalidad. Se basó en estudios localizados en “PubMed” y en las bases de datos disponibles en el Sistema de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El trabajo concluye que las guías de manejo existentes carecen de uniformidad, y se basan en estudios que no cumplen con los estándares para brindar evidencias de alto nivel. Esto conduce a que, en la práctica, los pacientes no reciban un tratamiento uniforme.

Arias Martínez encontró que para el manejo de estos pacientes, resulta más beneficiosa la combinación de psicoterapia con medicación. Los fármacos propuestos para el manejo del trastorno de personalidad límite con antidepresivos del grupo de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, eutimizantes y antipsicóticos, especialmente los atípicos. Sobre la psicoterapia, si bien existen diversas propuestas, se señala que es recomendable que el abordaje sea estructurado y que se incluya a la familia de los pacientes.

En 2013, Mena Orozco realiza una propuesta para el abordaje psicoterapéutico de los pacientes con trastorno de personalidad límite del Hospital Nacional Psiquiátrico, como trabajo final de graduación de la especialidad en psicología clínica. El trabajo se basa en el análisis de modelos y programas de intervención psicológica para el abordaje de esta patología clínica para determinar sus aportes respecto a las necesidades de nuestro medio. La propuesta busca presentar una herramienta que provea el sostén y acompañamiento psicológico necesario para fortalecer recursos internos y establecer redes de apoyo externas que faciliten la mejoría. Se sugiere un modelo flexible, con un orden de sesiones para determinar el plan de acción y las técnicas para la consecución de objetivos y metas.

## ***Justificación del problema***

Es frecuente que el trastorno límite de personalidad venga acompañado de un peor funcionamiento: pérdidas de trabajo, interrupción de la educación, divorcios (Sadock, Sadock y Ruiz, 2009).

Las personas que forman parte del sistema de apoyo de los pacientes con trastorno límite de personalidad sufren un impacto significativo. Hay una elevación objetiva y subjetiva del sufrimiento, hay una disminución de su capacidad de empoderamiento y problemas de salud mental, incluyendo depresión y ansiedad (Bailey y Grenyer, 2013).

Se ha encontrado que los niveles de distrés que sufren familiares y otros allegados de pacientes con trastorno de personalidad límite son similares a los de pacientes con esquizofrenia. Aún no se conoce el mecanismo, pero se ha postulado que puede deberse a la exposición a la conducta problemática del paciente, a factores relacionados al hecho de seleccionar este tipo de pareja o la combinación de ambos (Scheirs y Bok, 2007).

Las patologías severas de la personalidad hacen un mayor uso de los servicios de salud mental, sus comorbilidades en el eje I suelen ser más difíciles de tratar y tienen mayores tasas de suicidio y muerte accidental que la población general (Davidson, 2002).

Cuando se suman comorbilidades al trastorno de personalidad límite el pronóstico se torna más ominoso. Por ejemplo, la población con comorbilidad entre trastorno de personalidad límite y trastorno de estrés postraumático se asocia con peor calidad de vida, mayor comorbilidad con otros trastornos del eje I y mayor probabilidad de presentar un intento de suicidio en algún momento de la vida (Pagura et al., 2010).

A nivel nacional, existen dos trabajos de investigación recientes que abordan específicamente el tema del trastorno de personalidad límite. La doctora Isabel Arias Martínez realizó una revisión de las recomendaciones actuales para el tratamiento farmacológico del trastorno, así como de los modelos de psicoterapia que han sido propuestos. La psicóloga clínica Cinthya Mena Orozco propuso un programa psicoterapéutico de 10 sesiones para desarrollar durante la estancia de estos pacientes en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La interacción con estos pacientes puede ser un reto para el especialista en salud mental, y aún más para el personal de salud que carece de conocimientos al respecto. Estos usuarios pueden generar la sensación en el personal de ser víctima de un ataque personal,

cuando en realidad lo que sucede es que al externalizar su hostilidad en diferentes direcciones, por serendipia en algunas ocasiones el ataque puede ser captada como una ofensa muy personal. Al movilizar emocionalmente al personal, pueden generar desavenencias en los equipos de trabajo y van generando a su alrededor un ambiente tenso y volátil (Linehan, 1993). La frustración se redobla cuando luego de su egreso, estos pacientes retornan al hospital en un periodo corto, dando la sensación de que la admisión hospitalaria fomenta regresión y dependencia.

La finalidad de este trabajo de investigación es caracterizar los reingresos hospitalarios de esta población, tanto en lo referente a las características del paciente como al impacto que puedan tener las intervenciones brindadas por el equipo tratante.

## **Problema**

¿Cuáles son los factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados al reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013?

## **Objetivos**

### *Objetivo general*

Identificar los factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados al reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013

### *Objetivos específicos*

- Determinar la frecuencia con que los pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013 con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite presenta reingresos en un periodo de uno o seis meses
- Identificar cuáles son los motivos del reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en Hospital Nacional Psiquiátrico según la visión del paciente y del equipo tratante
- Determinar si hay diferencia entre las características clínicas de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013 en el grupo con reingresos respecto al grupo sin reingresos
- Determinar si hay diferencia entre las intervenciones terapéuticas realizadas durante el internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el grupo de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que presentan reingresos respecto al grupo sin reingresos

## **Capítulo II. Marco teórico**

**DEFINICIÓN GENERAL DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

**DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

**LA CONCEPTUALIZACIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

**EPIDEMIOLOGÍA**

**ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS**

**ETIOLOGÍA**

**DIFICULTADES PARA EL CORRECTO DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

**RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE Y OTROS TRASTORNOS**

**CONDUCTA AUTOLESIVA EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

**PSICOTERAPIA PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

**EL PAPEL DE LA FARMACOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

**REHABILITACIÓN EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

**RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

## DEFINICIÓN GENERAL DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

De acuerdo a la última definición publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), los rasgos de personalidad son patrones persistentes para percibir, relacionarse y pensar respecto al entorno y uno mismo que se exhiben en un amplio rango de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo se consideran como un trastorno cuando son inflexibles y maladaptativos, causando disfunción significativa o sufrimiento subjetivo. Por lo tanto, un trastorno de personalidad es un patrón persistente de experiencia interior y conducta que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura a la cual pertenece el individuo, es generalizado e inflexible, inicia en la adolescencia o la adultez temprana, es estable a lo largo del tiempo y conduce a angustia y disfunción (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

**Tabla 1.** Criterios generales para el diagnóstico de un trastorno de personalidad según el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

<b>Criterios</b>
A. Un patrón persistente de experiencia interior y conducta que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura a la cual pertenece el individuo. Este patrón se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cognición (por ejemplo, formas de percibir e interpretarse a sí mismo)</li><li>2. Afectividad (por ejemplo, el rango, intensidad, labilidad y pertinencia de la respuesta emocional)</li><li>3. Funcionamiento interpersonal</li><li>4. Control de impulsos</li></ol>
B. El patrón persistente es inflexible y generalizado a través de un amplio rango de situaciones sociales y personales
C. El patrón persistente conduce a angustia clínicamente significativa o a disfunción en áreas importantes del funcionamiento como social, ocupacional y otros
D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos hasta la adolescencia o la adultez temprana
E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental
F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (como abuso de drogas o medicamentos) u otra condición médica (por ejemplo, un trauma de cráneo)

Un trastorno de personalidad (excepto el de tipo disocial) se puede diagnosticar en menores de 18 años, siempre y cuando las características estén presentes al menos por un año sin variaciones. Aunque por definición, el trastorno ya debe estar presente al inicio de la edad

adulta, es posible que lleguen a buscar atención en salud mental hasta mucho después (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades contiene también pautas generales para el diagnóstico de un trastorno de personalidad (Organización Mundial de la Salud, 1992).

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 de trastorno de personalidad incluidos en la clasificación, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

También se han desarrollado clasificaciones alternativas. La propuesta de Tyrer y Johnson (1996) se basa en la severidad y puede aplicarse a diferentes sistemas de clasificación.

**Tabla 2.** Sistema para la clasificación de la severidad de los trastornos de personalidad (Tyrer y Johnson, 1996).

<b>NIVEL</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>0</b>	Sin trastorno de personalidad	Buena capacidad para formar relaciones, recursos personales razonables para emplear en tiempos de adversidad
<b>1</b>	Dificultad con la personalidad	Tendencia a patrones persistentes de conducta que interfieren con el funcionamiento social en tiempos de particular estrés y vulnerabilidad, pero no en otros periodos
<b>2</b>	Trastorno de personalidad simple	Anomalías particulares y persistentes de la personalidad que crean problemas graves en las relaciones ocupacionales, sociales y personales
<b>3</b>	Trastorno de personalidad difuso	Anomalías extensas de la personalidad que abarcan más de un “cluster” de trastornos de personalidad

#### **DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

En 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría publicó la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, donde se proponen dos modelos diferentes para la clasificación de los trastornos de personalidad. Se mantiene el modelo tradicional con su listado de criterios y se agrega un modelo alternativo que toma en cuenta el nivel de funcionamiento de la personalidad y los rasgos de personalidad patológicos, invitando a formular una visión más integral de estos pacientes, pues además de considerar los rasgos de personalidad patológicos presentes en cada caso, se busca evaluar la disfunción que pueda existir en cuatro áreas: identidad, auto-dirección, empatía e intimidad. Esto brinda especificadores que van más allá de los criterios tradicionales y brindan una forma innovadora y sistematizada de hacer una descripción de la clínica observada en esta población (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

**Tabla 3.** Criterios diagnósticos para trastorno de personalidad límite según el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

<b>Criterios</b>
Un patrón persistente de inestabilidad de las relaciones interpersonales, auto-imagen y afecto, y marcada impulsividad, empezando en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos, presentando cinco (o más) de los siguientes:
1. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, sea real o imaginario (Nota: no incluir la conducta suicida o auto-mutilatoria correspondiente al criterio 5)
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por alternar entre extremos de idealización y devaluación
3. Perturbación de la identidad: un sentido del yo o de la autoimagen marcada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción imprudente, atracones) (Nota: no incluir la conducta suicida o auto-mutilatoria correspondiente al criterio 5)
5. Conductas, gestos o amenazas suicidas o conductas autolesivas en forma recurrente
6. Inestabilidad afectiva por una marcada reactividad del humor (ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que usualmente duran unas pocas horas y raramente duran más de unos pocos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Ira inapropiada e intensa, o dificultad para controlar el enojo (ejemplo, despliegues frecuentes de mal temperamento, ira constante, peleas físicas recurrentes)
9. Ideación paranoide transitoria, relacionada con estrés o síntomas disociativos severos

El DSM-5 promueve además un modelo alternativo basado en dificultades con el funcionamiento y rasgos patológicos de la personalidad.

**Tabla 4.** Modelo alternativo del DSM-5 para el trastorno de personalidad límite (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

<b>Criterios diagnósticos propuestos</b>
<p>Dificultad para el funcionamiento de la personalidad moderada o mayor, manifestada por dificultades características en dos o más de las siguientes 4 áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Identidad:</b> autoimagen marcadamente establecida, pobremente desarrollada o inestable, con frecuencia expresada como auto-crítica excesiva; sentimientos crónicos de vacío, estados disociativos bajo estrés</li> <li>2. <b>Auto-dirección:</b> inestabilidad en metas, aspiraciones, valores o planes laborales</li> <li>3. <b>Empatía:</b> compromiso de la habilidad para reconocer los sentimientos y necesidades de otros asociado con hipersensibilidad interpersonal (ejemplo, propenso a sentirse desairado o insultado); percepciones de los otros selectivamente sesgados hacia atributos negativos o vulnerabilidades.</li> <li>4. <b>Intimidad:</b> relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por desconfianza, dependientes y preocupación ansiosa con el abandono real o imaginario; relaciones cercanas con frecuencia vistas en extremos de idealización y devaluación y alternando entre sobreinvolucramiento y retraimiento.</li> </ol>
<p>B. Cuatro o más de estos siete rasgos de personalidad patológicos, al menos uno de ellos debe ser (5) impulsividad, (6) toma de riesgos o (7) hostilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Labilidad emocional</b> (un aspecto de <b>Afectividad Negativa</b>): experiencias de inestabilidad emocional y cambios de humor frecuentes; emociones que son fácilmente excitadas, intensas y/o fuera de proporción con los eventos y circunstancias</li> <li>2. <b>Ansiedad</b> (un aspecto de <b>Afectividad Negativa</b>): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a veces en respuesta a estrés interpersonal; preocupación por los efectos negativos de experiencias pasadas displacenteras y posibilidades negativas en el futuro; sentirse temeroso, aprensivo o amenazado por la incertidumbre; miedo a perder el control o colapsar.</li> <li>3. <b>Inseguridad ante la separación</b> (un aspecto de <b>Afectividad Negativa</b>): miedo al rechazo –y/o a la separación- de seres queridos, asociado a miedos de dependencia excesiva y pérdida total de la autonomía.</li> <li>4. <b>Depresividad</b> (un aspecto de <b>Afectividad Negativa</b>): sentimientos frecuentes de sentirse triste, miserable y/o desesperanzado; dificultad recuperándose de ese humor, pesimismo sobre el futuro, vergüenza generalizada; sentimientos de inferioridad, ideas y conductas suicidas.</li> <li>5. <b>Impulsividad</b> (un aspecto de <b>Desinhibición</b>): actuar en el espíritu del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar con una base momentánea sin un plan o consideración de los resultados; dificultad en establecer y seguir planes; un sentimiento de urgencia y conductas autolesivas bajo angustia emocional.</li> <li>6. <b>Toma de riesgos</b> (un aspecto de <b>Desinhibición</b>): involucrarse en actividades peligrosas, riesgos o potencialmente autolesivas, innecesariamente y sin considerar las consecuencias; falta de preocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal.</li> <li>7. <b>Hostilidad</b> (un aspecto de <b>Antagonismo</b>): sentimientos de enojo persistentes; enojo o irritabilidad en respuesta a desaires e insultos menores.</li> </ol>

**Tabla 5.** Pautas para el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según el CIE-10 (OMS, 1992).

<p><b>Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</b></p> <p>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.</p>
<p><b>Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo</b></p> <p>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.</p>
<p><b>Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite</b></p> <p>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).</p>

#### **LA CONCEPTUALIZACIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

La recapitulación de Zanarini y Frankenburg (1997) muestra 6 conceptualizaciones históricas del trastorno límite de la personalidad:

1. La perspectiva psicodinámica: El límite es un nivel de organización de la personalidad, que comprende una variedad de características patológicas que están entre la neurosis y la psicosis. Un ejemplo es la conceptualización de Otto Kernberg.
2. La concepción biológica neo-Kraepeliana: Los trastornos mentales tienen un origen biológico y se agrupan en categorías discretas, como se refleja en el trabajo de John Gunderson. Esta concepción categórica es la que se empleaba hasta ahora en el DSM; pues a partir de la última edición se incluye un modelo dimensional como propuesta alternativa a los criterios diagnósticos tradicionales (American Psychiatric Association, 2013).
3. Parte de un continuum con los trastornos afectivos, según el paradigma de Akiskal, debido a los cambios emocionales súbitos, irritabilidad y estados depresivos crónicos. Por ejemplo, se ha encontrado una asociación fuerte entre el

temperamento ciclotímico y los rasgos limítrofes de personalidad (Kwapil, DeGeorge, Walsh, Burgin, Silvia y Barrantes-Vidal, 2013)

4. Énfasis en impulsividad y la incapacidad para postergar la gratificación, por lo que se conceptualiza como un trastorno del control de impulsos relacionado al abuso de sustancias y la personalidad antisocial (Zanarini & Frankenburg, 1997)
5. Parte del espectro de la esquizofrenia, debido a la tendencia a experimentar estados psicóticos temporales.
6. Un síndrome relacionado al trastorno de estrés postraumático debido a la creencia de que muchos tienen una historia de abuso sexual (Herman, Perry y van der Kolk, 1989) (Gunderson y Sabo, 1993).

El estilo mercurial existe en un continuum con la normalidad. Se ha descrito el temperamento de tipo mercurial, donde los altibajos emocionales son frecuentes y el ideal de vínculo es una apasionada relación romántica. Se le da un procesamiento emocional a las experiencias, y muestran sus sentimientos con espontaneidad y creatividad. Son vivaces y conservan una mente abierta a nuevas experiencias y principios (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Rammath, 2000).

Cuando avanzamos hacia el extremo más patológico de este espectro, el deseo de fusionarse mágicamente con otros que brinden apoyo emocional y satisfagan todas las necesidades es evidencia de una debilidad del ego y una perturbación de la identidad. Esto lleva a inestabilidad en las relaciones interpersonales y sentimientos de vacío y desesperación cuando los otros parecen distanciarse (Millon et al, 2000). Se dice que los pacientes con este trastorno son aloplásticos, ya que intentan cambiar a los demás, no a sí mismos. El trastorno de personalidad es el intento de la persona de superar su fragilidad subyacente a través de conductas desadaptativas pero con un propósito (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009).

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Se ha estimado que 2% de la población en los Estados Unidos de América presentan el trastorno, y la mayoría (entre dos tercios y tres cuartos) son mujeres (Hennessey y McReynolds, 2001).

En atención primaria, la prevalencia es de 6%. Se eleva a aproximadamente 10% en clínicas ambulatorias de salud mental y 20% en pacientes hospitalizados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

## **ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS**

Se considera un trastorno moderadamente heredable. En estudios con gemelos, se encontró una heredabilidad entre 0.65 y 0.75; la heredabilidad mide la fracción de variabilidad fenotípica que puede deberse a la variación genética, aunque no puede definir que tanto pesa la genética en un individuo en particular, ya que los factores ambientales siempre influyen (New, Goodman, Triebwasser, & Siever, 2008).

No existe una relación concluyente entre un gen y el desarrollo de este trastorno de personalidad, pues posiblemente las interacciones entre genes y con el entorno sean mucho más complejas. En todo caso, los estudios han encontrado relación con los polimorfismos del 5-HTTLPR (región promotora del transportador ligado a serotonina), con el TPH (gen de la triptófano hidroxilasa: implicado en conductas agresivas y suicidas) y polimorfismos en el alelo promotor del gen de alta actividad de monoaminoxidasa A. En conjunto, todo esto apunta a una disfunción del sistema de transmisión serotoninérgico (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011).

Johnson y cols. (2003) analizaron datos derivados del Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study buscando diferencias entre las mujeres y los varones con trastorno de personalidad límite. La presencia del trastorno aparentemente atenúa algunas diferencias epidemiológicas entre ambos géneros. En general, la depresión mayor suele ser más prevalente en mujeres; de 1.5 a 3 veces más que en los hombres (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Pero la diferencia desaparece entre los hombres y mujeres con este trastorno de personalidad. Como se menciona más adelante, los hombres tienen más trastornos relacionados a consumo de sustancias y las mujeres más trastornos de la conducta alimentaria (Zanarini et al, 1998). Se encontró una diferencia en el criterio

de perturbación de la identidad, que fue más frecuente en mujeres. Además, los hombres fueron más propensos a presentar otros trastornos de personalidad: esquizotípico, narcisista y antisocial.

Se ha llegado a plantear que se puede definir con tanta claridad la presentación clínica, el curso y la aglomeración familiar del trastorno, que junto con la severidad de la disfunción que produce en las personas afectadas, habría suficiente justificación para considerarlo un trastorno del eje I (New, Triebwasser y Charney, 2008), lo que implicaría considerarlo un trastorno clínico más que un trastorno de la personalidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), si bien la evaluación multiaxial se modificó sustancialmente en la última edición del DSM, restándole relevancia a esta consideración (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

## **ETIOLOGÍA**

Según Hennessey y McReynolds (2001), en los individuos con trastorno de personalidad límite, tanto el padre como la madre brindaron un apoyo emocional inadecuado durante la infancia, lo que les creó dificultades, las cuales se acentúan si existió de abuso y hostilidad por parte de los progenitores.

Sin embargo, atribuir psicopatología de la edad adulta a factores ambientales puede ser problemático. Los rasgos de personalidad son heredables y algunas personas son resilientes a los efectos a largo plazo del trauma. No todas las personas con trastorno de personalidad severo reportan trauma infantil, por lo que se ha propuesto que los efectos de trauma en el desarrollo del trastorno de personalidad se explican mejor por la interacción entre los genes y el ambiente (Paris, 1997).

## **DIFICULTADES PARA EL CORRECTO DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

En general, los trastornos de personalidad son difíciles de diagnosticar. El DSM advierte que en la mayoría de los casos es necesario un seguimiento a lo largo del tiempo, aunque a veces pueda diagnosticarse en una sola entrevista (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Se ha argumentado que el trastorno de personalidad límite según se define en el

DSM se traslapa con todos los demás trastornos de personalidad. Particularmente en aquellos trastornos donde la crisis surge de que los otros son el foco de la vida, como los dependientes, histriónicos y evitativos (Millon et al, 2000).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) recomienda que cuando el clínico evalúa a un paciente que proviene de una cultura distinta a la suya, es importante que no confunda rasgos de personalidad con las dificultades propias del proceso de aclimatarse a una nueva cultura. Aquí se vuelve fundamental contar con fuentes complementarias de información que estén familiarizadas con la cultura del individuo.

New, Triebwasser y Charney (2008) han planteado que el nombre en sí del trastorno “límite”, implicando que está en medio de dos estados, contribuye a desarrollar un concepto inadecuado del trastorno.

El trastorno de personalidad suele diagnosticarse con más frecuencia en mujeres, en contraposición a trastornos que se diagnostican más en hombres, como el antisocial. Es importante hacer un esfuerzo consciente por dejar de lado estereotipos sociales acerca de los roles y conductas “típicos” para cada género (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Si bien un antecedente de abuso sexual no es universal a todos los casos de trastorno de personalidad límite, la relación entre ambos está tan arraigada en algunos terapeutas que se ha usado “terapia de recuperación de recuerdos”, y con base en una evidencia leve y en ausencia de recuerdos espontáneos se ha llegado a estimular a los pacientes a iniciar procesos legales (New, Triebwasser y Charney, 2008).

En el caso particular del trastorno de personalidad límite, parece ser que con el transcurso del tiempo remite o se hace menos evidente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En el estudio de Zanarini y cols. (2007) se encontró que, de forma desigual, los síntomas van declinando con el transcurso del tiempo. En un seguimiento de diez años, áreas clave como la impulsividad (conductas autolesivas y suicidas) y dificultades interpersonales como las demandas excesivas y las regresiones al recibir tratamiento, eran síntomas que resolvían con relativa rapidez. Otras, como la disforia crónica, la intolerancia a la soledad y la dependencia resultaron ser más estables en el tiempo.

Existe una corriente que ha llegado plantear que el diagnóstico es peyorativo, como los exponen Gunderson y Sabo, (1993). Se basa en opiniones como que el diagnóstico se

aplica a cualquier paciente que suscite reacciones de contratransferencia hostil, o que los clínicos de sexo masculino lo usen en exceso en las pacientes femeninas por una actitud negativa hacia ellas. Aunque se ha encontrado que estas percepciones carecen de un sustento sólido, en parte han generado entusiasmo por considerar este trastorno como parte del espectro de otros que evoquen sentimientos menos abrasivos, como el trastorno de estrés postraumático.

### **RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE Y OTROS TRASTORNOS**

Fyer, Frances, Sullivan, Hurt y Clarkin (1988) encontraron que el 91% tenían otro diagnóstico y el 42% tenían 2 o más diagnósticos comórbidos. Esto coincide con el trabajo de Zanarini y cols. (1998), donde se encontraron porcentajes de comorbilidad superiores a 90%.

En un estudio que empleó los criterios del CIE-10, específicamente en un grupo de pacientes que había intentado cometer suicidio, el 44% de los casos presentaba comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y de personalidad (Hawton, Houston, Haw, Townsend, Harris, 2003).

#### *Trastornos afectivos*

Los pacientes con trastorno de personalidad límite presentan más trastornos afectivos que otros sujetos con trastornos del eje II diferentes y con frecuencia cumplen criterios de depresión mayor según el estudio de Zanarini y cols. (1998), donde 90% de los sujetos con trastorno límite de personalidad cumplen criterios para un trastorno afectivo. Este estudio se realizó según los criterios del DSM-III-R y por tanto incluyó en este apartado trastornos ansiosos, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático.

Feske et al (2004) encontraron que de un 30 a un 80% de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen simultáneamente un trastorno de personalidad.

### *Trastornos ansiosos*

Se ha encontrado una co-ocurrencia elevada de trastornos ansiosos con trastorno de personalidad límite (Oldham et al, 1995).

De acuerdo a Zanarini et al (1998), el porcentaje de pacientes con trastorno de personalidad límite y trastorno ansioso comórbido es de hasta 80%.

### *Psicosis*

El nombre de la enfermedad se debe a su conceptualización inicial como una condición “en el límite de” la psicosis. Los pacientes con trastorno de personalidad límite comparten con ciertos trastornos psicóticos una tendencia a interpretar las relaciones interpersonales como malevolentes (Barnow et al, 2010).

Zanarini et al (1998) describe que, tanto en hombres como mujeres, el 1% de los pacientes con trastorno de personalidad límite presenta un trastorno psicótico comórbido.

### *Trastorno afectivo bipolar*

La comorbilidad con trastorno afectivo bipolar está entre un 7 y un 15% (Zanarini, Frankenburg, & Yong, 2004).

La inestabilidad afectiva es un rasgo altamente característico de los pacientes con trastorno de personalidad límite. Se refiere a que el humor es mercurial (sujeto a cambios impredecibles) y altamente reactivo a los eventos en el entorno. Tanto los trastornos de personalidad como los trastornos afectivos son crónicos; pero típicamente muestran un patrón de exacerbación y remisión. En contraste, el trastorno de personalidad límite tienen periodos de acentuación y atenuación sin periodos asintomáticos claros (Paris, 2004).

Reich, Zanarini y Fitzmaurice, (2012) encontraron que hay diferentes características en la labilidad afectiva entre los pacientes con trastorno de personalidad límite y aquellos con trastorno afectivo bipolar tipo II o ciclotimia, tanto en escalas administradas por el clínico como en autorreporte.

Así, en el trastorno de personalidad límite la inestabilidad afectiva se relaciona a los estímulos ambientales, lo cual no es común en el trastorno bipolar. Elisei, Anastasi y

Verdolini, (2012) han postulado que tal vez esta inestabilidad derive de un genotipo común que se exprese con diferentes fenotipos de acuerdo a la influencia del ambiente y los factores psicosociales.

Si bien la asociación entre el trastorno límite de personalidad y el trastorno bipolar II es compleja, es posible que gran parte de la co-ocurrencia entre estos trastornos se debe a que actualmente estén conceptualizados con base en una lista de síntomas como lo han propuesto Paris, Gunderson y Weinberg (2007).

### *Trastorno de estrés postraumático*

El trastorno de estrés postraumático es una comorbilidad común pero no universal con este trastorno de personalidad, como señalan Zanarini et al (1998). Se ha encontrado comorbilidad con trastorno de estrés postraumático con cifras entre un 30 y un 56 por ciento de los pacientes con trastorno de personalidad límite (Pagura et al, 2010).

La presencia de trastorno de estrés postraumático aumenta la frecuencia de conductas autolesivas sin intención suicida, además del uso de las mismas para lograr influencia interpersonal. Además es más frecuente que las conductas autolesivas tengan desencadenantes relacionados con el trauma, como flashbacks, pesadillas, recuerdos o conversaciones acerca de eventos de violencia sexual. Hay una mayor disregulación afectiva y menos expresión de emociones positivas (Harned, Rizvi y Linehan, 2010).

### *Trastornos del control de impulsos*

Se ha considerado al trastorno de personalidad límite como parte de un espectro de trastornos que van de un predominio de la compulsividad a un predominio de la impulsividad (Hollander, 1999). Según esta visión, en el extremo compulsivo del continuum estaría el trastorno obsesivo-compulsivo, donde la posibilidad de sufrir un daño está sobreestimada, y en el extremo opuesto, el de la impulsividad, estaría el trastorno límite de personalidad, donde se subestima el peligro.

Zanarini y cols. (1998) encontraron diferencias de género en el tipo de trastorno de control de impulsos, siendo los trastornos de la conducta alimentaria significativamente más comunes en mujeres, en quienes la tercera parte los presenta.

En los hombres, predominaban los trastornos por uso de sustancias. Aunque estos están relacionados con este trastorno de personalidad en general (Oldham et al, 1995). Hasta 30% de los y las pacientes con este trastorno presenta trastornos por consumo de sustancias (Johnson et al, 2003) y esto empeora el pronóstico (Links, 1998). Cuando se analizan solo pacientes de sexo masculino, el porcentaje se incrementa hasta un 80% (Zanarini M. , y otros, 1998).

#### *Otros trastornos de personalidad*

El Estudio Colaborativo Longitudinal de Trastornos de Personalidad encontró que los trastornos de personalidad que más coexistían con el tipo límite eran el antisocial y el dependiente (McGlashan et al, 2000).

En un estudio de Zanarini et al (2004) basado en la III edición revisada del DSM, se encontró que, con el tiempo, aquellos con rasgos del grupo ansioso (como evitativo, dependiente y masoquista) tendían más a persistir sintomáticos a lo largo de su evolución.

#### **CONDUCTA AUTOLESIVA EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

En una muestra de pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados analizada por Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich (1994), el 73% presentaba un historial de intentos de suicidio.

Se ha encontrado que la presencia del criterio de impulsividad es el más asociado con intentos previos de suicidio en el trastorno de personalidad límite. En el estudio de Brodsky, Malone, Ellis, Dulit y Mann (1997), la impulsividad debía evidenciarse en al menos dos áreas de la vida (excluyendo conducta autolesiva), por ejemplo, atracones, compras descontroladas, uso de sustancias o conducción temeraria.

Si además del trastorno de personalidad hay un episodio depresivo mayor, los intentos de suicidio son más numerosos y los planes son más elaborados, según lo descrito por Soloff, Lynch, Kelly, Malone y Mann (2000).

Hay un mayor número de intentos previos de suicidio cuando existe el antecedente de abuso sexual o físico durante la infancia (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit y Mann, 1997).

Al estudiar los factores con el abandono del tratamiento ambulatorio, se encontró que un historial de intentos de suicidio era el factor que predecía la discontinuación del tratamiento antes de 3 meses (De Panfilis et al, 2012).

### **PSICOTERAPIA PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

Autores como Hennessey y McReynolds (2001) consideran que la psicoterapia es la piedra angular del tratamiento porque es un proceso estable y consistente, mientras que el trastorno está marcado por la inestabilidad y la inconsistencia.

Se ha medido la eficacia de la psicoterapia en los trastornos de personalidad. La mayoría de los estudios se enfocan en el trastorno de personalidad límite. Al analizar los resultados de 15 estudios sobre diferentes modalidades de psicoterapia, comparándolos con la evolución natural de los trastornos, se encontró que producían la recuperación 7 veces más rápido: cada año, el 3.7% se recupera espontáneamente; con psicoterapia, esto aumentaba a 25.8% (Perry, Banon y Ianni, 1999).

Los modelos psicoterapéuticos que han mostrado eficacia en estudios clínicos comparten tres características clave: sesiones semanales de terapia individual, una o más sesiones grupales por semana y reuniones de supervisión para los terapeutas. En general, se requiere más de un año de psicoterapia para que se produzcan mejorías sustanciales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

Casi todos los abordajes psicoterapéuticos estudiados para el abordaje del trastorno de personalidad límite requieren de un equipo de terapeutas con entrenamiento especializado. Si se carecen de estos recursos, lo recomendable es que los profesionales a cargo del caso trabajen en equipo o al menos se mantengan en coordinación para evitar contradicciones en el abordaje del caso (Biskin y Paris, 2012).

Harriet C. Johnson, en 1991, creó un breve marco de referencia para los profesionales que trabajan con pacientes con trastorno de personalidad límite, que trascienden el proceso psicoterapéutico y pueden universalizarse a otras disciplinas:

- El contacto entre el profesional y el cliente debe ser estructurado, con reglas claras respecto a las citas, tarifas y procedimientos. Esto estará fijado desde el inicio del encuentro inicial.

- Se debe tener un rol activo durante la sesión para mantener al paciente en la realidad y minimizar las distorsiones transferenciales.
- El profesional debe ser capaz de tolerar el posible abuso verbal del cliente sin retraerse o reciprocárselo.
- El profesional debe recordarle continuamente al cliente de los efectos nocivos de conductas autodestructivas como abuso de sustancias, atracones, sexo casual y conducción temeraria. Se debe poner el enfoque en los resultados de esas conductas, no en las motivaciones para realizarlas.
- El rol del profesional es ayudar al paciente a forjar una conexión entre sus acciones y sus sentimientos cuando el cliente comete actos autolesivos.
- El profesional tratante debe ponerle límites a las conductas del o la cliente que amenacen la seguridad de cualquier persona que interactúe con el cliente.
- El profesional debe presentar todas las interacciones como algo que tiene lugar en el presente, no en el pasado.
- El profesional tiene que monitorear sus reacciones hacia el cliente como una forma de evitar que se expresen en su conducta. El cliente con trastorno de personalidad límite puede resultar frustrante e irritante, pero esos son justamente los síntomas que requieren el mayor grado de paciencia y profesionalismo para tratar en forma efectiva.

La terapia dialéctica conductual es el único tratamiento ambulatorio basado en evidencia para adultos con trastorno límite de personalidad crónicamente suicidas (Klein y Miller, 2011).

La terapia psicoanalítica psicodinámica ha demostrado eficacia en estudios randomizados controlados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

La psicoterapia en este grupo poblacional tiene sus desafíos particulares. Gunderson (1996) considera que menos de una sesión semanal es insuficiente para disminuir el uso de servicios de salud como la sala de emergencias y los hospitales.

## **EL PAPEL DE LA FARMACOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2001), la persona con trastorno de personalidad límite puede presentar mejoría con el uso de la medicación, basándose en la evidencia de que algunas dimensiones de este trastorno están mediadas por una disregulación fisiológica de los neurotransmisores.

La farmacoterapia se debe seleccionar de acuerdo a los síntomas y ofrecerse con psicoterapia concomitante. Ninguna medicación va a producir una remisión, pero pueden reducir los síntomas asociados con el trastorno (Biskin y Paris, 2012).

La Guía Práctica de Tratamiento de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicada en 2001 hace una división entre tres dimensiones conductuales y sus respectivos tratamientos:

1. Síntomas de disregulación afectiva: se pueden tratar con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina o un antidepresivo relacionado, como venlafaxina. Como segunda línea o terapia adyuvante se pueden emplear reguladores del estado de ánimo
2. Síntomas de descontrol impulsivo-conductual: el tratamiento inicial de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Si la conducta se convierte en una amenaza seria para la seguridad del paciente, puede ser necesaria la adición de un neuroléptico a dosis bajas o litio. También se puede considerar el uso de valproato o carbamazepina.
3. Síntomas cognitivo-perceptuales: se recomienda el uso de neurolépticos a bajas dosis.

Con respecto a la impulsividad, estudios como el de Brodsky, Malone, Ellis, Dulit y Mann (1997) han correlacionado niveles bajos de metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo con riesgo de suicidio y conductas agresivas, lo que fundamentaría teóricamente el uso de fármacos que actúen sobre el sistema serotoninérgico.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE), del Reino Unido (2009) brinda recomendaciones para la prescripción de tratamiento farmacológico en este grupo:

- Cerciorarse de que haya un consenso entre el prescriptor y otros profesionales involucrados respecto al fármaco a utilizar y que el prescriptor a cargo esté claramente identificado.

- Establecer posibles riesgos al momento de prescribir, como el uso de alcohol y sustancias ilícitas.
- Tener en cuenta el efecto psicológico de la prescripción (tanto para el paciente como para el profesional) y el impacto que la decisión puede tener en la relación terapéutica y en el plan de tratamiento.
- Asegurarse de que el medicamento no está reemplazando intervenciones más apropiadas.
- Usar un solo fármaco y evitar la polifarmacia siempre que sea posible.
- Elegir un fármaco con una cantidad baja de efectos adversos, poco potencial adictivo, mínimo potencial para ser mal utilizado y que sea relativamente seguro en caso de sobredosis.
- Usar la mínima dosis efectiva posible.
- Si hay riesgo de sobredosis, prescribir pequeñas cantidades con más frecuencia.
- Estar de acuerdo con el paciente sobre cuáles son los síntomas que se intentan abordar, el monitoreo y la duración anticipada del tratamiento.
- Acordar un plan para el cumplimiento adecuado.
- Descontinuar el medicamento si luego de un periodo de prueba los objetivos no se cumplen.
- Considerar alternativas como la psicoterapia si los síntomas que se intentaba tratar no mejoran o el riesgo no disminuye

En cuanto al uso de terapia electroconvulsiva, se encontró que pacientes con depresión mayor y trastorno límite de personalidad presentaban una mejoría inferior en los puntajes de la escala de Hamilton que aquellos con otros trastornos de personalidad. No se ha encontrado una explicación definitiva al respecto. Se sabe que los primeros tienen más posibilidades de presentar depresión refractaria al tratamiento medicamentoso, o incluso se ha llegado a postular que la patogénesis y curso de la depresión difiera en presencia de este trastorno de personalidad en particular. Todo esto lleva a los autores, Feske et al (2004), a recomendar tomar en cuenta la presencia del trastorno de personalidad límite al seleccionar candidatos para terapia electroconvulsiva.

## **REHABILITACIÓN EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

En el área laboral se necesita planeación y consistencia para alcanzar metas a corto y largo plazo. Esto se dificulta por la naturaleza del trastorno de personalidad límite, donde hay dificultades con la estabilidad emocional, planeación a largo plazo y consecución de metas, como lo describen Hennessey y McReynolds (2001). Muchos individuos con este diagnóstico pueden funcionar bien en situaciones laborales si hay un ambiente de apoyo y las tareas están claramente definidas. La dificultad más grande se puede dar en el área de las relaciones interpersonales, por la tendencia a que éstas sean muy intensas y por la dificultad para aceptar críticas

La clave para brindar servicios de consejería a un paciente ubicado en un empleo es la intervención temprana para ayudar al paciente a (Hennessey y McReynolds, 2001):

- Identificar posibles situaciones enardecedoras.
- Resolver conflictos interpersonales en el trabajo de forma socialmente apropiada.
- Buscar un nuevo empleo en caso de que la dinámica social en el lugar de trabajo se vuelva insostenible.

Otro ámbito de la rehabilitación es el abordaje de la disfunción neurocognitiva. Arza y cols. (2009), en un pequeño estudio de 5 pacientes con dificultad para alcanzar una funcionalidad aceptable pese a una mejoría en la impulsividad y en la regulación afectiva, se les realizó un plan individual para remediar alteraciones cognitivas, detectadas mediante un protocolo de evaluación neuropsicológica diseñado para identificar aspectos considerados nucleares en el trastorno de personalidad. Más allá de mejorar en los parámetros del protocolo de evaluación, se observó una mejoría en las actividades cotidianas, como la relación social y el desempeño laboral.

## **RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

El primer aspecto a considerar es si el internamiento es requerido. La experiencia clínica sugiere que en el caso de conductas autolesivas serias y cuadros psicóticos, se recomienda una estadía breve; mientras que las amenazas y las conductas autolesivas de bajo riesgo se pueden manejar ambulatoriamente o con una noche de permanencia en el servicio de

emergencias para darle un espacio a la o el paciente para reconsiderar su situación actual (Biskin y Paris, 2012).

Los servicios de atención intrahospitalaria no están diseñados para brindar un tratamiento continuado a las personas con trastorno de personalidad límite, pero terminan haciéndolo debido a la ausencia de servicios ambulatorios integrales, como señalan Krawitz y Watson (2003).

Fagin (2004) señala las dificultades que existen al atender pacientes con trastorno de personalidad límite en el contexto intrahospitalario. Pueden tratar de posicionarse como pacientes “especiales” y exigir atención adicional. Pueden hacer alianzas con pacientes de características similares y sabotear actividades o mofarse del personal. O simplemente desplegar una resistencia pasiva y mantener un silencio malhumorado.

El autor también enumera los principios propuestos por Bateman y Tyrer en su informe del 2002 para el Instituto Nacional de Salud Mental de Inglaterra. Para estos autores, el personal intrahospitalario debe enfocar sus esfuerzos a promover en el paciente la adherencia al tratamiento. Para esto, el plan de tratamiento idealmente debería ajustarse a los siguientes principios:

- Ser bien estructurado.
- Tener un enfoque claro.
- Poseer una base teórica que sea coherente para el equipo tratante y el paciente.
- Ser relativamente a largo plazo.
- Estar bien integrada con otros servicios disponibles para el paciente, y que el plan de manejo sea un vehículo para que diferentes servicios trabajen coordinadamente, se comuniquen y revisen los objetivos.
- Crear una sólida alianza terapéutica entre el equipo tratante y el paciente.

En un artículo publicado en 1996, Norton y Hinshelwood describen algunas características que a su juicio pueden servir para estimar la idoneidad de un paciente para recibir psicoterapia de forma intrahospitalaria. Algún logro académico, por más básico que sea, o un periodo de estabilidad laboral, pueden implicar que el paciente tiene capacidad de comprometerse. También es prometedor que haya cierta estabilidad interpersonal, como mantener una relación de pareja por más de 6 meses, o poder recordar relaciones positivas durante la infancia. Es un buen indicio si son capaces de reconocer que tienen algún grado de responsabilidad sobre sus problemas.

Autores como Krawitz y Watson (2003), por otro lado, sostienen recomendaciones diferentes. Exponen que si el internamiento es necesario, cuando sea posible, debe ser breve (hasta 72 horas) y enfocado en reducir los síntomas relacionados con la crisis actual. Consideran necesaria la existencia de un contrato, que delinee el plan a seguir al egreso, defina claramente la fecha del egreso y en coordinación con el clínico que estará a cargo al egreso. Además señalan que los internamientos breves requieren de la existencia de programas comunitarios integrales para el tratamiento.

**Tabla 6.** Ventajas y desventajas de la hospitalización breve (Tomado de Krawitz y Watson, 2003)

<p><b>Ventajas potenciales de la hospitalización breve</b></p> <p>Prevención del suicidio u homicidio          Proveer estabilidad para permitir establecer un plan posterior          Brindar una tregua para prevenir más deterioro          Tratar diagnósticos comórbidos como depresión, psicosis o anorexia</p>
<p><b>Desventajas potenciales de la hospitalización breve</b></p> <p>Incrementa la regresión          Decrece la autonomía          Incrementa la pasividad          Visión del hospital como el “salvador”          Efecto de “contagio”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si se identifican como la persona que se “autolesiona”, querer convertirse en el que lo hace mejor</li> <li>▪ Conductas más extremas para competir por la atención del personal</li> <li>▪ Conductas aprendidas (el profundo impacto que tiene en el ambiente decir que uno se va suicidar)</li> <li>▪ Conductas aprendidas de otros pacientes, por ejemplo, que autolesionarse es una forma de lidiar con la angustia</li> </ul>

*Transición exitosa al tratamiento ambulatorio*

La transición entre la atención intrahospitalaria y los servicios de salud mental de la comunidad

Boyer, McAlpine, Pottick y Olfson (2000), estudiaron a 229 pacientes hospitalizados para determinar si su referencia a programas ambulatorios culminó exitosamente; dos tercios se ausentaron a sus primeras citas programadas.

Pero, asimismo, encontraron que había 3 estrategias realizadas durante el internamiento que triplicaban las posibilidades de un involucramiento exitoso con los servicios en la comunidad:

- Comunicación entre el personal hospitalario y los clínicos del servicio ambulatorio respecto a los planes para el egreso
- Asistencia del paciente a los programas comunitarios antes del egreso
- Involucramiento de la familia durante el internamiento

### *Atención al paciente en crisis*

Krawitz y Watson (2003) exponen los principios del trabajo con pacientes con trastorno de personalidad límite en situaciones de crisis.

Para evitar el agotamiento del profesional, es necesario que recuerde que las crisis son necesarias e inevitables, además de que permiten que el paciente practique formas de lidiar con el distrés.

Lo ideal es que cada paciente tenga su propio plan de crisis, que pueda ser usado como guía al momento de la intervención, y así se estimula al paciente a utilizar las habilidades que ha aprendido al mismo tiempo que se le brinda escucha empática.

El objetivo es que regresen al nivel de funcionamiento previo a la crisis.

La guía NICE enumera algunas recomendaciones para la práctica clínica respecto al manejo de personas con trastorno de personalidad límite durante una crisis (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009):

- Mantener una actitud calmada y no amenazante.
- Tratar de entender la crisis desde el punto de vista de la persona.
- Explorar las razones del distrés de la persona.
- Usar preguntas abiertas, empáticas, incluyendo frases de validación, para identificar el inicio y la evolución de los problemas actuales.
- Buscar estimular la reflexión en las soluciones.
- Evitar minimizar las razones expuestas por la persona acerca de la crisis.
- Abstenerse de ofrecer soluciones antes de tener completamente clara la problemática.

- Explorar otras opciones antes de considerar la admisión a una unidad en crisis o un internamiento.
- Ofrecer un seguimiento apropiado en un periodo de tiempo acordado con la persona.

### *Intervención en crisis en un hospital general*

Este modelo se ensayó recientemente en el Hospital General de Ginebra, en Suiza (Berrino, Ohlendorf, Duriaux, Burnand, Lorillard, Andreoli, 2011). En el estudio se enrolaron 200 pacientes con trastorno de personalidad límite (según el DSM-IV), que habían consultado al servicio de emergencias por autolesión intencional. La mitad fueron ingresados al servicio de intervención en crisis, el resto recibió la intervención usual.

La unidad de intervención en crisis consistía en 8 camas, y la admisión podía ser voluntaria o involuntaria, con un máximo de 5 días de estancia. Buscaba proveer un ambiente seguro y cálido, de apoyo, por un equipo interdisciplinario que brindaba supervisión clínica diaria. No se explican en detalle las intervenciones realizadas, pero sí se menciona que se realizó una versión abreviada de un programa de intervención en crisis psicodinámico, basado en psicoterapia individual brindada por enfermeras entrenadas, que crean un programa individualizado para cada paciente e incluye una intervención con los allegados.

Las metas de este programa consisten en:

- Brindar un apoyo activo a nivel afectivo y cognitivo que permita superar el momento de estrés actual.
- Facilitar la alianza terapéutica y desarrollar una alianza de trabajo.
- Ayudar a expresar sentimientos abrumadores de ira, desamparo y decepción.
- Transmitir introspección sobre patrones repetitivos de apego masoquista idealizado.
- Enfoque en eventos de la vida que involucran separación y pérdida.

El grupo que no participó del programa de intervención en crisis repitió las conductas autolesivas deliberadas el doble que el grupo intervenido. Además ameritaron 7 veces más internamientos psiquiátricos. Y el costo del programa fue inferior al gasto en que se incurrió con los pacientes que recibieron la intervención usual.

### *Hospitalizaciones breves controladas por el paciente*

Nehls (1994) describe esta intervención, caracterizada porque la duración de la hospitalización es breve (2 a 5 días) y predeterminada, además de ser iniciada por el paciente. Está desarrollado para pacientes crónicos, no psicóticos, particularmente aquellos con trastorno de personalidad límite. Tiene la finalidad de evitar conflictos respecto a la necesidad relativa de la hospitalización y evitar los efectos negativos de hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, mejorando así la calidad de vida.

Los estudios al respecto son escasos, pero muestran que conduce a una disminución en el número de días de internamiento. El paciente y el clínico tratante negocian en forma colaborativa la duración, frecuencia y vía de entrada para los internamientos. Esto solo es posible cuando el sistema permite que el internamiento se de en el momento en que se solicite (Krawitz y Watson, 2003).

Si bien los autores citados señalan que hay necesidad de más estudios, enumeran también las posibles ventajas de esta modalidad. Por ejemplo, que empodera a los pacientes a sentirse más responsables de su plan de tratamiento, al tiempo que evita luchas por el poder donde el profesional tratante inevitablemente va a salir perdedor. Al paciente se le deja claro que las hospitalizaciones son un ambiente destructivo a menos que la estancia sea breve, además de que su verdadero tratamiento tiene lugar en la comunidad y no en el medio hospitalario.

Otros investigadores, como Helleman, Goossens, Kaasenbrood y van Achterberg (2013), coinciden con este punto, señalando que en el internamiento breve surgido de la iniciativa del paciente promueve la autonomía, el poder de decisión y el involucramiento activo en la búsqueda de soluciones durante las crisis. En otras palabras, promueve que el paciente sea un miembro igualitario de su equipo tratante.

También existe una modesta evidencia que apoya la idea de que preparar al paciente para su egreso es un factor protector contra el reingreso temprano (Durbin, Lin, Layne y Teed, 2007) algo que se favorece en este modelo al tener una fecha de egreso establecida desde el principio.

### *El hospital diurno*

Como describe Links (1998), el hospital diurno puede cumplir con varias funciones, como el tratamiento de pacientes agudos que de otra manera hubieran debido hospitalizarse; el tratamiento o rehabilitación de pacientes que están en transición de la hospitalización al tratamiento ambulatorio; para pacientes que no ameritan hospitalización pero pueden beneficiarse de un abordaje más intensivo y para el mantenimiento y rehabilitación a largo plazo de pacientes con enfermedad mental severa y crónica. Y menciona además que varios investigadores consideran que un modelo de este tipo puede ser particularmente efectivo para pacientes con trastornos de personalidad.

### *Modelo de continuación del tratamiento*

Se ha considerado que una de las causas de reingreso hospitalario en psiquiatría es la brecha entre los servicios hospitalarios y la atención en la comunidad, tanto administrativa como clínica (Juven-Wetzler et al, 2011).

De Panfilis y cols. (2012) hacen un resumen de variables que han sido relacionadas con una predisposición al abandono del tratamiento en pacientes con trastorno de personalidad límite, si bien señalan que no todos han tenido un impacto consistente en los diferentes estudios:

- Variables demográficas: menor edad, menos educación, menor status laboral.
- Variables psicológicas y de personalidad: falta de motivación para el cambio, mayor enojo/hostilidad inicial, impulsividad, ansiedad, evitación de experiencias, rasgos esquizoides y narcisistas.
- Variables clínicas: mayor o menor tratamiento previo (varió en los estudios) o trastorno por consumo de sustancias.

El modelo de continuación del tratamiento ("Continuation of Care" en inglés), como lo aplican Juven-Wetzler et al (2011), se basa en la hipótesis de que recibir atención del mismo personal que le atendió durante su internamiento puede ser efectivo en reducir las hospitalizaciones repetidas en el paciente. Esto porque reduciría la brecha entre ambos modelos de atención y eliminaría la necesidad de que se deba establecer nuevamente rapport entre el paciente y el proveedor de atención en salud mental. Además, permitiría

programar la frecuencia de las citas de seguimiento de acuerdo a las necesidades del paciente.

El modelo se puso a prueba en un hospital de Israel, con 35 pacientes, en su mayoría con diagnóstico de esquizofrenia; solo 3 pacientes del grupo tenían un diagnóstico de trastorno de personalidad. Cada paciente actuó como su propio control, con comparaciones entre antes y después de integrarse al programa. Empleando un periodo de 12 meses, los investigadores encontraron que las hospitalizaciones pasaron de un promedio de 4,17 a 1,51 y que el número de días de internamiento se redujo de 113,91 a 14,60.

Entre las ventajas de este modelo, Juven-Wetzler y cols. (2011) destacan la preservación del rapport entre el paciente y el equipo tratante. Se podían hacer ajustes en el tratamiento con prontitud dado que se conocen bien las particularidades del caso. Además, el funcionamiento de 24 horas del servicio de internamiento permitía más accesibilidad, por ejemplo, que los pacientes llamaran al servicio por teléfono en vez de consultar en el servicio de urgencias. (Juven-Wetzler et al, 2011).

#### *Abordaje a las familias*

Hoffman y cols. (2005) presentaron los resultados del programa Family Connections. Es un programa educativo de 12 semanas, impartido por familiares ya entrenados y se basa en las estrategias de la terapia dialéctica conductual. El programa demostró reducir los sentimientos de dolor y sobrecarga, y brindar una mayor sensación de dominio, cambios que se mantuvieron seis meses después.

Aún no existe evidencia de que las intervenciones en el ambiente familiar sean útiles para el bienestar de las personas con trastorno de personalidad límite (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

#### *Prevención del agotamiento del personal hospitalario*

Inconscientemente, la persona con trastorno de personalidad límite puede generar una división en el equipo tratante. Ante diferentes miembros del equipo despliega un comportamiento diferente (producto de mecanismo de defensa de escisión e identificación proyectiva) y esto puede generar diferencias de opinión que saquen a luz discrepancias de

previo en el equipo tratante. Una manera de abordar esto en forma empática es recordar al equipo que la escisión es el intento del paciente de alejar la agresividad y así protegerse de que ésta la destruya, según lo recomienda Gabbard (1989). El autor además recuerda que es importante distinguir estas conductas de la manipulación, la mentira o de simples desavenencias entre el personal. Tampoco es deseable que la escisión desaparezca, ya que la integración es parte de las metas terapéuticas. Una intervención útil es una reunión con el paciente y los miembros del personal denominados “buenos” y “malos” para que haya una discusión franca sobre las percepciones del paciente.

La terapia dialéctica conductual se fundamenta en la necesidad de aceptar a los pacientes tal y como son en el contexto de enseñarles a cambiar (Linehan, 1993). De ahí se derivan varias recomendaciones útiles para aquellos clínicos que trabajan con personas con trastorno de personalidad límite:

- Aceptación del paciente, el terapeuta y de la calidad de vínculo en el momento presente, haya o no progreso en el proceso terapéutico.
- Para el paciente con trastorno de personalidad parte del aprendizaje es descubrir que es posible que se pueden reparar las relaciones. Por lo tanto, no es importante no cometer errores; lo importante es repararlos hábilmente. El control perfecto y la terapia perfecta no son posible, pero siempre que se repare la relación, no es una catástrofe si eventualmente el clínico tratante se enoja o actúa con hostilidad. El enojo es un sentimiento que viene y se va. Lo fundamental es reparar hábilmente la relación.
- Cambiar el punto de vista al momento de sentirse frustrado. Es común que estos pacientes evoquen reacciones como “no debió hacer eso”, “me está manipulando” o “no quiere mejorar”. Es más adecuado visualizarlo desde la dialéctica, donde para el paciente “mi respuesta es la única posible, según mi historia de vida”, a lo que el terapeuta puede responder con la posición de “Es cierto. Sin embargo, tu respuesta es inaceptable y debe cambiar”. Ahí hay simultáneamente una aceptación de ambas personas y de su relación, pero apegada al objetivo de cambiar lo que es inaceptable en la conducta del paciente.

Ambos autores coinciden en la importancia de monitorear las reacciones de clínico, tanto individualmente como cuando se trabaja en equipo. Experimentar enojo con frecuencia, o mostrarse excesivamente punitivo o indulgente hacia un paciente, o llegar a considerarse “el único miembro del equipo que lo puede entender” deben ser señales de alerta.

## **Capítulo III. Aspectos metodológicos**

**INTERROGANTE A ESTUDIAR**

**OBJETIVOS**

**LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO**

**ANÁLISIS DE LOS DATOS**

## INTERROGANTE A ESTUDIAR

¿Cuáles son algunos factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013?

### a. Población (características)

Pacientes que cuenten con al menos un internamiento entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del año 2013 con el diagnóstico primario al egreso de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Se emplea el diagnóstico primario debido a que convencionalmente el médico tratante anota como primer diagnóstico la enfermedad que se considera principal causa del internamiento y la que tiene más relevancia relativa entre las enfermedades que coocurren en un mismo paciente.

### b. Objeto de estudio

Expedientes clínicos de pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico. No se empleará ninguna información que no venga consignada específicamente en el expediente.

### c. Comparaciones

Se centran principalmente en dos aspectos:

- Determinar si las características del grupo de pacientes con reingresos hospitalarios son diferentes a las del grupo sin reingresos
- Valorar si las intervenciones recibidas por el grupo con reingresos hospitalarios es diferente en cantidad o naturaleza de las intervenciones recibidas por el grupo sin reingresos.

### d. Resultados esperables

Explora las características demográficas y clínicas de la población con trastorno de personalidad límite, aumentando el conocimiento sobre la población que está siendo atendida en este centro hospitalario e identificando posibles factores de riesgos para el reingreso intrahospitalario. Por ejemplo, existe la posibilidad de que ciertas características sean protectoras para mantener a las pacientes en la comunidad, como contar con un

empleo, tener una pareja estable e hijos, lo que se reflejaría en que pacientes que cuenten con estas condiciones reingresen menos.

La presencia de otras condiciones clínicas patológicas, como consumo y dependencia de sustancias o la presencia de un trastorno mental mayor o varios, también pueden suponer un obstáculo para que el o la paciente egresada se mantengan funcionales en el contexto extrahospitalario.

Los motivos del internamiento también podrían incidir. Por ejemplo, ver si las crisis por estresores recientes son más propensas a generar reinternamientos que aquellas desencadenadas por eventos traumáticos del pasado o por conflictos de índole existencial (ejemplo, que el o la paciente se centre en que “la vida no tiene sentido”), sin un evento detonante claro de por qué esto lo angustia justo en este momento.

Se toman los reingresos hospitalarios como un parámetro indirecto de la eficacia del internamiento en restaurar el deterioro funcional que condujo al paciente con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad al internamiento.

Algunas hipótesis planteadas respecto a intervenciones que potencialmente podrían evitar los reingresos: la posibilidad de que la psicoterapia durante el internamiento prevenga un pronto reingreso de la persona tratada; si brindar a la familia orientación sobre cómo interactuar con la persona con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad les permitirá darle un mejor apoyo al egreso, que desestime su retorno a conductas desadaptativas que conduzcan a un nuevo internamiento, todo lo cual se reflejaría indirectamente en la ausencia de reingresos.

Al hablar de intervenciones, hay que plantearse también si se trata de una cuestión de cantidad, calidad o ambas. Medir la calidad de una sesión de psicoterapia o de la psicoeducación brindada a la familia es muy complejo y requeriría otro tipo de diseño metodológico. Pero sí es posible a través del expediente clínico cuantificar las intervenciones y ver en qué momento del internamiento se realizaron.

Por supuesto, también existe la posibilidad de que algunas o algunos pacientes ampliamente intervenidos durante el internamiento igual sigan reingresando. La ambivalencia que caracteriza a este trastorno también se puede presentar en la relación que desarrollan con el ambiente y personal hospitalario. No es infrecuente que egresen manifestando sentirse muy bien e incluso haciendo votos de que no regresarán y poco tiempo después reaparecen en crisis, llegando a decir que mintieron respecto a su recuperación.

Otro factor que podría o no relacionarse con los internamientos es la cantidad de medicamentos en su esquema terapéutico. Un esquema con varios tipos de fármacos (antidepresivos, eutimizantes, antipsicóticos, benzodiacepinas) podría reflejar indirectamente la dificultad existente al momento de manejar el caso.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados al reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013

### **Objetivos específicos**

- Establecer la frecuencia con que los pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013 con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite presenta reingresos en un periodo de uno o seis meses
- Identificar cuáles son los motivos del reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en Hospital Nacional Psiquiátrico según la percepción del paciente y del equipo tratante
- Comparar las características clínicas de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2013 en el grupo con reingresos respecto al grupo sin reingresos
- Determinar si hay diferencia entre las intervenciones terapéuticas realizadas durante el internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el grupo de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que presentan reingresos respecto al grupo sin reingresos

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

1. Número total de participantes que serán enrolados en el estudio :  
Según datos del área de Servicios Médicos y Estadísticas en Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, obtenidos mediante consulta directa, en el año 2013 hubo 95 egresos con el diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Estos serán los expedientes incluidos en el estudio.
2. Criterios de inclusión para los expedientes incluidos en el estudio:
  - a. Referentes al paciente al que pertenece el expediente:
    - i. Rango de edad: se incluyen pacientes mayores de 18 años
    - ii. Sexo: pacientes de ambos sexos se incluyen en el estudio
    - iii. Etnia: se incluyen pacientes de cualquier etnia y nacionalidad
    - iv. Inclusión de clases especiales o participantes vulnerables: existe la posibilidad de que alguno de los expedientes estudiados corresponda a una población de características especiales (en estado gestacional, adulto mayor de 65 años o privado de libertad), pero por la naturaleza del estudio, esto queda salvaguardado por el hecho de que no hay una interacción directa con el participante.
    - v. Pruebas de laboratorio y Gabinete: no se requiere ningún estudio de laboratorio o gabinete.
  - b. Otros:
    - i. Al menos un internamiento acaecido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del año 2013
    - ii. Diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, código F60.3 según el sistema de clasificación del CIE-10; incluye ambos tipos, en caso de que estén especificados: impulsivo (F60.30) o límite (F60.31)
    - iii. Si en los seis meses previos al internamiento, hubo una hospitalización previa, se incluirá en el estudio, con el fin de evitar el subregistro de los reingresos que se produciría si sólo se registran los internamientos acontecidos después del 1º de enero.
    - iv. Si en los seis meses posteriores al internamiento, hubo una nueva hospitalización, se incluirá en el estudio, con el fin de evitar el subregistro

de los reingresos que se produciría si sólo se registran los internamientos acontecidos antes del 31 de diciembre.

- v. Si el paciente ha tenido al menos un ingreso en unidades de internamiento (Unidad de Cuidados Intensivos y/o Servicio de Corta Estancia), entonces sí se incluyen las estancias que haya tenido en el Servicio de Observación en el periodo delimitado en el estudio.

### 3. Criterios de exclusión

- Expedientes que no se encuentren disponibles en el centro médico al momento de la revisión (ejemplo, expedientes decomisados por el Poder Judicial)
- Expedientes extraviados
- Pacientes que hayan sido manejados únicamente en el Servicio de Observación, sin pasar a unidades de internamiento

## **LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO**

La mayoría de la literatura publicada a nivel mundial trata sobre el trastorno de personalidad límite de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en sus diversas ediciones, según lo que estuviese vigente al momento del estudio. A nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social los diagnósticos se formulan según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 10ª edición. Si bien en esencia ambos corresponden a la descripción de un trastorno de personalidad caracterizado por un estado de ánimo inestable y la predisposición a actuar de forma impulsiva, no se puede garantizar en modo alguno que la concordancia entre ambos sistemas de clasificación sea perfecta.

Asimismo, el estudio no incluirá pacientes que potencialmente se podrían encontrar en el mismo espectro, como aquellos con el diagnóstico de “Acentuación de rasgos de personalidad” o “Trastorno de personalidad mixto”, ya que en los diagnósticos de egreso no se especifica a que rasgos o trastornos de personalidad se refieren.

Al emplear una población que ha estado hospitalizada, es posible que los resultados no puedan generalizarse a pacientes con una presentación menos severa del trastorno de

personalidad que les permita mantenerse funcionales a nivel ambulatorio a lo largo de toda su vida.

Por tratarse de una revisión de expedientes clínicos, no se podrá acceder a información que no haya sido consignada en forma explícita por los profesionales tratantes.

Se emplea el criterio de que el diagnóstico primario sea trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad debido a que convencionalmente el médico tratante anota como primer diagnóstico la enfermedad que se considera principal causa del internamiento y la que tiene más relevancia relativa entre las enfermedades que coocurren en un mismo paciente. La limitante es que esto entonces está sujeto al criterio subjetivo del psiquiatra que anota los diagnósticos de egreso.

En el Servicio de Estadística los internamientos en el Servicio de Observación no son censados como egresos, y por lo tanto, no se puede acceder a ellos a través del listado de diagnósticos primarios de egreso.

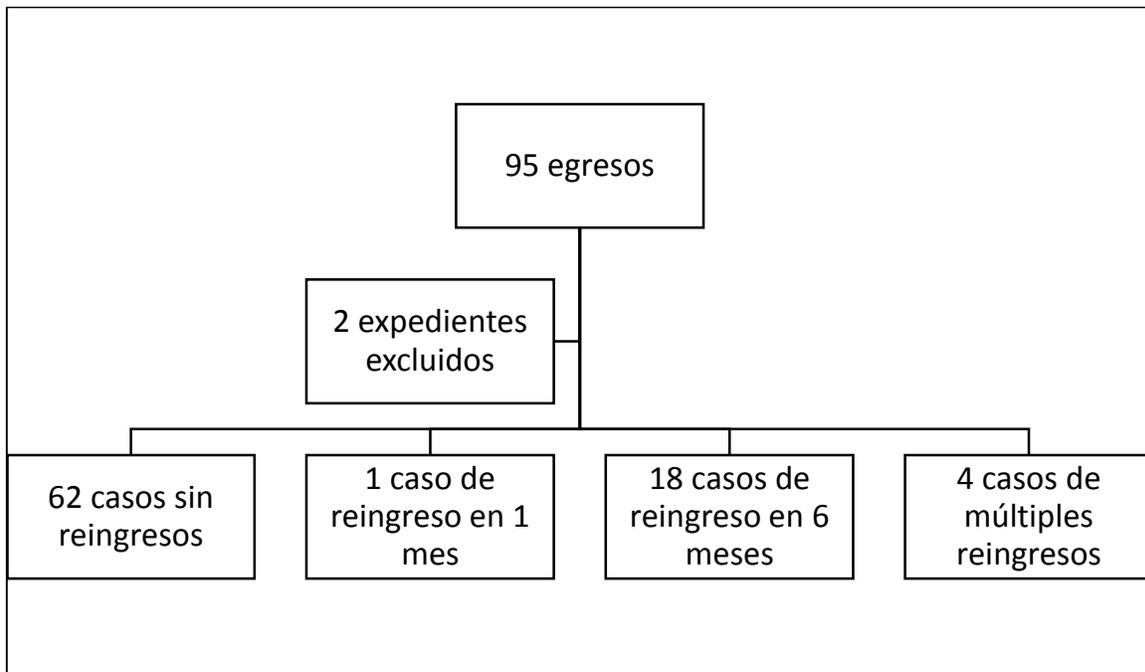
#### **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa Epi Info 7 (herramienta gratuita distribuida por el sitio web de la Organización Mundial de la Salud). Los gráficos se generaron con Microsoft Excel 2013.

## Capítulo IV. Resultados y discusión

Según datos del área de Servicios Médicos y Estadísticas en Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, obtenidos mediante consulta directa, en el año 2013 hubo 95 egresos con el diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

**Figura 1.** Distribución de los expedientes con primer diagnóstico de egreso de trastorno de inestabilidad emocional en el 2013



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

De los 95 expedientes donde se consignó como diagnóstico primario de egreso trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o trastorno de personalidad límite o limítrofe, uno estaba incluido en el listado por equivocación, y en realidad tenía otros diagnósticos de egreso. Otro de los casos correspondía a una persona menor de 18 años, por lo que no cumplía con los criterios de inclusión. De los expedientes restantes, hubo 62 casos que no tenían reingresos ni en uno ni en seis meses. Para el periodo estudiado, 18 de los casos tuvieron dos internamientos separados por un intervalo de 6 meses o menor y 4 casos tuvieron 3 internamientos separados entre sí por un periodo de menos de 6 meses. Hubo un único caso que reingresó en menos de un mes. Por lo tanto, los datos corresponden a

85 pacientes con al menos un egreso con diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en el año 2013.

**Tabla 7.** Distribución de los casos según la presencia de reingresos hospitalarios

<b>Grupo</b>	<b>Frecuencia</b>
Ausencia de reingresos	62
Reingreso en un mes	1
Reingreso en seis meses	18
Varios reingresos	4
<b>Total</b>	<b>85</b>

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Dado que los subgrupos con reingresos son pequeños, se agruparán para la comparación de las características generales.

### **Características generales de la población estudiada**

#### *Edad*

Se trata de una población predominantemente joven: la mitad tiene menos de 30 años y más de un 80% son menores de 40 años.

La edad promedio es de 31,7 años, con una desviación estándar de 9,1.

**Tabla 8.** Distribución de los casos por edad de la población total

<b>Rango de edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>18-20</b>	7	8,24%	8,24%
<b>21-30</b>	37	43,53%	51,76%
<b>31-40</b>	25	29,41%	81,18%
<b>41-50</b>	13	15,29%	96,47%
<b>51-60</b>	3	3,53%	100,00%
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Tabla 9.** Distribución por edad del grupo de pacientes sin reingresos

<b>Rango de edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>18 a 20</b>	5	8,06%	8,06%
<b>21 a 30</b>	24	38,71%	46,77%
<b>31 a 40</b>	20	32,26%	79,03%
<b>41 a 50</b>	11	17,74%	96,77%
<b>51 a 60</b>	2	3,23%	100,00%
<b>Total</b>	62	100,00%	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Tabla 10.** Distribución por edad del grupo de pacientes con reingresos

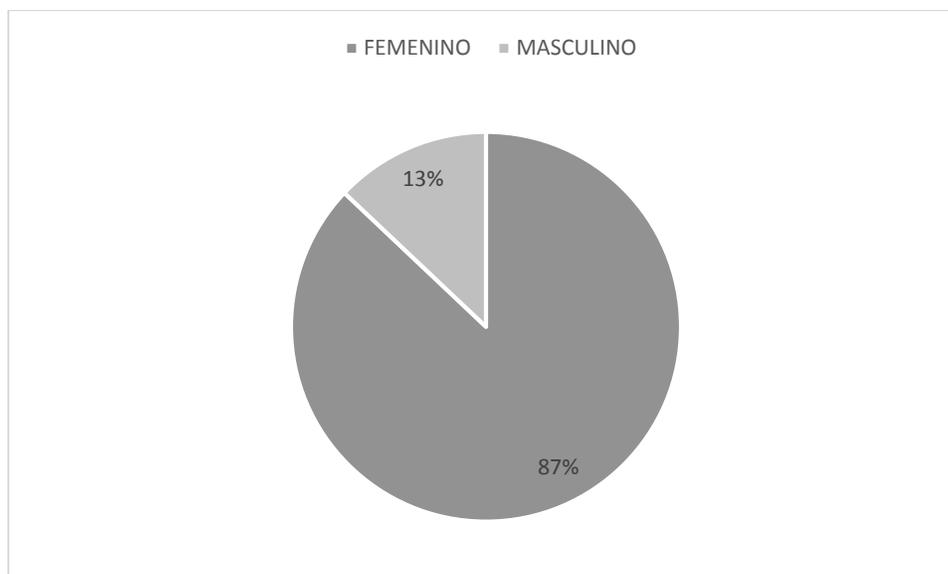
<b>Rango de edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>18 a 20</b>	2	8,70%	8,70%
<b>21 a 30</b>	13	56,52%	65,22%
<b>31 a 40</b>	5	21,74%	86,96%
<b>41 a 50</b>	2	8,70%	95,65%
<b>51 a 60</b>	1	4,35%	100,00%
<b>Total</b>	23	100,00%	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Con la prueba de chi-cuadrado, el resultado es que no existen diferencias en cuanto a la distribución por grupo etario del grupo con reingresos respecto al grupo sin reingresos ( $\chi^2=2.8195$ ,  $p<0.05$ ).

## Distribución por sexo

**Gráfico 1.** Distribución por sexo del total de casos (N=85)



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

La mayoría de los casos correspondían a mujeres. Lo reportado en la literatura es que hasta un 75% de los casos se trata de mujeres. Dado el tamaño pequeño de la muestra, se puede decir que sigue esta tendencia.

Respecto a cada subgrupo, se presenta la distribución en la tabla 11.

**Tabla 11.** Distribución según sexo de los grupos con y sin reingresos

Grupo	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
Sin reingresos	87%	13%	100%
Con reingresos	87%	13%	100%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

No hay ninguna diferencia en los grupos en cuanto a la distribución por sexos, lo cual se confirma por la prueba del chi-cuadrado ( $\chi^2 = 0.0003$ ,  $p < 0.05$ )

**Tabla 12.** Distribución de los casos por provincia, comparados con la población nacional (Fuente: Censo Nacional 2011)

<b>PROVINCIA</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>San José</b>	42	49,4%	1 404 242	32,6%
<b>Alajuela</b>	23	27,1%	848 146	19,7%
<b>Cartago</b>	5	5,9%	490 903	11,4%
<b>Heredia</b>	8	9,4%	433 677	10,1%
<b>Guanacaste</b>	1	1,2%	326 953	7,6%
<b>Puntarenas</b>	5	5,9%	410 929	9,6%
<b>Limón</b>	1	1,2%	386 862	9,0%
<b>Total</b>	85	100,00%	4 301 712	100,0%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

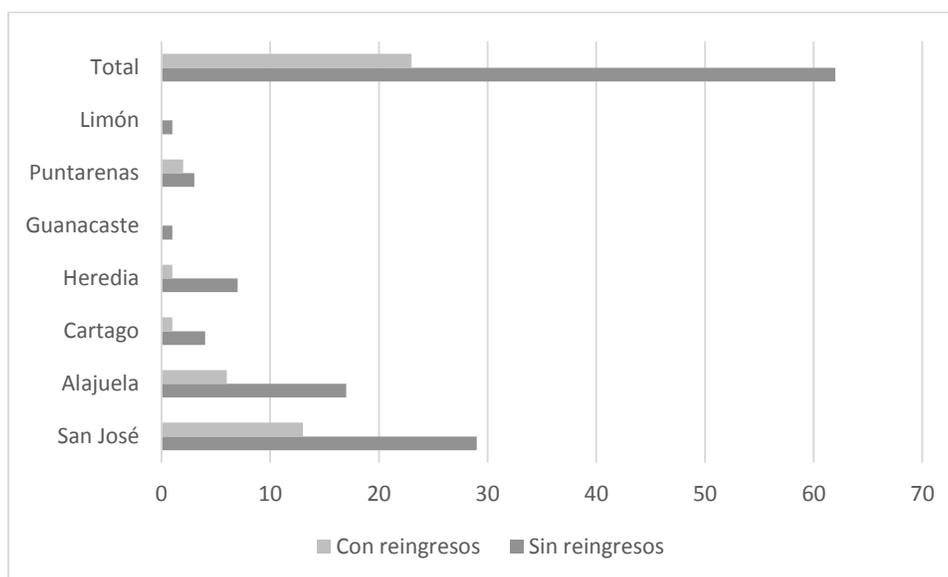
En general, el origen de los casos no es proporcional a la población de cada provincia. Por ejemplo, la mitad de los casos provienen de San José, que en comparación, sólo tiene la tercera parte de la población del país. En cada provincia, incluyendo San José, existe la posibilidad de que los pacientes sean abordados en uno o varios hospitales regionales. En todo caso, no se dispone de datos al respecto, por lo que no se puede atribuir esta diferencia exclusivamente a que los casos de otras provincias no lleguen hasta el Hospital Nacional Psiquiátrico, que es un nivel de abordaje más avanzado. Existe la posibilidad de que en centros urbanos más complejos, con mayores retos a nivel social (consumo de sustancias ilícitas, violencia social, marginación y desempleo) el ambiente exacerbe la gravedad de la patología. O que en zonas con un menor acceso a los servicios de salud, los afectados con este trastorno de personalidad recurran a desarrollar otras formas de afrontamiento, positivas o negativas, que frenen su eventual llegada a un centro hospitalario.

**Tabla 13.** Distribución de los casos por provincia según la presencia o no de reingresos

PROVINCIA	Casos sin reingresos		Casos con reingresos	
	Número de casos	Porcentaje	Número de casos	Porcentaje
San José	29	47%	13	57%
Alajuela	17	27%	6	26%
Cartago	4	6%	1	4%
Heredia	7	11%	1	4%
Guanacaste	1	2%	0	0%
Puntarenas	3	5%	2	9%
Limón	1	2%	0	0%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Gráfico 2.** Distribución de los casos por provincia según la presencia o no de reingresos (N=85)



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

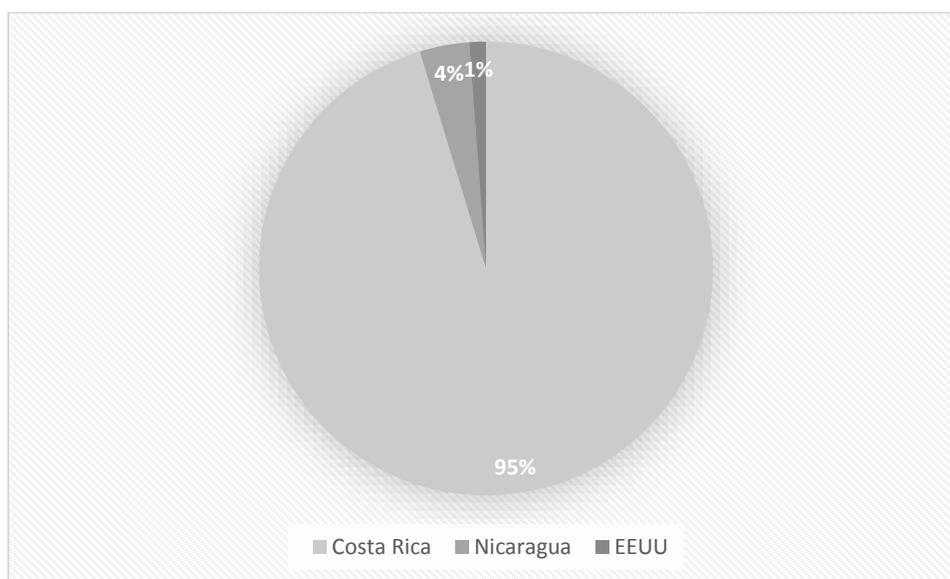
En ambos grupos, la mayor parte de los pacientes proviene de San José y Alajuela, en porcentajes muy similares.

En la distribución por provincia no hubo diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los grupos y el total.

**Tabla 13.** Análisis de la distribución por provincias según la prueba del chi-cuadrado, con 6 grados de libertad

Grupo	Con reingresos	Sin reingresos
$\chi^2$	9.110	2.2348
Valor de P	0.1675	0.8850

**Gráfico 3.** Distribución del total de casos según país de nacimiento para el grupo total (N=85)



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Un 95% de los casos atendidos corresponde a costarricenses. Lo cual resulta interesante dado que un 8,97% de la población costarricense nació en el extranjero (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011). Sin embargo, dado el tamaño limitado de la muestra no es posible concluir que efectivamente este trastorno sea menor entre la población inmigrante, aunque es interesante considerar que la migración ha sido vinculada repetidamente con estresores considerables y vulnerabilidad a problemas de salud mental (Bhugra, 2004; Bhugra y Arya, 2005), lo cual no se ve reflejado en estos resultados.

### Situación de pareja y cantidad de hijos

**Tabla 14.** Distribución de los casos según la presencia de una relación de pareja en el grupo completo

Situación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Soltería</b>	30	35,29%
<b>Separación</b>	27	31,76%
<b>Convivencia</b>	27	31,76%
<b>Viudez</b>	1	1,18%
<b>Total</b>	85	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Los casos se distribuyen en proporciones muy similares entre personas solteras, personas en una relación de convivencia (ya sea casadas o en unión libre) y personas que convivieron en algún momento pero que actualmente se encuentran separadas.

**Tabla 15.** Situación de pareja para cada grupo

Situación	Grupo sin reingresos	Grupo con reingresos
	Porcentaje (%)	Porcentaje (%)
<b>Soltería</b>	32,3	43,5
<b>Separación</b>	32,3	30,4
<b>Convivencia</b>	33,9	26,1
<b>Viudez</b>	1,6	0
<b>Total</b>	100,0	100,0

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Hay un porcentaje levemente superior de personas en el grupo con reingresos que no cuentan con una relación de convivencia (74% versus 64%). Si bien la diferencia puede ser producto del azar ( $\chi^2= 0.6706$ ,  $p<0.05$ ), también podría reflejar que contar con una pareja estable puede actuar como un factor protector contra el ingreso hospitalario.

Respecto a los hijos, tenían en promedio 1,55 hijos (con una desviación estándar de 1,55). El 31,8% de los casos no tenían hijos.

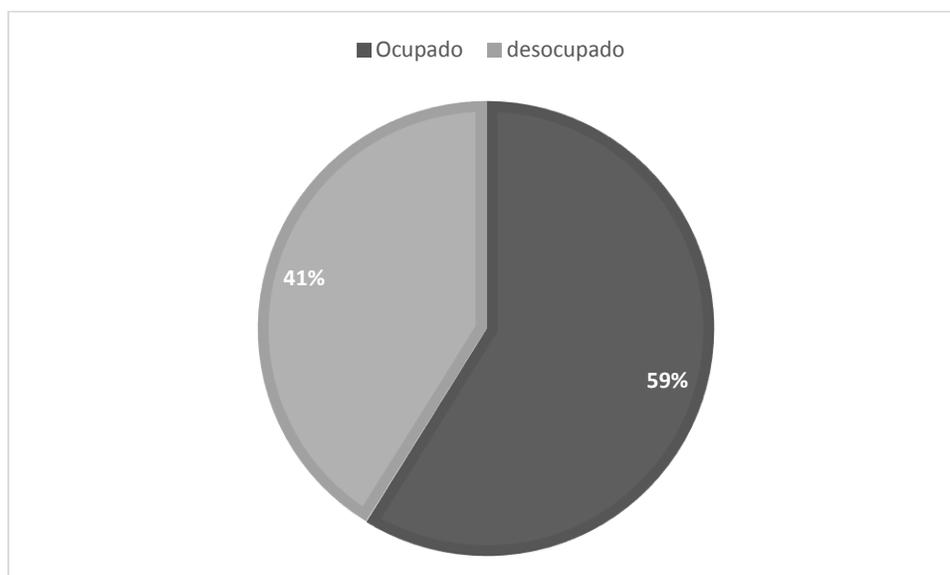
Específicamente en el caso del grupo sin reingresos hospitalarios, la cantidad promedio de hijos era un poco mayor, 1,73, con una desviación estándar de 1,66. Había un porcentaje levemente inferior de personas sin hijos, un 27,4%.

En el grupo con reingresos, había un menor promedio de hijos, 1,09 (desviación estándar de 1,08) y la cantidad de personas sin hijos era mayor, un 43,5%.

Si bien la diferencia no es estadísticamente significativa ( $\chi^2= 1.9961$ ,  $p<0.05$ ), estaría acorde con la posibilidad de que los hijos actúen como una motivación para evitar situaciones que conduzcan a un internamiento.

#### *Situación ocupacional*

**Gráfico 4.** Distribución de los casos según ocupación (N=85)



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

La mayoría de los pacientes tienen algún tipo de ocupación, incluyendo los que reportaban encargarse de los quehaceres del hogar (ama de casa). El 41% (que corresponde a 35 casos), se consideraba sin ocupación o desempleado.

**Tabla 16.** Porcentajes de ocupación para cada grupo

<b>Situación</b>	<b>Grupo sin reingresos</b>	<b>Grupo con reingresos</b>
	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Desocupado	40	43
Ocupado	60	57
<b>Total</b>	100,0	100,0

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

No se observa diferencias entre los dos grupos respecto al porcentaje de sujetos que tiene una ocupación ( $\chi^2= 0.069$ ,  $p<0.05$ ).

**Tabla 17.** Distribución de los casos según escolaridad

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin escolaridad</b>	2	2,35%
<b>Primaria incompleta</b>	7	8,24%
<b>Primaria completa</b>	21	24,71%
<b>Secundaria incompleta</b>	29	34,12%
<b>Secundaria completa</b>	12	14,12%
<b>Universidad incompleta</b>	6	7,06%
<b>Universidad completa</b>	8	9,41%
<b>Total</b>	85	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Aproximadamente un 30% de los casos tiene un grado académico igual o superior a la secundaria.

**Tabla 18.** Distribución de los casos según escolaridad para cada grupo

<b>Situación</b>	<b>Grupo con reingresos</b>	<b>Grupo sin reingresos</b>
	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sin escolaridad</b>	4,4	1,6
<b>Primaria incompleta</b>	4,4	9,7
<b>Primaria completa</b>	39,1	19,4
<b>Secundaria incompleta</b>	21,7	38,7
<b>Secundaria completa</b>	8,7	16,1
<b>Universidad incompleta</b>	13,0	4,8
<b>Universidad completa</b>	8,7	9,7
<b>Total</b>	100,0	100,0

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

En ambos grupos se conserva una distribución muy similar en cuanto al grupo más educado, con aproximadamente un 30% de los sujetos con un grado académico igual o superior a la secundaria. Contrario a lo esperado, en el grupo sin reingresos hay una mayor cantidad de personas sin educación secundaria.

Sin embargo, ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa.

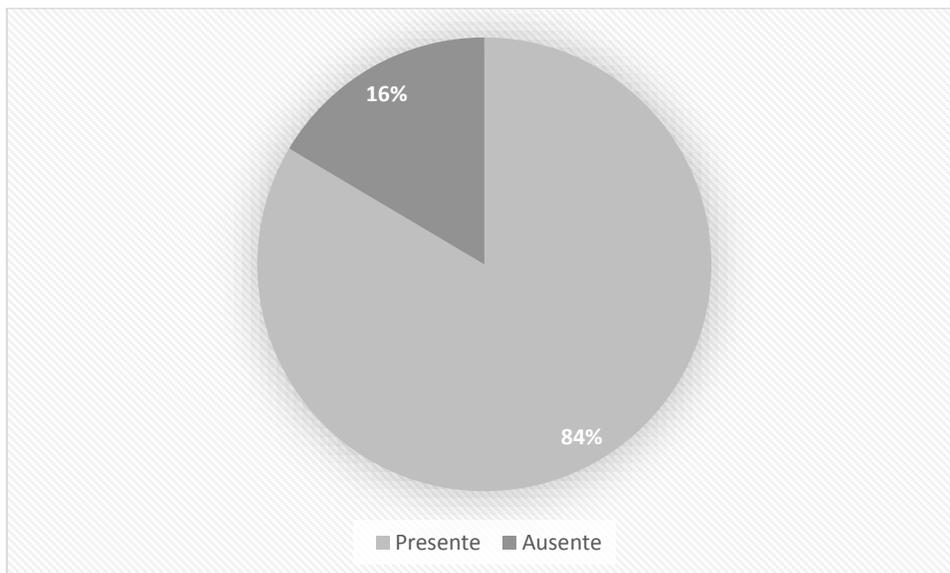
**Tabla 19.** Análisis de la distribución por provincias según la prueba del chi-cuadrado, con 6 grados de libertad

<b>Grupo</b>	<b>Con reingresos</b>	<b>Sin reingresos</b>
$\chi^2$	5.440	2.016
Valor de P	0.4887	0.9182

Como se mencionó antes, Norton y Hinshelwood (1996) consideran que un periodo de estabilidad laboral o algún logro académico pueden ser indicadores positivos de la capacidad del paciente para comprometerse con un proceso de psicoterapia.

*Antecedente de eventos traumáticos en la historia de vida*

**Gráfico 5.** Distribución de los casos según la presencia o ausencia de un evento traumático para el grupo total (N=85).



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Tabla 20.** Distribución de los casos según la presencia o ausencia de un evento traumático para los grupos con y sin reingresos

Antecedente de evento traumático	Grupo sin reingresos	Grupo con reingresos
	Porcentaje (%)	Porcentaje (%)
Ausente	8,7	19,3
Presente	91,3	80,7
<b>Total</b>	100,0	100,0

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Hubo un mayor porcentaje de personas con antecedente de eventos traumáticos en el grupo sin reingresos. Sin embargo, la diferencia no resulta estadísticamente significativa ( $\chi^2= 1.5415, p<0.05$ ).

**Tabla 20.** Eventos traumáticos consignados en el expediente para el grupo total

Tipo de evento traumático consignado	Edad más temprana en que se reporta el evento		
	Menos de 12 años	12 a 18 años	Más de 18 años
Abuso sexual por persona perteneciente al grupo primario de apoyo	27%	4%	4%
Abuso sexual por persona ajena al grupo primario de apoyo	28%	9%	6%
Víctima directa de violencia intrafamiliar	35%	6%	13%
Víctima presencial de violencia intrafamiliar	22%	1%	0%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

El trauma temprano resultó ser el más frecuente en el grupo general. La tabla 21 muestra la frecuencia con que los pacientes de cada subgrupo reportaron un evento traumático antes y después de los 12 años o no reportaron del todo un evento traumático

**Tabla 21.** Frecuencia con que se reportó o no un evento traumático antes de los 12 años.

Antecedente de evento traumático	Grupo con reingresos		Grupo sin reingresos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 12 años	16	69,6%	39	62,9%
De los 12 años en adelante	5	21,7%	10	16,1%
<b>Ausente</b>	2	8,7%	13	21,0%
<b>Total</b>	23	100,0%	62	100,0%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

El porcentaje de trauma a edad temprana es similar para ambos grupos. El valor de chi-cuadrado es 1.846. No hay diferencias significativas con  $p < 0.05$  (valor de P es 0.397321)

**Tabla 22.** Casos que presentaron problemas en la relación parental del grupo total

Tipo de dificultad en la relación parental	Porcentaje de casos en que se consignó		
	Grupo total	Grupo sin reingresos	Grupo con reingresos
Rechazo del embarazo o al nacer	15%	13%	22%
Abandono	14%	15%	13%
Problemas vinculares	51%	44%	70%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

En el grupo con reingresos aparece una mayor cantidad de reportes de problemas vinculares con los progenitores y de rechazo a la persona durante la gestación o el nacimiento.

Sin embargo, para la variable de rechazo no hay diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2= 1.011$ ,  $p<0.05$ ). Tampoco para la variable de abandono significativa ( $\chi^2= 0.03$ ,  $p<0.05$ ).

La diferencia sí resulta estadísticamente significativa para la variable de problemas vinculares en los progenitores, resultando que es más marcada para el grupo con reingresos ( $\chi^2= 4.5429$ ,  $p<0.05$ ).

#### *Antecedentes familiares de hospitalizaciones*

**Tabla 23.** Casos donde se reportaron internamientos en la madre u otros familiares

Familiar internado	Porcentaje de casos en que se consignó		
	Grupo total	Grupo sin reingresos	Grupo con reingresos
Madre	8%	3%	22%
Otros familiares	18%	18%	17%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

En el grupo con reingresos se consignó una cantidad mayor de antecedentes de que la madre haya sido hospitalizada por cualquier causa. La diferencia resultó estadísticamente significativa ( $\chi^2= 7.6088$ ,  $p<0.05$ ).

No hubo diferencias respecto a internamientos de otros familiares que no fuesen la madre ( $\chi^2= 0.0014$ ,  $p<0.05$ ).

### *Ingresos previos*

Con respecto a la cantidad de ingresos previos, para el 43,5% de los casos se trataba del primer internamiento en este centro, seguido en frecuencia por aquellos con un ingreso previo (15,3%) Los tres casos con mayor cantidad de ingresos previos habían tenido 17, 13 y 10 internamientos respectivamente.

En promedio, los pacientes habían tenido 2,2 internamientos previos (con una desviación estándar de 3,2).

En el caso de los pacientes que posteriormente tuvieron reingresos, el 39,1% estaba siendo hospitalizado por primera vez y este grupo incluyó a los dos pacientes con mayor cantidad de ingresos previos (13 y 17). En promedio, tenían 3,3 ingresos previos, con una desviación estándar de 4,7.

En el grupo de pacientes que no reingresaron, el 45,2% no tenía internamientos anteriores al estudiado. En promedio, tenía 1,7 internamientos previos, con una desviación estándar de 2,4.

Aunque los pacientes con reingresos había tenido en promedio más internamientos previos que el grupo sin reingresos, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$  esta diferencia no es significativa (según la prueba de T de Student,  $T=0.333$  y  $P=0.385$ ).

### *Duración de los internamientos*

La duración promedio de los internamientos fue de 19,5 días, con una desviación estándar de 31,0. Esto se debe a valores extremos debidos a medidas judiciales de internamiento, que tuvieron internamientos de 86, 99, 177 y 193 días de duración, por citar los más prolongados. Para el 75% de los pacientes el internamiento tuvo una duración de 15,5 días o menos. Y para la mitad de los casos, la estancia fue de 10 días o menos.

Para los pacientes sin reingresos, la estancia promedio fue de 20,0 días, con una desviación estándar de 34,2 días. En el 75% de los casos el internamiento tuvo una duración igual o inferior a 16 días. Y al igual que para el grupo completo, la mitad tuvo una hospitalización que duró aproximadamente 10 días o menos. En este grupo estuvieron los tres pacientes con ingresos más prolongados (99, 177 y 193 días).

El primer internamiento de los pacientes con reingresos tuvo una duración promedio de 18,0 días, con una desviación estándar de 20,5 días. En un 75% de los casos la hospitalización fue de 24 días o menos. Al igual que en los grupos anteriores, la mitad tuvo un internamiento con una duración menor a 10 días.

**Tabla 24.** Duración promedio de los internamientos subsiguientes para los pacientes con reingresos en un intervalo de 6 meses

<b>Grupo</b>	<b>Duración promedio (días)</b>	<b>Desviación estandar</b>
2° internamiento sin reingresos posteriores	14,3	12,4
2° internamiento con reingresos posteriores	33,5	5,4
3° internamiento	20,0	11,3

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

#### *Comorbilidades psiquiátricas*

Un 73% de los pacientes no presentaba ninguna comorbilidad psiquiátrica, un número muy inferior a lo esperable, pero que se explica dado que el criterio para seleccionar esta población consistía en que el diagnóstico de trastorno de personalidad fuera el primer diagnóstico. Es probable que se hubieran encontrado porcentajes superiores de comorbilidad si se hubiera permitido otro tipo de primer diagnóstico. Los diagnósticos psiquiátricos reportados aparecen en la tabla 25.

**Tabla 25.** Frecuencia con que se consignaron otros diagnósticos de tipo psiquiátrico

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Sin otro diagnóstico</b>	62
<b>Trastorno depresivo</b>	10
<b>Trastorno psicótico</b>	1
<b>Trastorno bipolar</b>	4
<b>Retraso mental</b>	1
<b>Otros</b>	7
<b>Total</b>	85

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Respecto a otros diagnósticos, en dos casos se realizaron diagnósticos relacionados con producción intencionada de síntomas psiquiátricos. En un tercer caso, había descripciones

al respecto a simulación de síntomas en las notas clínicas pero no se consignó entre los diagnósticos de egreso.

Entre los pacientes con reingresos, un 52,2% carecía de comorbilidades de tipo psiquiátrico, mientras que en los pacientes sin reingresos este porcentaje era de un 80,6%. Esta diferencia resulta ser estadísticamente significativa ( $\chi^2= 6.8902$ ,  $p<0.05$ ).

### *Comorbilidades médicas*

**Tabla 26.** Frecuencia con que se presentaron diversas condiciones médicas

<b>Condición médica</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Ninguna</b>	67
<b>Hipertensión arterial</b>	7
<b>Diabetes mellitus tipo 2</b>	5
<b>Patología tiroidea</b>	3
<b>Embarazo</b>	2
<b>Fibromialgia</b>	2
<b>Otros</b>	7

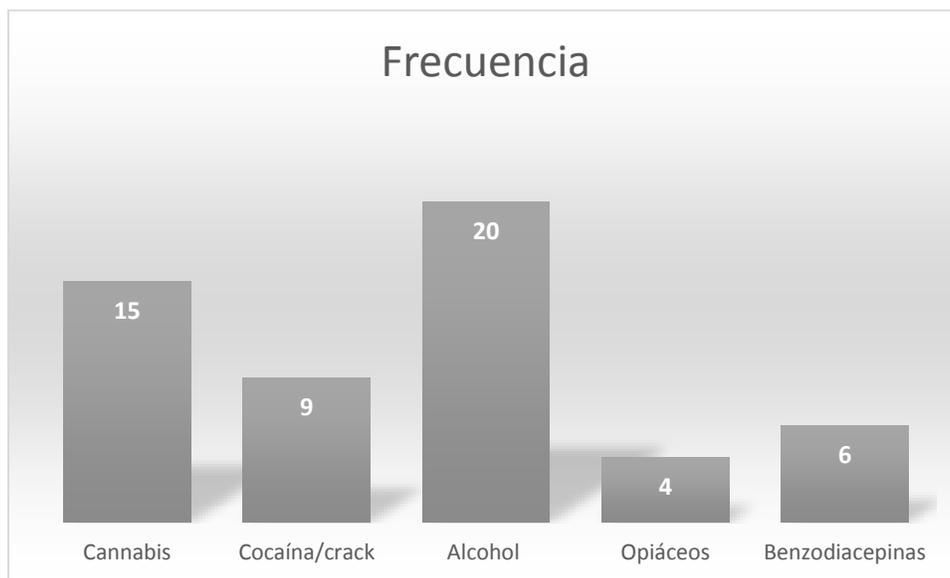
Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

El 79,0% de los pacientes sin reingresos y el 78,3% de los pacientes con reingresos no presentaban condiciones médicas asociadas. La diferencia no es estadísticamente significativa ( $\chi^2= 0.006$ ,  $p<0.05$ ).

### *Consumo de sustancias*

En un 43,5% se consignaba el antecedente de trastornos relacionados con el consumo de sustancias y en la mitad de estos había uso de más de una sustancia. La tabla 27 muestra la frecuencia de consumo agrupada por sustancia.

**Gráfico 6.** Frecuencia de consumo de sustancias para el grupo total (N=85).



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

En los pacientes con reingresos, el 39,1% presentaba un trastorno relacionado al consumo de uno o más sustancias. Para los pacientes sin reingresos, el porcentaje es mayor, un 55,2%. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $\chi^2= 1.8437$ ,  $p<0.05$ ).

#### *Manejo en Observación*

En 6 de los 85 casos estudiados, el paciente fue inicialmente manejado en el Servicio de Observación antes de ingresar. De estos 6 casos, sólo 1 volvió a reingresar posteriormente.

En 12 de los casos también se planteó como primera opción su ingreso al Servicio de Observación, pero no fue posible por falta de camas disponibles.

Luego de egresar, se dio el caso de que 4 pacientes fueron manejadas en Observación, lo que evitó que se convirtieran en un reingreso hospitalario. Hubo otro caso en que el reingreso se manejó inicialmente en Observación, pero terminó por convertirse en una hospitalización regular.

### **Variables propias del internamiento**

**Tabla 27.** Comparación entre el motivo de internamiento para los pacientes sin reingreso y los pacientes que presentaron reingresos posteriores

<b>Motivo del internamiento</b>	<b>Grupo sin reingresos</b>		<b>Grupo con reingresos</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Actos autolesivos intencionales</b>	26	41,94%	9	39,13%
<b>Ideación suicida</b>	24	38,71%	10	43,48%
<b>Alteraciones del estado de ánimo</b>	3	4,84%	0	0,00%
<b>Otras causas</b>	9	14,52%	4	17,39%
<b>Total</b>	62	100,00%	23	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

En el apartado de Otras causas, 7 corresponden a medidas judiciales de internamiento y en un caso, la paciente fue remitida para estudios por la Comisión Evaluadora de Incapacidades. En otro de los casos, la paciente reportaba ideación homicida en contra de una hija y en el caso restante, el paciente consultó por la idea de atentar contra la vida de la novia de un hombre del que estaba enamorado.

No hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambas distribuciones de frecuencias ( $\chi^2= 1.331$ ,  $p<0.05$ ).

**Tabla 28.** Comparación entre el factor identificado como desencadenante del internamiento para el grupo con y sin reingresos

<b>Factor desencadenante</b>	<b>Grupo sin reingresos</b>		<b>Grupo con reingresos</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No es claro	25	38,71%	11	47,83%
Conflictiva de pareja	10	16,13%	3	13,04%
Conflictiva laboral	1	1,61%	1	4,35%
Abandono del tratamiento	1	1,61%	0	0,00%
Conflicto familiar	20	32,26%	5	21,74%
<b>Otros</b>	6	9,68%	3	13,04%
<b>Total</b>	62	100,00%	23	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

En cuanto a otros factores desencadenantes, en 4 casos se identificó conducta agresiva contra los familiares, 3 de los cuales correspondiendo a medidas judiciales de internamiento.

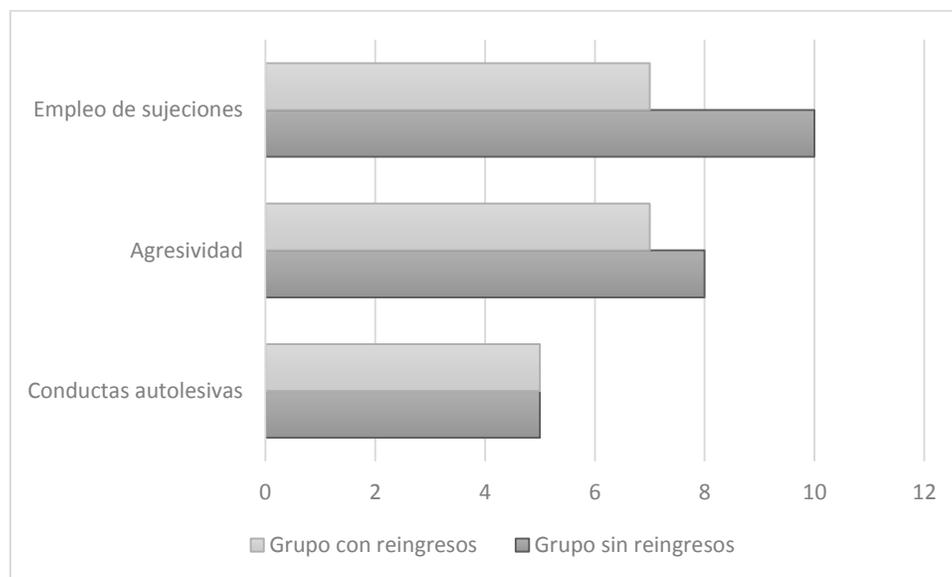
Tampoco en este caso hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ( $\chi^2= 1.8651$ ,  $p<0.05$ ).

### *Conductas desadaptativas durante el internamiento*

Como parámetros para las conductas desadaptativas en el transcurso del internamiento, se determinó la presencia de anotaciones referentes a conductas agresivas, conductas autolesivas y la utilización de métodos de contención física (sujeciones).

Este tipo de conductas estuvo presente en 14 de los pacientes que sin reingresos (22,5%) y en 7 de los pacientes que sí reingresaron (30,4%).

**Gráfico 7.** Frecuencia con que se registraron conductas agresivas, autolesivas y empleo de contención mecánica en los grupos con o sin reingresos



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Las diferencias no fueron estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de autolesión ( $\chi^2= 3.0221$ ,  $p<0.05$ ), conductas agresivas ( $\chi^2= 3.5481$ ,  $p<0.05$ ) o empleo de sujeciones ( $\chi^2= 2.1459$ ,  $p<0.05$ ).

### *Empleo de medicación*

En 9 de los 85 casos se decidió manejar el caso sin tratamiento farmacológico al egreso. En dos de ellos, la paciente en cuestión se encontraba en estado de embarazo.

Los medicamentos prescritos fueron, en orden de frecuencia:

1. Antidepresivos
2. Benzodiazepinas
3. Hipnóticos
4. Eutimizantes
5. Antipsicóticos

Este orden fue el mismo para paciente sin reingresos y para pacientes con reingresos.

**Tabla 29.** Número de fármacos prescritos al egreso para el grupo de pacientes con reingresos posteriores

<b>Número de medicamentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>0</b>	1	4,35%	4,35%
<b>1</b>	3	13,04%	17,39%
<b>2</b>	11	47,83%	65,22%
<b>3 o más</b>	8	34,78%	100,00%
<b>Total</b>	23	100,00%	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Tabla 30.** Número de fármacos prescritos al egreso para el grupo de pacientes sin reingresos posteriores

<b>Número de medicamentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>0</b>	8	12,90%	12,90%
<b>1</b>	7	11,29%	24,19%
<b>2</b>	31	50,00%	74,19%
<b>3 o más</b>	16	25,81%	100,00%
<b>Total</b>	62	100,00%	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

No se encontró una diferencia significativa entre la cantidad de medicación prescrita para cada grupo ( $\chi^2= 1.6983$ ,  $p<0.05$ ), aunque el porcentaje de pacientes a los que se prescribió tres o más medicamentos fue superior en el grupo de pacientes que reingresaron.

### *Intervención social*

De los 23 pacientes que tuvieron un reingreso, 10 habían recibido algún tipo de intervención social, lo que corresponde a un 43,5%.

Entre los 62 pacientes restantes, quienes no reingresaron en el periodo estudiado, 30 recibieron intervención social, o un 48,4%.

### *Psicoterapia*

**Tabla 31.** Distribución de los grupos con y sin reingresos hospitalarios según las intervenciones psicoterapéuticas recibidas.

<b>Intervención psicoterapéutica</b>	<b>Grupo sin reingresos</b>		<b>Grupo con reingresos</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No recibió psicoterapia	30	48,4%	13	56,5%
Al menos una sesión por semana	17	27,4%	7	30,4%
Menos de una sesión por semana	15	24,2%	3	13,5%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

### *Egreso por salida exigida*

Hubo tres casos en que el egreso se dio por salida exigida y no se presentaron más internamientos. En otros 3 casos, hubo un reingreso en un intervalo de 6 meses.

En el caso de la persona que fue internada nuevamente en un intervalo menor a un mes, también había egresado mediante una solicitud de salida exigida.

Ninguno de los 4 pacientes con más de un reingreso solicitó salida exigida en el primer internamiento estudiado.

### ***Variables de los pacientes con reingresos***

El 70% de los pacientes que volvieron a ingresar tenía un motivo de consulta similar. Un 61% de los pacientes que reingresaron lo hicieron por un factor desencadenante similar al de su primer internamiento. Para un 43%, los estresores que motivaron el internamiento previo seguían existiendo, aunque ya no fuesen el principal detonante de la crisis actual.

**Tabla 32.** Intervenciones realizadas en los reingresos y porcentaje en que dicha intervención no se había realizado en el internamiento previo

Intervención	Casos que recibieron la intervención		Porcentaje que no había recibido la intervención en el primer internamiento
	Frecuencia	Porcentaje respecto al total (n=23)	
Social	11	48%	55%
Psicoterapia	14	61%	43%

Del grupo de 4 pacientes que tuvo dos reingresos en el periodo estudiado, la mitad no recibió psicoterapia ni intervenciones de tipo social en ninguno de los internamientos.

### ***Tratamiento ambulatorio entre internamientos***

Del grupo de 23 pacientes que tuvo reingresos, solo en 2 pacientes no se reportó ningún tipo de tratamiento ambulatorio, y uno de los casos correspondió a la persona que reingresó en menos de un mes. Otras 18 personas recibieron algún tipo de atención y las restantes 3 personas hicieron abandono de su tratamiento, principalmente dejando de asistir a sus citas de psicoterapia.

### ***Consultas en Urgencias previo al internamiento***

De los 23 pacientes que tuvieron un segundo ingreso, el 56,5% tuvo al menos una atención previa en Urgencias.

## Capítulo V. Conclusiones

De los 85 casos estudiados, 23 tuvieron uno o más reingresos hospitalarios en el periodo estudiado, lo que corresponde a un 27%.

Entre el grupo sin reingresos hospitalarios y el grupo donde hubo nuevas hospitalizaciones, hubo algunas diferencias estadísticamente significativas. En el grupo con reingresos, se consignó con más frecuencia la existencia de problemas vinculares con los progenitores y una mayor cantidad de antecedentes de internamientos en la madre.

El grupo con reingresos, además, tuvo un porcentaje significativamente mayor de pacientes con comorbilidades de tipo psiquiátrico. Esto subraya la importancia de estar siempre alerta a la posibilidad de que la persona presente alguna patología mental adicional al trastorno de personalidad, particularmente cuando la evolución es tórpida.

También se ve que más de la mitad tuvo contacto con el centro hospitalario antes de volver a ser internados, por lo que el Servicio de Urgencia brinda una ventana de oportunidad importante para prevenir nuevas hospitalizaciones.

La mayoría de los pacientes que reingresaron lo hicieron por un motivo y un factor desencadenante similares al internamiento previo, lo que subraya la importancia de que, en la medida de lo posible, la crisis que generó el internamiento sea resuelta en el transcurso del mismo.

Con respecto a intervenciones realizadas durante el internamiento, como la psicoterapia y las intervenciones en el grupo de apoyo del paciente, es claro que no son infalibles para prevenir un nuevo internamiento. Sin embargo, son las herramientas que permiten incidir en las causas del internamiento y son intervenciones donde el balance de riesgo beneficio es abrumadoramente favorable al paciente, por lo que se recomienda que su uso sea debidamente considerado en todos los casos.

Uno de los grandes temas pendientes son los recursos disponibles para la persona con trastorno de personalidad límite antes y después de la crisis, cuando se encuentra en su comunidad. La hospitalización resulta ser una atención reactiva a la crisis. Pero es en la comunidad donde están los recursos que pueden prevenir una crisis seria o evitar que escalen aquellas de menor magnitud. Asimismo, una vez concluida la hospitalización, el sistema de salud puede cimentar los avances que se hayan realizado en el internamiento;

un momento crucial ya que la persona debe, en muchos casos, volver a lidiar con los estresores que precipitaron la crisis. Esto se refleja en el dato de que más de un 60% de los y las pacientes que reingresaron lo hacían por factores similares al internamiento previo.

A futuro, se podría analizar la posibilidad de adaptar la atención brindada dentro del sistema de salud a las necesidades particulares de este grupo de pacientes, por ejemplo, la posibilidad de flexibilizar la programación de citas de manera que en los periodos de vulnerabilidad se les pueda dar atención más frecuente, la incorporación de técnicas estudiadas en esta población (como la dialéctica conductual) o la posibilidad de hacer coordinaciones con los profesionales tratantes cuando se presentan a los servicios de emergencia y deben ser atendidas por personal que no está familiarizado con su plan terapéutico.

Profundizando en la construcción del plan terapéutico, otro tema por investigar sería la efectividad de construir con el paciente planes terapéuticos de consenso, que incluyan por ejemplo las circunstancias en que se realizarán los internamientos, y que para cada uno de ellos al inicio se establecerán objetivos terapéuticos y un periodo limitado para trabajar en ellos, según algunas de las recomendaciones expuestas en el presente trabajo.

Esto va a aparejado a otro aspecto que no quedó cubierto en este estudio, y que es la transición del equipo tratante hospitalario al equipo de salud de la comunidad. Si este tema se discute con el paciente, y las barreras a una transición exitosa: falta de seguro médico, escepticismo del paciente respecto a la capacidad del equipo local para brindarle ayuda, o todos los factores porque podría hacer abandono del seguimiento.

Una limitación del presente estudio es basarse exclusivamente en expedientes clínicos. Un diseño cualitativo permitiría una aproximación más fenomenológica del problema de estudio, ya sea incorporando la narrativa del paciente, del equipo tratante o de ambos; donde expongan subjetivamente cuáles fortalezas y debilidades identifican en el proceso de internamiento.

Menos de la mitad de los casos presentaba algún tipo de intervención a miembros de la red de apoyo de la persona hospitalizada. Como se señaló en el presente trabajo, los allegados de la persona con trastorno de personalidad límite presentan niveles significativos de distrés y explorar intervenciones que se puedan brindar a estas personas potencialmente podría resultar beneficioso el miembro del grupo con trastorno de personalidad, al contribuir a mejorar su entorno social.

Al igual que para familiares y personas significativas del entorno de la persona con trastorno de personalidad límite, el personal que le brinda atención también puede sufrir de desgaste. Existen varias medidas contra esto que podrían ensayarse en nuestro medio, como ampliar el conocimiento de aquellos miembros del equipo que aunque no son especialistas en salud mental, tienen un contacto directo con estas personas, o emplear técnicas de comunicación más efectivas al discutir estos casos en las sesiones de equipo.

El hecho de que la mitad de los casos tuviera una estancia inferior a 10 días también sugiere que sería muy factible manejar estos casos en la modalidad de unidad de intervención en crisis, donde la supervisión clínica diaria posibilita alcanzar los objetivos del internamiento en un periodo inferior a una semana de estancia. Este modelo además ha resultado superior al abordaje hospitalario convencional, como se mencionó en este trabajo.

Otros modelos mencionados en este trabajo, como la “continuación del tratamiento”, no resultan ajenos al Hospital Nacional Psiquiátrico, donde en ocasiones el equipo médico a cargo brinda seguimiento al paciente luego de su egreso por un periodo variable. Podría ser objeto de una futura investigación ver el impacto de esta práctica en personas con trastorno de personalidad límite, en aspectos como la frecuencia de conductas autolesivas o de hospitalizaciones.

Otra faceta por abordar es que casi la mitad presenta trastornos relacionados al consumo de sustancias, y la hospitalización brinda la oportunidad de que reciban alguna intervención al respecto en el transcurso de la misma; o que al egreso se les recomiende buscar atención en algunas de las instituciones que existen para tal fin.

Es importante también que se incluya la rehabilitación en el paradigma de atención a estos pacientes. El 41% de la población estudiada no tenía ninguna ocupación, pese a que la totalidad se encontraba en edad de ser laboralmente activa. La inestabilidad emocional de la personalidad puede incidir en el desempeño laboral; pero también la persona puede aprender estrategias para minimizar este impacto.

Tantos aspectos pendientes de abordar, más que abrumadores, resultan esperanzadores. Aún hay muchos caminos por explorar en la atención de las personas con trastorno de personalidad límite. Al hacer frente a un trastorno caracterizado por el sufrimiento y la inestabilidad, la capacidad del clínico de mantenerse optimista y usar la creatividad es el cimiento de cualquier intervención exitosa.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Arlington: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición, texto revisado. España: Elsevier-Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2001). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Arlington: Autor.
- Arias-Martínez, I. (2012). *Actualización en el manejo farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de personalidad*. (Tesis para Especialidad en Psiquiatría). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
- Arza, R., Díaz-Marsá, M., López-Micó, C., Fernández de Pablo, N., López-Ibor, J.J. y Carrasco, J.L. (2009). Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: una serie de casos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 37(4), 236-239.
- Bailey, R. y Grenyer, B. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review [Abstract]. *Harvard Review of Psychiatry*. 21 (5), 248-58.
- Barnow, S., Arens, E. A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C., Lang, S. (2010). Borderline Personality Disorder and Psychosis: A Review. *Current Psychiatry Reports*. 12, 186-195.
- Berrino, A., Ohlendorf, P., Duriaux, S., Burnand, Y., Lorillard, S., Andreoli, A. (2011). Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Research*. 186, 287–292.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109, 243-258.
- Bhugra, D. y Arya, P. (2005). Ethnic density, cultural congruity and mental illness in migrants. *International Review Of Psychiatry*. 17 (2), 133-7.
- Biskin, R. S. y Paris, J. (2012). Management of borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*. 184 (17), 1897-1902.

Botha, U.A. et al. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 45, 461-468.

Boyer, C.A., McAlpine, D.D., Pottick, K.J., Olfson, M. (2000). Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*. 157, 1592-8.

Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A. y Mann, J.J. (1997). Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated With Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*. 154(12), 1715-9.

Cleckley, H. (1988). *The Mask of Sanity*. (5ª ed.). Augusta: C.V. Mosby Co.

Davidson, S.E. (2002). Principles of managing patients with personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 8, 1-9. doi: 10.1192/apt.8.1.1

De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V., Rossi, M. y Maggini C. (2012). Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 200, 422–429

Departamento de Estadísticas de Salud y Sistemas de Información, Organización Mundial de la Salud. (2014). *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2012*. Ginebra: Autor.

Departamento de Trastornos Mentales y del Comportamiento, Organización Mundial de la Salud (2000). *Previniendo el suicidio: un recurso para médicos generales*. Ginebra: Autor.

Durbin, J., Lin, E., Layne, C., Teed, M. (2007) Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 34, 137–50.

Elisei, S., Anastasi, S. y Verdolini, N. (2012). The continuum between bipolar disorder and borderline personality disorder. *Psichiatria Danubina*. 24(1), 143–146.

Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10, 93-99. doi: 10.1192/apt.10.2.93

Feske, U., Mulsant, B.H., Pilkonis, P.A., Soloff, P., Dolata, D., Sackeim, H.A. y Haskett, R.F. (2004). Clinical Outcome of ECT in Patients With Major Depression and Comorbid Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 161 (11), 2073-2080.

Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W. y Clarkin, J. (1988). Comorbidity of borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 45, 348-352.

Gabbard, G.O. (1989). Splitting in Hospital Treatment. *The American Journal of Psychiatry*. 146(4), 444-451.

Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *The American Journal of Psychiatry*. 153(6), 752-757.

Gunderson, J.G. y Sabo, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *The American Journal of Psychiatry*. 150 (1), 19-27.

Harned, M.S., Rizvi, S.L. y Linehan, M.M. (2010). Impact of Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder on Suicidal Women with Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 167(10), 1210-7.

Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Harriss, L. (2003). Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*. 160 (8), 1494-1500.

Helleman, M., Goossens, P.J.J., Kaasenbrood, A. y van Achterberg, T. (2013). Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatric Care*. 50, 65-75.

Herman, J.L., Perry, J.C. y van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 146 (4), 490-495.

Hennessey, M., McReynolds, C. J. (2001). Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 17, 97-103.

Hollander, E. (1999). Managing Agressive Behavior in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 (15), 38-44.

Hoffman, P.D. et al. (2005). Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. *Family Process*. 44, 217-225.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (2011). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Resultados Generales*. San José: Autor.

Johnson, D.M., et al. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Comprehensive Psychiatry*. 44, 284–292.

Isometsa, E.T. et al (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 153 (5), 667-673.

Johnson, D.M. et al. (2003). Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive Psychiatry*. 44(4), 284-292.

Johnson, H. C. (1991). Borderline Clients: Practice Implications of Recent Research. *Social Work*. 36 (2), 166-173

Juven-Wetzler, A., Bar-Ziv, D., Cwikel-Hamzany, S., Abudy, A., Peri, N., Zohar, J. (2012). A pilot study of the “Continuation of Care” model in “revolving-door” patients. *European Psychiatry*. 27, 229-233.

Klein, D. A. y Miller, A. L. (2011). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 20, 205-216

Krawitz, R. y Watson, C. (2003). *Borderline personality disorder: A practical guide to treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Kwapil, T.R., DeGeorge, D., Walsh, M.A., Burgin, C.J., Silvia, P.J. y Barrantes-Vidal, N. (2013). Affective temperaments: Unique constructs or dimensions of normal personality by another name? *Journal of Affective Disorders*. 151, 882–890.

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*. 377, 74-84.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: The Guilford Press.

Links, P.S. (1998). Developing Effective Services for Patients with Personality Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 43, 251–259

López, C., Pérez, F., Troncoso, M., Saldaña, J., Bustamante, L. y Jerez, S. (2010). Caracterización de las hospitalizaciones realizadas en la Unidad de Trastornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*. 48 (2), 123-134.

McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C., Zanarini, M.C. y Stout, R.L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102, 256-264.

Mena-Orozco, C. (2013). *Criterios para la elaboración del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, para una propuesta de abordaje psicoterapéutico en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. (Tesis para Especialidad en Psicología Clínica). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* ( 2da. edición). Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. National Clinical Practice Guideline Number 78*. Londres: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Nehls, N. (1994). Brief Hospital Treatment Plans for Persons With Borderline Personality Disorder: Perspectives of Inpatient Psychiatric Nurses and Community Mental Health Center Clinician. *Archives of Psychiatric Nursing*. 5, 303-311.

New, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J. y Siever, L. J. (2008). Recent Advances in the Biological Study of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 31, 441–461

New, A.S., Triebwasser J. y Charney, D.S. (2008). The Case for Shifting Borderline Personality Disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*. 64, 653– 659.

Norton, K. y Hinshelwood, R.D. (1996). Severe personality disorders. Treatment issues and selection for in-patient psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*. 168, 723-731. doi: 10.1192/bjp.168.6.723

Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick,L. y Gallagher, P.E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 152, 571-578.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.

Organización Panamericana de la Salud (2014). *Informe Regional sobre Mortalidad por Suicidio en las Américas*. Washington: Autor.

Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J.M., Cox, B. J., Grant, B. y Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*. 44, 1190-1198. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.04.016

Paris, J. (1997). Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 11 (1), 34-49.

Paris, J. (2004). Borderline or Bipolar? Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Spectrum Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 12, 140-145.

Paris, J., Gunderson, J. y Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 48, 145 – 154

Perry, J., Banon, E. y Ianni, F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 156 (9), 1312-1321.

- Reich, D.B., Zanarini, M.C. y Fitzmaurice, G. (2012). Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 53, 230–237
- Riquelme, R., Salas, A., García, J. (2009). Estudio descriptivo de 101 pacientes con estructura límite de personalidad. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 5 (2), 256-262.
- Riquelme, R., Luengo, J., López, P., Ávila, C., Hernández, L. y Quiñones, M. (2011). Estudio Descriptivo de 64 Pacientes con Estructura Límite de Personalidad. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 7 (1), 85-91.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. y Ruiz, P (eds.). (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (9ª ed.) Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Scheirs, J.G.M. y Bok, S. (2007). Psychological Distress in Caretakers or Relatives of Patients With Borderline Personality Disorder [Abstract]. *International Journal of Social Psychiatry*. 53, 195-203.
- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 151 (9), 1316-1323.
- Soloff, P.H., Lynch, K.G., Kelly, T.M., Malone, K.M., Mann, J.J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *The American Journal of Psychiatry*. 157 (4), 601-608.
- Zanarini, M.C. y Frankenburg, F.R. (1997). Pathways to the Development of Borderline Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*. 11 (1), 93-104.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. y Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 155, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Yong, L., Raviola, G., Hennen, J., Hudson, J.I. y Gunderson, J.G. (2004). Borderline psychopathology in the first degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *Journal of Personality Disorders*, 439–447.
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Vujanovic A.A., Hennen J., Reich D.B. y Silk K.R. (2004) Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 110, 416–420

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I. y McSweeney, L.B. The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *The American Journal of Psychiatry*. 164(6), 929-935.

## ANEXO 1

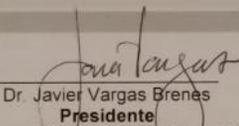
 <b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO</b> Tel: 22322155 Ext. 2253 - 2337 Emil: <a href="mailto:jvargasb@ccss.sa.cr">jvargasb@ccss.sa.cr</a> / <a href="mailto:fcsabori@ccss.sa.cr">fcsabori@ccss.sa.cr</a>	
<b>CERTIFICADO DE REVISION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION</b> <b>COMITÉ DE BIOETICA Hospital Nacional Psiquiátrico</b> <b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b>	
CERTIFICADO # 004- 2014	
<b>Tipo de solicitud:</b>	Solicitud de aprobación primera vez
<b>Número de Sesión:</b>	<b>022-2014</b>
<b>Fecha sesión:</b>	<b>11 de Diciembre de 2014</b>
Miembros del Comité que participaron en la revisión de este protocolo:	Dra. Melina Castro Leitón Dra. Gloria Elena Salazar Monge MSc. Carlos Sandoval Chacón
<b>Título de la investigación:</b>	Factores clínicos e intervenciones intrahospitalarias relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según los internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí en el año 2013
Número protocolo CCSS:	004-2014
<b>Nombre del investigador principal:</b>	Dra. Gloriana Obando Madrigal
Nombre co-investigadores:	No aplica
<b>Nombre del patrocinador:</b>	No aplica
Número de protocolo del patrocinador (si aplica):	No aplica
<b>Nombre del CRO</b>	No aplica
<b>Nombre del coordinador:</b>	No aplica
<b>Nombre del tutor institucional</b>	Dra. Ivania Salas Bogantes
Centro asistencial donde se realizará la investigación:	Hospital Nacional Psiquiátrico
<b>Número de participantes propuesto por centro(s) asistencial(es):</b>	Al menos 95.
<b>Duración de la investigación (en meses):</b>	7 meses.
<b>Versión del protocolo revisado:</b>	Segunda Versión.

Página 1 de 2

**CERTIFICADO DE REVISION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION # 004-2014**  
 Revisado 20/11/2014



Versión del consentimiento informado revisado	No aplica
Versión del asentimiento informado revisado	No aplica
Versión del anuncio de publicidad revisado	No aplica
Resolución del comité	<b>APROBADO.</b> Se le recuerda que debe presentar: <ol style="list-style-type: none"><li>1- Informe de Avance, los primeros viernes de Enero, Abril y Julio 2015.</li><li>2- Informe final en el formulario RES II, al concluir el estudio.</li></ol>

  
Dr. Javier Vargas Brenes  
Presidente

Comité Local de Bioética en Investigación  
Hospital Nacional Psiquiátrico, C.C.S.S.



cc: Director Médico Centro Asistencial.  
Comité  
Jefe (a) Subárea Bioética en Investigación  
Copia al Investigador

## ANEXO 2

  
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO  
Tel: 2232-3483 Fax: 2232-3001  
Email: luribelopez@yahoo.com

**FORMULARIO COM-II**  
**CARTA APROBACION DE INVESTIGACION**

16-12-2014  
DG 1949-2014

Doctora  
Gloriana Obando Madrigal  
**Investigadora**

Estimada doctora:

**Asunto:** Aprobación del Protocolo de Investigación "Factores Clínicos e Intervenciones Intrahospitalaria relacionadas con el reingreso de Pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad según los internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapui en el año 2013", Certificado 004-2014.

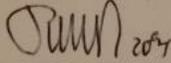
De conformidad con lo establecido por el "**Normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la CCSS**" el Comité Local de Bioética en Investigación de este Centro ha revisado su propuesta de investigación y considera que esta cumple con los requisitos éticos y académicos, por tanto, no posee impedimento alguno para iniciarse, por lo cual esta Dirección General procede a aprobar su desarrollo.

Número de protocolo asignado: CLOBI 004-2014.  
Número de sesión en que se aprobó este estudio: 22-2014  
Fecha de sesión en que se aprobó este estudio: 11 de diciembre de 2014  
Nombre del investigador principal: Gloriana Obando Madrigal  
Nombre del centro donde se realizará la investigación: Hospital Nacional Psiquiátrico  
Esta recomendación es válida hasta: Julio 2015  
Nombre de los miembros del CLOBI que participaron en el análisis de este estudio: Dra. Gloria Salazar Monge, MSc. Carlos Sandoval Chacón y Dra. Melina Castro Leitón.

A la vez le recuerdo, la obligatoriedad de enviar un informe trimestral mientras se desarrolle la investigación, en el **Formulario INF-I Presentación de Informes**. Este informe debe ser presentado al CLOBI el primer viernes de los meses enero, abril, julio y octubre, independientemente de la fecha de inicio del estudio y constituye un factor condicionante para la continuación del mismo. Asimismo, al concluir la investigación debe adjuntar un informe final en el **Formulario RES-II Presentación de Resultados (Observacional)**. Estos formularios están disponibles en [www.cendeiss.sa.cr](http://www.cendeiss.sa.cr), vínculo Bioética.

Igualmente se le advierte sobre la discreción y ética en el manejo de la información obtenida en el estudio y el deber de cumplir las condiciones que versaron para su aprobación.

Atentamente,

  
Dra. Rosa Villalobos Rodriguez  
Directora General a. i.



Cc. Dra. Carmen Demari Hering, Coordinadora Subárea Bioética en Investigación.  
Dr. Álvaro Hernández Villalobos, Jefe de Servicios Médicos y de Rehabilitación.  
Dra. Ivannia Salas Bogantes, Tutora Institucional.  
Dr. Javier Vargas Brenes, Coordinador del Comité Local de Bioética en Investigación.

**FORMULARIO COM-II**  
Revisado 10/01/2011