

Silvia Lou Mur

Pacientes con trastornos de la
personalidad: diferencias y
similitudes entre una unidad de
corta estancia y una unidad de
trastornos de la personalidad

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Pelegrín Valero, Carmelo
Olivera Pueyo, Javier

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA
PERSONALIDAD: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES
ENTRE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA Y UNA
UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Autor

Silvia Lou Mur

Director/es

Pelegrín Valero, Carmelo
Olivera Pueyo, Javier

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2013



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y

DERMATOLOGÍA

**PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA
PERSONALIDAD: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES
ENTRE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA Y
UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA
PERSONALIDAD**

Silvia Lou Mur

2013

**PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA
PERSONALIDAD: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES
ENTRE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA Y UNA
UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Tesis Doctoral

Silvia Lou Mur

Directores de Tesis

Carmelo Pelegrín Valero

Javier Olivera Pueyo

**Programa de doctorado: medicina, psiquiatría y dermatología
(1007-5)**

Palabras clave

**Trastorno de la Personalidad, Epidemiología, Prevalencia,
Ingreso hospitalario, Perfil sociodemográfico, Perfil clínico**

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Facultad de Medicina

Universidad de Zaragoza



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



D. Carmelo Pelegrín Valero, Doctor en Medicina, Médico Especialista en Psiquiatría, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital "San Jorge" de Huesca y Profesor Asociado del Departamento de Medicina; Psiquiatría y Dermatología de la Universidad de Zaragoza:

Certifica que:

Ha dirigido el trabajo de investigación que se expone en la memoria titulado "PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE UNA UNIDAD CORTA ESTANCIA Y UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD", que ha realizado D^a Silvia Lou Mur dentro de los Programas de Doctorado del Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza.

Que el estudio de investigación llevado a término se ha desarrollado según una metodología de investigación más apropiada, tras una extensa revisión bibliográfica; siendo las conclusiones que se desprenden del mismo muy relevantes para el tema de estudio.

Por lo tanto se considera que dicho trabajo de investigación es adecuado para ser presentado y defendido como tesis doctoral ante el tribunal que en su día se designe.

Para que así conste en Huesca a 5 de diciembre de 2012.

Fdo: Dr. Carmelo Pelegrín Valero

D. F. Javier Olivera Pueyo, Doctor en Medicina, Médico especialista en Psiquiatría y Medicina de Familia, Investigador Asociado del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud,

Certifica que:

Ha dirigido el trabajo de investigación que se expone en la memoria titulada "PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA Y UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD", que ha realizado D^a SILVIA LOU MUR dentro de los Programas de Doctorado del Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza.

Que el estudio de investigación llevado a cabo se ha desarrollado según el método de investigación más apropiado, tras una amplia revisión bibliográfica y siendo las conclusiones que se desprenden del mismo relevantes para el tema de estudio.

Por lo tanto considera dicho trabajo de investigación adecuado para ser presentado y defendido como tesis doctoral ante el tribunal que en su día se designe.

Para que así conste, en Huesca a 5 de diciembre de 2012



Fdo. Dr. F. Javier Olivera Pueyo

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Salvador y Carmina, por el apoyo incondicional que me han prestado a lo largo de toda mi vida, por ser un ejemplo de valores, dignidad y saber hacer, porque gracias a ellos hoy esta tesis es posible y porque sin su amor y su cariño nada tendría sentido.

A Antonio, por ser mi “spuknik”, por acompañarme durante no sólo este viaje de la tesis sino a lo largo del viaje de la vida, por su apoyo, su cariño, su inteligencia, su comprensión, su generosidad, sus cuidados, sus valores y su ética.

Al resto de mi familia porque han sido siempre una referencia para mí y lo seguirán siendo, porque las raíces son lo que nos hacen ser quienes somos. Especialmente a mis primos Víctor y Ángela por ser dos personas maravillosas que desde que nacieron iluminaron mi corazón.

A Antonio, Chelo, Vanesa y Santiago por acogirme como uno más de ellos, por ser generosos y hacerme sentir parte de ellos desde el primer día, porque nos encontramos en el camino y nos hicimos familia.

A mis amigos, los que están cerca y los que han viajado lejos pero siguen estando, por escucharme y apoyarme incondicionalmente siempre, porque su apoyo en los momentos difíciles ha sido fundamental para poder seguir adelante.

A Felipe, por ser un gran amigo y una persona excepcional, por esos fines de semana de duro trabajo, porque sin él y su buen hacer matemático esta tesis no habría llegado a buen puerto.

A Fernando e Isabel con quienes he podido compartir el duro proceso que supone realizar una tesis, por sus consejos, su comprensión, su ayuda con los trámites, por su amistad y su generosidad.

A mis directores: Carmelo Pelegrín y Javier Olivera por su apoyo y su ayuda constante, por darme ánimos y lograr que este proyecto siguiese adelante, por ser amigos, compañeros y maestros.

A Álvaro Monzón por ser mi maestro, por ayudarme a creer como profesional y como persona, porque me siento honrada de poder contarle entre mis amigos, por ayudarme con la bibliografía, por abrirme siempre su casa y su familia.

A todo el personal de la Unidad de Agudos del Hospital San Jorge de Huesca, por su colaboración indispensable en este proyecto y por el hermoso recuerdo que guardo de todo el tiempo compartido.

A todo el personal de la Unidad de Trastornos de la Personalidad, por acogerme de residente, por ayudarme a entender a sus pacientes, por facilitarme los datos y las herramientas necesarias para poder realizar esta tesis.

A todos mis compañeros de trabajo de Huesca, Soria y Tudela, con quienes he compartido tantas cosas y con quienes siempre he podido contar en los malos y en los buenos momentos, gracias por estar ahí y ser como sois.

ÍNDICE

Contenido

I.- INTRODUCCIÓN	17
1. PERSONALIDAD	19
2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	20
3. REFLEXIONES AL CONCEPTO	22
4. EPIDEMIOLOGÍA.....	24
4.1. Sexo	25
4.2. Edad.....	26
4.3. Medio rural o urbano	27
4.4. Nivel educativo y situación laboral	27
4.5. Estado civil	28
4.6. Origen de la población a estudio	28
4.7. Tipo específico de trastorno de la personalidad	29
5. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS	30
6. REVISIÓN HISTÓRICA DE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS	32
7. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CULTURA.....	43
8. COMORBILIDAD	45
8.1. Trastornos de ansiedad	47
8.2. Cuadros afectivos	48
8.3. Trastornos Obsesivos.....	48
8.4. Trastornos por abuso de sustancias	49
8.5. Psicosis Esquizofrénicas.....	49
8.6. Episodios Psicóticos	50
8.7. Trastornos de la Alimentación.....	50
8.8 Comorbilidad dentro del propio Eje II	50
9. ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS:	51
9.1. Tratamientos psicoterapéuticos	51
9.2. Tratamientos biológicos	55
9.3. Niveles de Asistencia: Hospitalización	61
10. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y RECURSOS SANITARIOS.	62

II.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS	67
1. OBJETIVOS	69
2. HIPÓTESIS	70
III.- PACIENTES Y MÉTODO.....	71
1. ANALISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE ARAGÓN.....	73
2. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (AGUDOS) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.....	76
2.1. Descripción física de la unidad	78
2.2. Estructura orgánica	79
2.3. Organización del equipo	79
2.4. Funciones asistenciales de la unidad de psiquiatría	80
3. UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE ZARAGOZA.....	83
3.1. Descripción del dispositivo	83
3.2. Programa de Hospitalización psiquiátrica de la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) de Zaragoza	83
3.3. Proceso	83
3.4. Principales componentes terapéuticos	85
3.5. Módulos de tratamiento grupal	86
3.6. Intervención familiar	86
3.7. Reuniones de equipo diarias	86
4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	87
5. DEFINICIÓN DE VARIABLES	91
5.1 Variables sociodemográficas	91
5.2 Variables de perfil clínico	92
5.3 Variables de consumo de recursos y complejidad hospitalaria.....	94
6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS	96
6.1. Criterios diagnósticos según DSM-IV-TR.....	96
6.2. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)	96
6.3. Ficha de recogida de datos	97
7. METODOS	97
7.1 Tipo de estudio.....	97
7.2 Metodología	97
7.3. Procesado y análisis de los datos	100

IV.- RESULTADOS	105
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS DATOS	107
2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD INGRESADOS EN UCE.....	107
2.1. Sexo	107
2.2. Edad	108
2.3. Lugar de residencia.....	108
2.4. Estado civil	110
2.5. Situación laboral	111
3. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD INGRESADOS EN UCE.....	112
3.1. Cluster.....	112
3.2. Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad	113
3.3. Segundo diagnóstico en el Eje II	114
3.4. Comorbilidad psiquiátrica	116
4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD INGRESADOS EN UTP.....	118
4.1. Sexo	118
4.2. Edad	118
4.3. Lugar de residencia.....	119
4.4. Estado civil	120
4.5. Situación laboral	121
5. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD INGRESADOS EN UTP	123
5.1. Cluster.....	123
5.2. Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad	123
5.3. Segundo diagnóstico en el Eje II	124
5.4. Comorbilidad psiquiátrica	126
6. CONSUMO DE RECURSOS Y COMPLEJIDAD HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON TRATORNOS DE PERSONALIDAD EN UCE.	127
6.1. Motivo de ingreso	127
6.2. Duración del ingreso.....	129
6.3. Uso de medidas de contención y tipo de las mismas.....	131
6.4. Pauta farmacológica	133
6.5. Gasto farmacológico por paciente y día	137
7. CONSUMO DE RECURSOS Y COMPLEJIDAD HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON TRATORNOS DE PERSONALIDAD EN UTP.	137

7.1. Cumplimentación del ingreso programado	137
7.2. Uso de medidas de contención y tipo de las mismas	138
7.3. Pauta farmacológica.....	139
7.4. Gasto farmacológico por paciente y día.....	143
8. COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD INGRESADOS EN UCE Y EN UTP.....	144
8.1. Comparación en función de variables sociodemográficas	144
8.2. Comparación en función de variables de perfil clínico.....	151
8.3. Comparación en función de variables de consumo de recursos y complejidad hospitalaria	158
9. COMPARACIÓN DEL COMSUMO DE RECURSOS RESPECTO A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA..	167
9.1. Comparación del consumo de recursos respecto a la presencia o ausencia de comorbilidad psiquiátrica en UCE	167
9.2. Comparación del consumo de recursos respecto a la presencia de comorbilidad en UTP	171
V.- DISCUSIÓN	175
1. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO	177
2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA MUESTRA DE UCE	181
2.1. Perfil sociodemográfico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UCE	181
2.2. Perfil clínico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UCE.....	184
2.3. Consumo de recursos y complejidad hospitalaria de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UCE.....	191
3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA MUESTRA DE UTP.....	196
3.1. Perfil sociodemográfico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UTP.....	197
3.2. Perfil clínico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UTP	200
3.3. Consumo de recursos y complejidad hospitalaria de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UTP	207

4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA COMPARACIÓN DE LAS MUESTRAS ORIGINARIAS DE UCE Y DE UTP.....	212
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA COMPARACIÓN DEL COMSUMO DE RECURSOS RESPECTO A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA. .	221
VI.- CONCLUSIONES	225
1. CONCLUSIONES.....	227
VII.- BIBLIOGRAFÍA	229
1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231
VIII.- ANEXOS	251
1. ANEXO I: FICHA RECOGIDA DE DATOS (UCE).....	253
2. ANEXO II: FICHA RECOGIDA DE DATOS (UTP).....	255
3. ANEXO III: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SEGÚN DSM-IV-TR	257
4. ANEXO IV: TABLA PRECIOS DE FÁRMACOS. APORTADOS POR SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA	267
Índice de tablas, gráficas y figuras	273



I.- INTRODUCCIÓN

1. PERSONALIDAD:

Preguntar si la personalidad existe podría resultar retórico, pero la personalidad puede ser considerada como un artefacto conceptual que pretende proponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico determinado. Así, en la clínica no existe ninguna posibilidad de observación inmediata de la personalidad, sino que su tipificación es el producto de una inferencia, del establecimiento mental de una categoría a partir de las características y de las conductas del sujeto. Hay bases empíricas para suponer que en cada persona hay mecanismos psicológicos y conductas idiosincrásicas que configuran su identidad, aunque también hay encendidas polémicas sobre la consistencia del genio y la figura a lo largo del tiempo, pues la vida y los años van cambiando a la gente.¹

Son múltiples las definiciones que existen sobre la personalidad. Las podríamos agrupar según las afinidades entre ellas estableciendo los siguientes grupos²:

- Definiciones idiográficas: Serían aquellas que señalaran la diferencia entre un individuo en relación a los demás como característica de la personalidad.
- Definiciones gestalticas u holísticas: Que consideran la personalidad como la totalidad del individuo, integrando todos los aspectos somáticos, psicológicos, sociales y culturales con una visión personalista.
- Definiciones estructurales: en las que se acentúa en los aspectos integradores, jerárquicos y organizadores de la personalidad en sus diversos niveles.
- Definiciones dinámicas: en las que se resalta los aspectos finalistas, funcionales, adaptativos y económicos de la personalidad.

Allport definió la personalidad como: *“La organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos.”*³

Cattell se enfrentó a la definición de la personalidad mediante los postulados lógicos de la psicología fisiológica así, definió la personalidad como: “*Lo que nos permite predecir qué hará un individuo en una situación dada*”. Se podrían establecer ciertos elementos de la personalidad mensurables⁴:

- Las dimensiones de la conducta
- Los modelos de reacción biológica
- Las tendencias dinámicas
- La dimensión sociológica o cultural

Roca Bennasar la concibe como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo.⁵

Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el *patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo*.

La personalidad consta de una parte heredada o genética (el temperamento) y otra social y ambiental (el carácter). Posee características tan opuestas como ser individual (idiosincrásica a la persona) y social (aprende del entorno y entorno a ella), estable durante la existencia del individuo pero a la vez facilitando la adaptación de éste al entorno. Es lógico suponer que la alteración de cualquiera de estos componentes puede dar lugar a un trastorno de la personalidad.⁶

2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD:

Dentro de la psiquiatría antropológico-existencial la personalidad no se considera una estructura estática, sino una estructura que se configura a través de un proceso en el que los elementos biográficos son decisivos para la aparición de maneras de estar en el mundo características. En la vida encontramos individuos en el proceso de desarrollar dinámicas personales e individuos que han detenido o desviado su proceso posibilitador de dichas dinámicas, es decir el proceso de maduración personal, y estos últimos podrían ser a los que les atribuimos la etiqueta de trastorno de la personalidad.⁵

Schneider en 1923 definió estas personalidades anormales como “*individuos que sufren como consecuencia de sus trastornos psíquicos y también hacen sufrir a los demás*”.⁷

Cleckley definió *la incapacidad permanente para integrarse en un grupo social, sea el que fuere*, como característica muy singular de estos sujetos.⁸

Verbeek pensaba que la alteración fundamental de estos sujetos era una especie de *fallo o defecto en la comunicación interpersonal o, lo que es lo mismo, un fallo del co-ser*.⁸

A esta dificultad comunicativa y social ya se había referido previamente el profesor Rojas. Señalaba como toda la dinámica interpersonal que va madurando sobre la base de fenómenos de contacto y respuesta se halla profundamente trastornada en las personalidades anómalas. Ese personaje social que todos los humanos crean de sí mismos, basados en impulsos y deseos por un lado, y las circunstancias favorecedoras o frustrantes del entorno por el otro, queda reducido para estos sujetos en una especie de máscara o disfraz tras el cual se produce el ocultamiento de su auténtica realidad. Así crea una especie de fortificaciones psíquicas a su alrededor que le servirán para defenderse del otro amenazante. En realidad si consideramos que estos trastornos pertenecen a la dinámica del desarrollo de la personalidad, para poder pensar en ellos es necesario contemplar cómo esa personalidad va haciendo su despliegue existencial. Ya que *no se trata de un episodio, ni un accidente, ni es en el fondo una enfermedad, sino mas bien una anomalía psíquica desde el punto de vista de la realización del despliegue vital*.⁸

Se han realizado diversas interpretaciones psicodinámicas sobre este tipo de personalidades. Rado en la década de 1950, decía que estas personas *sufrían desequilibrios intrapsíquicos que les impedían su adaptación a las condiciones de la vida social, al tiempo que les incapacitaba para disfrutar de los momentos agradables y placenteros de la vida*. Anna Freud enfatiza mucho sobre el *papel ejercido por las frustraciones precoces y por las pautas educativas carentes de coherencia (que generan contradicciones en la construcción de la escala de valores)*, así como también *la hiperprotección paterna o materna que puede generar un estilo de vida psicopático, cuando*

destruye la capacidad mayor o menor que todo ser humano construye para soportar las frustraciones corrientes de la vida. ⁹

Por último, en base a la Teoría del Apego de John Bowlby se ha buscado una explicación para la aparición del Trastorno Límite de la Personalidad, considerándose que la base psicopatológica del mismo nace en el dominio de las relaciones interpersonales. Así, las dificultades en las relaciones interpersonales podrían considerarse como un marcador de riesgo de desarrollar Trastorno Límite de la Personalidad. Estas personas no partirían de una base de apego seguro. En este sentido Gunderson propuso que la intolerancia a la soledad de estos TLP reflejaría un temprano fracaso en el apego, y que estos sujetos ante situaciones de estrés carecen de introyectos tranquilizadores por falta de correcto y seguro apego en la infancia. ^{10, 11}

Teniendo en cuenta esto, podemos decir de los trastornos de la personalidad que son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados entre sí y no entidades internamente homogéneas. Dichos sistemas son dinámicos y no entidades estáticas y permanentes, por ello pueden ser evaluados pero más difícilmente diagnosticados definitivamente pues con frecuencia variarán a lo largo del tiempo. Además no podemos olvidar que la personalidad existe como un continuum por lo que no nos es posible realizar una estricta división entre la normalidad y la patología. ¹²

3. REFLEXIONES AL CONCEPTO:

Los hoy llamados trastornos de la personalidad continúan siendo todavía uno de los capítulos más inseguros y controvertidos de la psiquiatría, dado que escapan totalmente de los esquemas clásicos de enfermedad: ni se conoce realmente su etiología, ni los criterios diagnósticos, a pesar de haberse logrado un consenso bastante generalizado, alcanzan un grado aceptable de coincidencia, ni se disponen de suficientes conocimientos sobre la evolución de estos cuadros para ajustar un pronóstico seguro como no sea que la comorbilidad de un trastorno de la personalidad con cualquier otro cuadro psiquiátrico empeora indefectiblemente el pronóstico de los pacientes con esta situación. En fin, que ni los tratamientos existentes consiguen marcados resultados en buena parte de los enfermos. En muchos casos estos cuadros

constituyen todavía un auténtico cajón desastre en donde cabe todo tipo de enfermos no clasificables en otras entidades clínicas, pero cuyo denominador común son sus dificultades más o menos graves en las relaciones sociales.⁸

Los trastornos de la personalidad son trastornos de toda la matriz personal completa, de todo el patrón de variables de personalidad, desde los niveles más fácilmente observables como actos comportamentales hasta los más inferenciales como los *mecanismos de defensa*. Los trastornos de personalidad no son medicalizables y por lo tanto, transformables en enfermedades fácilmente aislables y susceptibles de ser eliminadas mediante un tratamiento aprobado y eficaz. El uso del término *trastorno* cuando nos referimos a la personalidad, es un giro sintáctico que nos resulta útil y cómodo para la comunicación clínica, pero la naturaleza de tal constructo excluye que sean verdaderos. Todavía no se ha definido operacionalmente de forma satisfactoria el umbral exacto a partir del cual un paciente con problemas de personalidad constituye un trastorno de la personalidad. El hecho de que las personas estén contextuadas en medios sociales más amplios provoca que la idea de *trastorno de la personalidad* esté incluida en una red implícita de supuestos sociales. Así, el grado en que un determinado rasgo es problemático no es función directa de su cantidad expresada en la elevación de una escala sino que es función de su interacción con otras características del organismo en que se expresa tal rasgo y la interacción de dicho organismo y el contexto social en el que se encuentra.^{12,13}

Culturas que potencian la agresión pueden reforzar indirectamente y, por tanto, contribuir a los trastornos paranoide y antisociales de la personalidad¹⁴. Existe la hipótesis de que sociedades que tienden a proporcionar roles seguros y predecibles y a inducir conformidad con las expectativas de la familia y la comunidad fomentan la inhibición emocional y la constricción, y que cabría esperar en ellas más trastornos de la personalidad del grupo C, y que, en aquellas otras que obligan a un nivel de autonomía alto en la creación del propio rol y fomentan estilos de personalidad más activos y expresivos, cabría esperar más trastornos de la personalidad del grupo B¹⁵. En definitiva el concepto de personalidad lleva implícitos los de dinamismo, evolución y sociedad.

4. EPIDEMIOLOGÍA:

Desde el punto de vista epidemiológico, la propia evolución crónica de los trastornos de la personalidad constituye una de las mayores dificultades para realizar una investigación epidemiológica de los mismos, ya que los convierte más en un *estilo de vida anormal* que en un episodio en la vida. Se trata de evoluciones tan largas que acompañan al individuo desde su infancia o su juventud, de manera que, por ejemplo, los estudios de incidencia son poco menos que imposibles de realizar con suficiente confianza en ellos. Como es frecuente en el campo de la epidemiología psiquiátrica, la prevalencia es un índice mucho más sencillo de estudiar, pero también en el caso de los trastornos de la personalidad posee graves inconvenientes dada la enorme cantidad de instrumentos, métodos y poblaciones que se han utilizado para medirla. Primeramente muchos análisis de ésta se han realizado sobre diagnósticos genéricos de trastorno de la personalidad.⁸

Ocho estudios epidemiológicos realizados entre los años 1989 y 2002 en diversos países, nos muestran que la prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad varía entre el 3,9% y el 22,7%. Si se desprecian las muestras pequeñas de 303 sujetos y menos, la variación es mucho menor, entre el 10 y el 14,3%.¹⁶

Dos estudios epidemiológicos realizados en la comunidad de Aragón, concretamente en Zaragoza, uno sobre una población compuesta por 1187 individuos de la ciudad, y otro sobre una población del medio rural de la provincia compuesta por 1646 individuos, revelan que la prevalencia de los trastornos de la personalidad es del 0,9% entre los mayores de 15 años del medio urbano y del 0,6% en el medio rural. De todos los trastornos psiquiátricos detectados entre la población de la ciudad de Zaragoza, el 7,85% eran trastornos de la personalidad, siendo esta proporción mucho menor entre la población rural, de manera que sólo el 4,23% de ella fue diagnosticada de un trastorno de la personalidad. En los individuos en los que se diagnosticó más de un problema psiquiátrico, sufrían de un trastorno de la personalidad el 42,4% de aquellos que residían en la ciudad y el 32,5% de los de la zona rural.⁸

Cuando en vez de realizar análisis epidemiológicos generales en los que los trastornos de la personalidad son uno más de los diagnósticos investigados, se

utilizan instrumentos específicos para la detección de estos trastornos, entonces las prevalencias halladas suelen ser más altas, por ejemplo, en un trabajo de Casey y Tyrer se recoge una prevalencia del 13%.¹⁷

Las prevalencias también varían según el sexo, la edad de los individuos, la procedencia urbana o rural de las poblaciones estudiadas, su nivel socioeconómico o el tipo de poblaciones estudiadas, según sea una población carcelaria, hospitalaria psiquiátrica internada, ambulatoria o casos médicos en general.¹⁷

4.1. Sexo:

Tanto en el estudio de Zimmerman y Coryell (1989) como en el de Jackson y Burgess (2000) se observó una mayor prevalencia de los trastornos de la personalidad en hombres. Sin embargo, las diferencias entre géneros fueron muy pequeñas, hasta el punto que Torgersen et al (2001) no observaron ninguna diferencia respecto a la distribución por sexos.¹⁶

Cuando se analiza cada uno de los trastornos de la personalidad en particular sí que se detectan diferencias respecto a su distribución según el género. Si bien dentro de la bibliografía consultada existen discrepancias respecto a qué trastorno es más prevalente en cada uno de los géneros, podríamos sintetizar las diferencias de género como se muestra en la Tabla 1.^{5, 14, 16, 18}

Tabla 1: distribución de los Trastornos de Personalidad según el género

MAS FRECUENTES EN VARONES	FRECUENCIA SIMILAR EN VARONES Y MUJERES	MAS FRECUENTE EN MUJERES
Tr Esquizoide Tr Paranoide Tr Antisocial Tr Narcisista Tr Obsesivo-compulsivo	Tr Esquizotípico Tr por Evitación (*)	Tr Límite (**) Tr Histriónico Tr por Dependencia

(*) Trastorno por Evitación de la personalidad: existe cierta discrepancia y si bien parece no existir diferencias de prevalencia entre ambos sexos, en algunos estudios como el de Zimmerman y Coryell (1990), se ha observado mayor distribución del trastorno entre las mujeres.

(**) Trastorno límite de la personalidad: existe variedad de datos al respecto y si bien en la gran mayoría de los estudios y de la literatura se recoge una prevalencia mayor del mismo en mujeres, un 2-3% frente a un 1% en varones, existen también estudios (Zimmerman y Coryell, 1990; Torgersen et al, 2001) en los que no se observa la presencia de diferencias significativas entre sexos.

Por último y refiriéndonos al sexo, cabría decir que en el grueso de la literatura médica revisada se encuentra una menor intensidad y/o gravedad en la psicopatología derivada de los trastornos de la personalidad en las mujeres cuando se comparan con los hombres.⁵

4.2. Edad:

En casi todos los trabajos, los trastornos de la personalidad suelen ser más frecuentes entre los individuos más jóvenes, aquellos con edades comprendidas entre 25 y 44 años. Así mismo, son los tipos de personalidad histriónica y antisocial los más frecuentes entre los individuos jóvenes⁸. Se asume que el Trastorno de la Personalidad comienza temprano en la vida y se mantiene crónico y estable a lo largo del tiempo, pero recientes estudios han comenzado a cuestionar esto, mostrando que el Trastorno de la Personalidad desaparece con el tiempo¹⁹. Los trastornos que tienden a disminuir con el paso del tiempo son los de tipo impulsivo o dramático/emotivo: antisocial, límite, histriónico y narcisista, y los que tienden a persistir son los de tipo temeroso/ansioso y extraño/excéntrico: el obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizoide y esquizotípico, dependiente...²⁰

El curso individual de cada trastorno será algo diferente, de tal modo que uno nuevo surgirá cuando otro desaparezca. Las personas con un trastorno de tipo impulsivo o dramático, por ejemplo, en algún momento pasarán a presentar un trastorno temeroso o excéntrico. De los estudios se extrae que la tasa general de Trastornos de la Personalidad disminuye más lentamente que la tasa para un trastorno de la Personalidad en concreto, esto es porque un tipo de Trastorno de la Personalidad reemplaza a lo largo de la vida a otro

Trastorno de la Personalidad.¹⁹ Aunque si bien se ha visto que los síntomas de los trastornos de la personalidad no son tan estables como se creía anteriormente, también se ha encontrado que el deterioro funcional y la pérdida de calidad de vida que se asocian a esta patología son amplia y relativamente estables en comparación con los síntomas.²¹

4.3. Medio rural o urbano:

Los trastornos de la personalidad son más frecuentes en las ciudades grandes que en los pueblos, del mismo modo que la frecuencia de estos trastornos es mayor entre las personas que pertenecen a los estratos económicos y sociales más pobres. Esto plantea la posibilidad de que la pobreza, la marginalidad y el aislamiento social más frecuente en las grandes urbes sean factores condicionantes de determinados trastornos de la personalidad, o que las ciudades tengan un poder de atracción mayor para estos individuos y que con más facilidad emigren desde los medios rurales a los medios urbanos. Quizá en el medio rural, el conservadurismo y la mayor protección familiar y social actúen también como elementos protectores a tener en cuenta⁸.

Esta mayor prevalencia en el medio urbano parece ser más acentuada en los trastornos paranoide, esquizotípico e histriónico, y posiblemente también para los trastornos límite y obsesivo-compulsivo²².

4.4. Nivel educativo y situación laboral:

Considerando de manera global el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, se ve cómo estos sujetos tienen un menor nivel educativo que los individuos no afectados por dicho trastorno. Al estudiar esta variable en cada uno de los trastornos específicos de la personalidad se observan diferencias entre ellos: el trastorno obsesivo-compulsivo está más relacionado con niveles altos de educación, mayormente universitarios, comparados con aquellos que no tenían este trastorno. El trastorno esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite y dependiente, están asociados en términos de prevalencia a un menor nivel educativo. El grupo B, en su conjunto, tiene una mayor prevalencia en aquellos con menor nivel de estudios²³.

Respecto a la actividad laboral parece que existe una alta probabilidad de que los sujetos con trastorno de la personalidad hayan estado parados en los 4-5 años precedentes al diagnóstico. Los porcentajes de desempleo entre ellos, oscilan entre el 20-40%.⁵

4.5. Estado civil:

Los sujetos que padecen un trastorno de la personalidad están con mayor frecuencia separados o divorciados, se casan o mantienen una pareja estable con menor frecuencia, permaneciendo solteros más habitualmente que las personas no afectadas por ningún trastorno de personalidad en la población general.

Las personas con un trastorno excéntrico de la personalidad (cluster A) están divorciadas o separadas con mayor frecuencia y raramente se han casado. También es más frecuente que las que tienen un trastorno del cluster B no se hayan casado y vivan solas. Las que tienen un trastorno del cluster C también están casadas con menor frecuencia y viven solas más frecuentemente.¹⁶

4.6. Origen de la población a estudio:

En las poblaciones carcelarias se encuentran unas tasas más altas de trastornos de la personalidad. En unos casos las prevalencias encontradas fueron del 20% pero en otros las tasas alcanzaron el 70% de estas poblaciones, predominando el tipo de personalidad antisocial. La comorbilidad se da en muchos de estos casos, y como aspecto a destacar hay que señalar que más de la mitad de estos individuos están necesitados de tratamiento para sus trastornos sin que en la mayor parte de los casos lo reciban^{24, 25}.

Las prevalencias observadas en las instituciones específicamente psiquiátricas también son elevadas, el departamento de Salud y de la Seguridad Social en Inglaterra y Gales mostraba que el 7,6% del total de ingresos realizados en 1985 tenían el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Como han indicado algunos autores, estas prevalencias son inferiores a las posibles reales ya que los bancos de datos suelen recoger preferentemente un solo diagnóstico que suele ser el más importante, y que suele coincidir con el diagnóstico en el Eje I. Cuando se recoge más de una

patología por paciente no es raro observar que cerca de la mitad de todos los enfermos psiquiátricos poseerían criterios para ser calificados como afectados por un trastorno de la personalidad de un tipo u otro. Las prevalencias dominantes se sitúan cerca del 42,60%.

En este tipo de investigaciones en el medio psiquiátrico, los tipos de trastorno de la personalidad más frecuentemente detectados son los trastornos límite, esquizotípico e histriónico. Hay que tener en cuenta que precisamente estos tipos son los que con más frecuencia plantean ingresos debido a la presencia de manifestaciones que requieren su hospitalización como son las tentativas de suicidio o el abusos de tóxicos ^{8, 25}.

4.7. Tipo específico de trastorno de la personalidad:

Las tasas de prevalencia de uno y otro tipo de trastorno de la personalidad varían de unos estudios a otros. Así, las tasas de prevalencia dadas por Roca Bennasar ⁵ se recogen en la Tabla 2 y las mostradas por Oldham ¹⁶ se recogen en la Tabla 3.

Tabla 2: prevalencia Trastornos de Personalidad según Roca Bennasar

PREVALENCIA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
Trastorno paranoide	0,6%
Trastorno esquizoide	0,4%
Trastorno esquizotípico	0,6%
Trastorno antisocial	1,9%
Trastorno límite	1,6%
Trastorno histriónico	2%
Trastorno narcisista	0,2%
Trastorno por evitación	0,7%
Trastorno por dependencia	0,7%
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,7%

Estas discrepancias encontradas pueden ser debidas a las dificultades existentes para extrapolar datos de unos estudios a otros por: las

discrepancias existentes entre los diversos instrumentos de evaluación de los trastornos de la personalidad con que contamos; la falta de coincidencia entre las dos grandes clasificaciones nosológicas psiquiátricas respecto a los trastornos de la personalidad; la falta de estabilidad del diagnóstico de este trastorno así como que su evolución es bastante plástica.⁵

Tabla 3: prevalencia Trastornos de Personalidad según Oldham

PREVALENCIA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
Trastorno esquizoide	0,5-1%
Trastorno esquizotípico	1%
Trastorno antisocial	1,5-2%
Trastorno por evitación	1,2-2,9%
Trastorno histriónico	1,5-2%
Trastorno límite	1-1,5%
Trastorno paranoide	1-1,5%
Trastorno narcisista	< 0,5%
Trastorno por dependencia	1-1,5%
Trastorno obsesivo-compulsivo	2%

5. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS:

Las dificultades para objetivar la realidad epidemiológica de los trastornos de la personalidad son enormes, y fue ésta una de las razones de por qué en el año 1971 se organizó por parte de la OMS un seminario sobre la *Normalización del Diagnóstico en Psiquiatría*. En dicho seminario se animaba a investigar dentro del campo concreto de estos trastornos, con el fin de conseguir un consenso internacional para su diagnóstico y clasificación que tuviera en cuenta además las diferencias socioculturales existentes, así como la necesidad de utilizar sistemas pluridimensionales y/o multiaxiales para definirlos mejor desde diferentes puntos de vista. Los sistemas de diagnóstico multiaxial, con todas sus deficiencias, han sido las consecuciones más importantes alcanzadas en estos intentos taxonómicos con respecto a los trastornos de la personalidad ⁸.

Los trastornos de la personalidad fueron incluidos en el DSM III, en él aparecieron como un diagnóstico adicional que modularía el diagnóstico principal ⁵.

El CIE-10 intenta definir el trastorno de la personalidad recurriendo a elementos como el “arraigo” de la conducta observada, su perdurabilidad y su carácter inflexible. Pero al seguir intentando establecer unos mínimos criterios de demarcación entre lo normal y lo anormal, vuelve su mirada hacia Scheneider y recurre a la desviación respecto a la conducta media de la cultura del sujeto y a los criterios de “sufrir y hacer sufrir”. Por su parte el DSM prefiere hacer hincapié, además de en la inflexibilidad de los rasgos anormales, en su carácter no adaptativo y en la consecuencia de discapacidad y malestar del sujeto. Basándose en las ideas de Meyer sobre el papel de la adaptación al medio como criterio de salud mental y de la desadaptación como criterio de trastorno. ⁵

Es importante mencionar las diferencias que existen entre estas dos nosologías. Se ha observado que el DSM-IV produce más diagnósticos positivos de trastorno de la personalidad y mayor comorbilidad. Así hay que plantearse que bien el CIE-10 infradiagnostica los trastornos de la personalidad o bien el DSM-IV nos da falsos positivos. Las diferencias cualitativas también existen ya que en el CIE-10 no se incluyen los trastornos de la personalidad narcisista ni esquizotípico y subdivide el trastorno límite de la personalidad en dos subcategorías, de tal manera que un paciente determinado puede tener diferentes diagnósticos según la nosología usada. ²⁶

Las clasificaciones DSM y CIE son de tipo categorial y presentan algunas ventajas puesto que se sirven de unos pocos criterios claros, representativos y que permiten manejar en poco tiempo muchos pacientes, son criterios definidos por su presencia o ausencia en el cuadro clínico del paciente. En su defecto tienden a descripciones estáticas (trasversales) y admiten múltiples combinaciones sintomáticas que llevan a que perfiles de pacientes muy diferentes queden clasificados bajo el mismo epígrafe. ²⁷ Por otro lado estas clasificaciones categoriales dan lugar a que muchos de los pacientes con Trastorno de Personalidad cumplan criterios para varios tipos específicos de Trastorno de la Personalidad, favoreciendo que finalmente sean diagnosticados de Trastorno Inespecífico de la Personalidad. Por estos y otros argumentos, en los últimos años se está planteando la alternativa de un

sistema dimensional que tome la personalidad como un continuum y muestre los trastornos de la personalidad usando ese mismo tipo de distribución de la personalidad normal.²⁵ En este sentido si las clasificaciones dimensionales aportan la ventaja de ser longitudinales, tendiendo a recopilar la mayor información posible respecto a la trayectoria vital del paciente, basando su análisis en la presencia relativa de determinadas dimensiones de personalidad, y resultando más acordes con la lógica de la continuidad en psicopatología, tienen en su contra que son más difíciles de evaluar, existiendo dificultades para delimitar cuantas dimensiones son relevantes en la evaluación de la personalidad. Según parece en el próximo DSM-V no habrá una ruptura con los criterios categoriales actuales y sí se incorporarán aspectos dimensionales.²⁷

El grupo de tareas especializado en Trastorno de la Personalidad, del futuro DSM-V propone una revisión de la definición general del Trastorno de la Personalidad, estableciendo que “El Trastorno de la Personalidad representa un fallo en el desarrollo del sentido de la propia identidad y de la capacidad de funcionamiento interpersonal que son adaptativas en el contexto de las normas culturales y las propias expectativas del sujeto”. Propone: Cinco niveles identificados de gravedad del funcionamiento de la personalidad; Cinco tipos de trastornos de la personalidad (así de los diez tipos existentes en la actualidad desaparecerían: el paranoide, el esquizoide, el histriónico, el narcisista y el dependiente); Seis campos de rasgos de la personalidad amplios y de orden superior, con entre cuatro y diez de orden inferior, más facetas específicas de los rasgos que constituyen a cada uno, dando un total de 37 facetas específicas. Dado que hay grados más y menos graves de alteración en los campos del uno mismo y de las relaciones interpersonales, se provee un continuum, conformado por los niveles de funcionamiento del sí mismo y de las relaciones interpersonales, para la evaluación individual de los pacientes.^{28, 29}

6. REVISIÓN HISTÓRICA DE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS:

Convendría exponer aquí las teorías clásicas sobre la personalidad y su trastorno puesto que las clasificaciones actuales de la personalidad son el

resultado de una larga y continuada historia. Los esquemas clasificatorios que aquí se resumen representan, pese a sus semejanzas, diferentes opiniones respecto a los datos que es importante observar y cómo deben organizarse para que representen mejor la personalidad ¹².

Figura 1: historia de la clasificación DSM de los Trastornos de la Personalidad

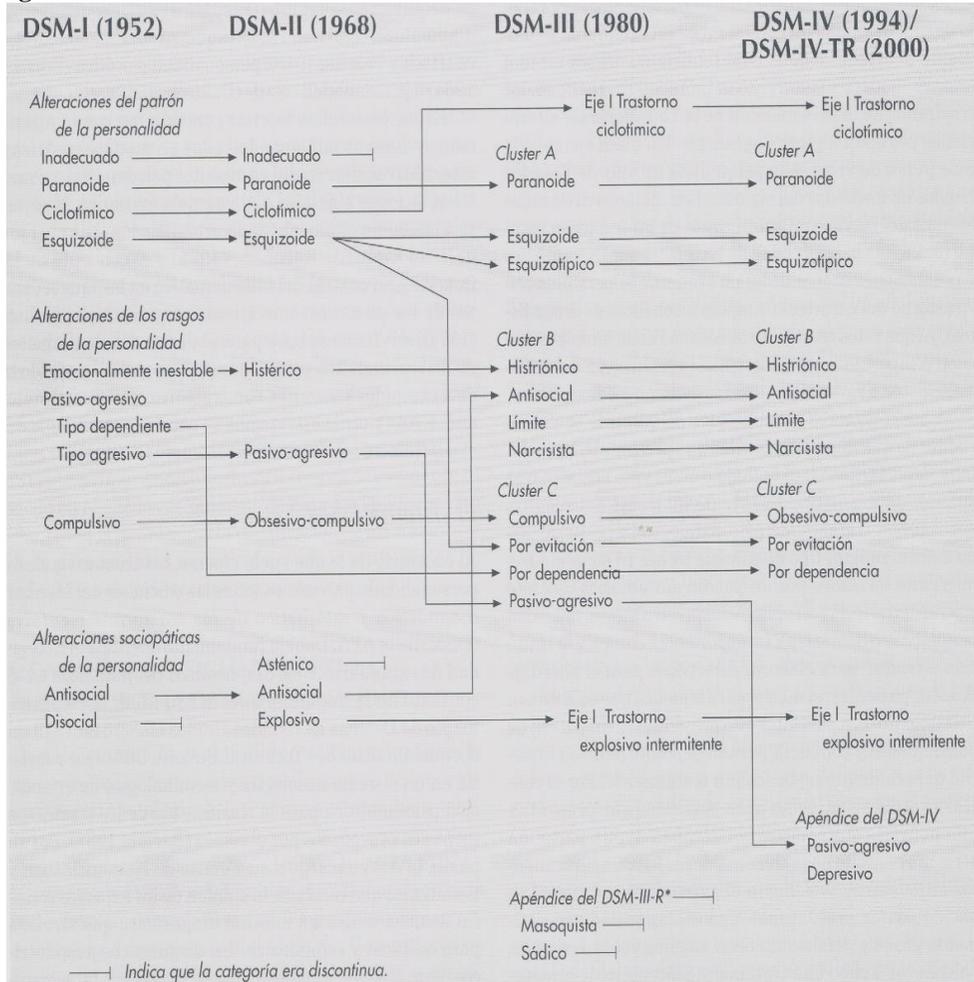


Figura reproducida del libro de JM Oldham: Tratado de los Trastornos de la Personalidad ¹⁶

La historia de las actuales caracterizaciones de la personalidad puede rastrearse desde los primeros tiempos de Grecia. Allport realizó una revisión al respecto en la que se refiere a la *escritura del carácter*, como un estilo literario menor, probablemente inventado por Aristóteles y desarrollado por Teofrasto. Consistía en realizar representaciones del carácter como retratos *verbales*. Escenas breves que captaban ciertos tipos comunes de forma tan

acertada que pueden ser identificados y apreciados por los lectores en todas las facetas de la vida. Acentuaban o adornaban un rasgo dominante con el fin de poner de manifiesto los principales defectos o debilidades del individuo ³.

Es posible que el primer sistema explicativo creado para especificar dimensiones de la personalidad haya sido la doctrina de los humores corporales propuesta por los antiguos griegos hace unos 25 siglos. En el siglo IV a.C. Hipócrates llegó a la conclusión de que todas las enfermedades procedían de un exceso o un desequilibrio entre cuatro humores corporales: la bilis amarilla, la bilis negra, la sangre y la flema. Los humores eran la encarnación de la tierra, el agua, el fuego y el aire. Hipócrates identificó cuatro temperamentos básicos, el colérico, el melancólico, el sanguíneo y el flemático que corresponderían respectivamente a un exceso de cada uno de los humores nombrados ³⁰. Los antiguos también especulaban con la posibilidad de que la estructura corporal estuviera asociada a las características de la personalidad. Esto es recogido por primera vez en los escritos de Aristóteles, quien intenta identificar las características de la personalidad a partir de la apariencia externa, en especial a partir de la configuración y las expresiones faciales ³⁰.

Sin embargo, no fue hasta el siglo XVIII cuando se realizó el primer esfuerzo sistemático para analizar la relación entre morfología externa y funcionamiento psicológico. La frenología, tal como fue practicada por Franz Josef Gall, constituyó un intento de construir una ciencia de la personalidad, fue el primero en elaborar una tesis razonada para explicar la idea de que las características de la personalidad se correlacionan con la estructura corporal. Intentó utilizar métodos objetivos y cuantitativos para deducir la estructura interna del cerebro. Al intentar descifrar las características de la personalidad a partir de sus ostensibles correlaciones con el sistema nervioso, Gall se contó entre los primeros en defender la existencia de una relación directa entre cuerpo y mente. ¹²

A finales del siglo XIX T. Robot intentó formular una tipología caracterial de forma análoga a las clasificaciones botánicas. Pretendió construir varios tipos principales: El carácter humilde, carácter contemplativo, carácter emocional, apático y calculador. ³¹ Aproximadamente una década más tarde, los psicólogos holandeses Heymans y Wiersma, fundándose en una serie de estudios empíricos, identificaron tres criterios fundamentales para la evaluación del carácter: el nivel de actividad, la emotividad y la

susceptibilidad a la estimulación externa frente a la interna. La combinación de estos daba lugar a ocho tipos caracteriales: amorfo, apático, nervioso, sentimental, sanguíneo, flemático, colérico y desapasionado.¹²

En los inicios del siglo XX se intentó identificar los elementos constitutivos del temperamento y determinar la forma en que se combinaban para conformar patrones distintivos. Entre los primeros teóricos se encuentra el psiquiatra alemán E. Hirt quien dividió el temperamento de acuerdo con los cuatro humores clásicos, pero intentó además encontrar paralelismos con las poblaciones psiquiátricas. Para Hirt, las personas que poseían un temperamento flemático marcado tendían a exhibir una apatía mórbida como la observada en los casos de demencia precoz. Los dotados de un temperamento sanguíneo extremo se caracterizaban por una excitabilidad, entusiasmo y desconfianza superficiales encontrándose paralelismo entre ellos y los diagnosticados de tipo histérico. El temperamento colérico se encontraba entre varias subcategorías de pacientes, que incluían los caracteres suspicaces y los tipos críticos y reivindicativos. Las personas que presentaban disposición melancólica fueron divididas en dos categorías: las que tenían inclinación activa y estaban dominadas por pesimismo y amargura y las más pasivas y rumiativas.¹²

También en el siglo XX cabe destacar la figura de W. McDougall quien siguiendo un método muy parecido a Heymans y Wiersma, derivó ocho temperamentos basados en diferentes combinaciones de tres dimensiones fundamentales: La intensidad (fuerza y urgencia), la persistencia (expresión interna frente a expresión externa) y la afectividad (susceptibilidad emocional) de los impulsos comportamentales. Los casos de alta intensidad eran activos y los de baja pasivos, la alta persistencia dirigía a la persona hacia el mundo externo y la baja persistencia hacia el interno. La alta afectividad determinaba sujetos susceptibles al placer y al dolor y la baja definía a los poco susceptibles.³²

Justo antes del cambio de siglo se comenzó a explorar el solapamiento entre las características normales y anormales del comportamiento, en las líneas siguientes se expondrán varias contribuciones realizadas por psiquiatras que ampliaron su atención sobre las *enfermedades* psicopatológicas con el fin de incluir las personalidades *mórbidas*:

- Emil Kraepelin: a partir del intento de descubrir el curso inicial de la *demencia precoz* y de la demencia maníaco-depresiva, descubrió dos

tipos premórbidos: la *disposición ciclotímica* que predisponía a la demencia maníaco-depresiva y el *temperamento autista* que predisponía a la *demencia precoz*. Además Kraepelin escribió sobre varias personalidades denominadas mórbidas que, según su criterio, tendían a la criminalidad y otras actividades desviadas, describió los tipos: holgazanes, impulsivos, mentirosos, estafadores, buscadores de problemas y otros.^{12, 33}

- Kurt Schneider: creador de la más conocida clasificación europea de los trastornos de la personalidad. Schneider se diferencia de la mayoría de sus contemporáneos en que no contempla la patología de la personalidad como precursora de otros trastornos mentales, sino que la concibe como un grupo de entidades separadas que coexistiría con aquellos.¹² Describió las siguientes diez variantes habituales en la clínica psiquiátrica:
 - Personalidad hipertímica: reflejan una mezcla de alta actividad, optimismo y superficialidad
 - Personalidad depresiva: poca capacidad para el disfrute, suma seriedad, excesivamente críticos con los otros y con ellos mismos.
 - Personalidad insegura: determina dos subtipos, la sensitiva y la anancástica. Constante rumiación con poca capacidad para expresar, inseguridad crónica sobre sí mismos, estrictos y disciplinados
 - Personalidad fanática: expansivos con tendencia a ser combativos y agresivos al defender su punto de vista.
 - Personalidades buscadoras de atención: intensas respuestas emocionales, grandes esfuerzos por ser el centro de atención, exhibicionistas y caprichosos.
 - Personalidades lábiles: cambios bruscos y fugaces de estado de ánimo, alta impulsividad, inmadurez irreductible.
 - Personalidades explosivas: impulsivamente violentas, malhumoradas.
 - Personalidades sin afecto: insensibles y frías, distantes e indiferentes a los demás.
 - Personalidades de voluntad débil: dóciles, fácilmente seducibles y explotables.

- Personalidad asténica: intensa ansiedad hipocondríaca quedando los acontecimientos externos en un segundo plano ⁷.
- Ernst Kretschmer: es el primer constitucionalista moderno. Propuso que las personas podían agruparse en cuatro tipos físicos básicos (pícnico, atlético, asténico y displásico) que se corresponderían cada uno con un temperamento diferente, y defendió la relación entre la enfermedad maniaco-depresiva y la constitución pícnica, así como la correlación entre la esquizofrenia y el tipo asténico. Kretschmer consideraba que los trastornos psicóticos eran acentuaciones de tipos de personalidad básicamente normales, así, el esquizofrénico, el esquizoide y el esquizotípico poseían diferentes ingredientes de la misma disposición o temperamento. ²

Los trastornos de la personalidad más conocidos y conceptualizados son los formulados por los teóricos psicoanalíticos. Estos han insistido en la importancia de las experiencias tempranas en la infancia, ya que predisponen al individuo a patrones adaptativos patológicos que se mantendrán a lo largo de toda su vida. Dentro de los psicoanalíticos cabe destacar:

- Sigmund Freud y Karl Abraham: fundadores de la tipología caracterial psicoanalítica. Las categorías fueron inicialmente concebidas como productos de frustraciones o satisfacciones de impulsos pulsionales o libidinosos en los estadios psicosexuales de maduración en que se producían. Posteriormente realizó formulaciones alternativas basadas en otras concepciones diferentes a la teoría psicosexual. Así Freud planteó que la clasificación caracterial debía basarse en su distinción estructural triple entre Ello, Yo y Superyo. En 1932 intentó crear tipos caracteriales según la estructura intrapsíquica dominante. Propuso el tipo “erótico” cuya vida estaba gobernada por las demandas pulsionales del ello. En segundo lugar, el tipo “narcisista” dominado por las demandas del yo, no le afectan ni las otras personas ni las demandas del ello o el superyo. En tercer lugar sugirió el tipo “compulsivo” regulado por la severidad del superyo. Finalmente identificó una serie de tipos mixtos en los que la combinación de dos de las tres estructuras intrapsíquicas tenían más peso que la tercera ³⁴. Abraham se centró más en las estructuras caracteriales siendo el máximo responsable de la

estructuración de las concepciones evolutivas del carácter libidinoso
35

- Wilhelm Reich: el concepto de *carácter* en su formulación psicoanalítica no apareció hasta los escritos de Reich. Este sostuvo que la solución neurótica de conflictos psicosexuales se alcanzaba mediante una reestructuración completa del estilo defensivo individual, una serie de cambios que en último término cristalizaban en lo que denominó una “total formación” del carácter. Para Reich las modalidades defensivas particulares adquiridas durante las experiencias tempranas se estabilizaban, se cristalizaban o, como el mismo escribió, conformaban una *armadura o coraza caracterial*. A medida que el proceso de consolidación progresa, la respuesta a conflictos previos se transforma en “actitudes crónicas, en formas crónicas de reaccionar automáticamente”. Su contribución amplió el impacto de las iniciales vicisitudes pulsionales desde la formación de síntomas específicos hasta la formación de tipos caracteriales o de personalidad. Según Reich la formación del carácter tenía una función defensiva contra las amenazas del mundo interno y externo, no reconoció que los rasgos de carácter pueden tener otro origen además de los primeros conflictos. En este sentido se han introducido modificaciones contemporáneas a la caracterología psicoanalítica ¹².
- Erich Fromm: reinterpretó las teorías psicoanalíticas de Freud siguiendo la línea social. Cuestionó la relevancia de las fuerzas libidinosas como principales elementos del desarrollo del carácter. Puso especial énfasis en las transacciones interpersonales de cada estadio entre padres e hijos. El patrón compulsivo, por ejemplo, era concebido como el producto de los modelos de comportamiento exhibidos por un congénere rígido y meticuloso que impone limpieza y el orden como objetivos para el niño durante el entrenamiento de la higiene personal ¹².
- Otto Kernberg: son muchos los teóricos psicoanalíticos que han contribuido en los últimos años al estudio del carácter, pero el trabajo de Kernberg merece especial atención. Apartándose de la rígida adhesión al modelo psicosexual, propuso otra dimensión principal, la de la organización estructural. A partir de la coordinación de los tipos caracteriales según su intensidad y organización estructural, Kernberg propuso “niveles altos, intermedios y bajos” de patología caracterial.

Asignó las personalidades más histéricas, obsesivo-compulsivas y depresivas al nivel más alto. Situó en el nivel intermedio las personalidades más “infantiles” y narcisistas. Por último, las personalidades claramente antisociales ejemplificaban el nivel más bajo de organización.³⁶

A partir de la progresiva trascendencia de los trastornos de la personalidad y del rápido crecimiento de las neurociencias, ha habido una verdadera explosión de trabajos teóricos y empíricos sobre el papel de los procesos cognitivos en la comprensión y el tratamiento de la psicopatología. Los teóricos cognitivos sostienen que las personas reaccionan ante su entorno según la percepción singular que tienen de éste. Por tanto, los conceptos y las terapias no deben formularse según la realidad objetiva ni los procesos inconscientes, sino de acuerdo con la interpretación individual de los acontecimientos. Dentro de este paradigma podemos destacar:

- Aaron T. Beck: abordó el tema de la personalidad definiendo *esquemas cognitivos* que determinan las experiencias y comportamientos de numerosos trastornos de la personalidad. Los *esquemas cognitivos* seleccionan y organizan la experiencia y la traducen en forma de estrategias emocionales y de comportamientos habituales, estos patrones de comportamiento son los que definen lo que denominamos rasgos de personalidad. Los *esquemas cognitivos* disfuncionales dan estrategias desadaptativas que, a su vez, hacen que la persona sea susceptible de padecer dificultades vitales globales y repetitivas. Por ejemplo, la personalidad dependiente es hipersensible a la posibilidad de perder afecto y apoyo, e interpreta rápidamente su realidad en función de cualquier indicio de dicha pérdida. Beck propuso detallados esquemas cognitivos distorsionados para cada uno de los trastornos de la personalidad que proporcionan una base para la planificación de la terapia cognitiva³⁷.

- Albert Ellis: creador de la psicoterapia *racional-emotiva*, ha defendido siempre que las alteraciones psicológicas son el resultado de una forma de pensar ilógica o irracional. Ellis no define categorías de trastornos de la personalidad y prefiere referirse a malinterpretaciones cognitivas como base de las dificultades psíquicas. Establece claramente que las

dificultades de personalidad reflejan supuestos idiosincrásicos poco realistas y culpabilizadores sobre uno mismo y sobre los demás ¹².

En los últimos años la perspectiva interpersonal sobre la personalidad y los trastornos de la personalidad se ha convertido en una de las principales direcciones del pensamiento. Entre los seguidores de esta escuela existe un acuerdo en cuanto a que la personalidad es más inteligible en función de tendencias interpersonales recurrentes que configuran y perpetúan estilos de comportamiento, pensamiento y sentimiento. Por ejemplo, según McLemore y Brokaw, la personalidad evitativa sostiene una postura temerosa y de retirada frente a un entorno que se resiste a proporcionarle las experiencias de aceptación e intimidad que tan desesperadamente desea. Estos comportamientos de evitación suelen provocar rechazo o indiferencia, lo que refuerza las tendencias evitativas de la persona ³⁸.

Ha aparecido un modelo psicométrico o cuantitativo de la personalidad, que utiliza análisis estadísticos para intentar identificar las dimensiones básicas o los factores de personalidad mediante métodos matemáticos. Una vez identificados estos factores, los investigadores tratan de reagruparlos en combinaciones que se correspondan con los patrones de personalidad manifiestos. Así Peter Tyrer ha intentado especificar una amplia gama de rasgos de la personalidad que varían cuantitativamente desde la normalidad hasta el trastorno. A partir de la derivación factorial de 24 rasgos distintos, Tyrer ha calculado su intensidad o gravedad en pacientes con un diagnóstico clínico de trastorno de la personalidad. En una serie de estudios intentó identificar qué rasgos se agrupaban caracterizando varios subtipos de personalidad. Definió cuatro grupos clínicos principales: *sociopático*, *pasivo-dependiente*, *inhibido*, *anancástico*. Con esta visión Tyrer refuerza su creencia de que las caracterizaciones de personalidad son más concebibles en forma de *continuum* y las diferencias de acentuación de la personalidad o del trastorno reflejan combinaciones de rasgos o factores distintas para cada persona, aunque puedan clasificarse bajo la misma designación. ³⁹

También dentro de las tendencias contemporáneas, tenemos autores que consideran las orientaciones y teorías precedentes demasiado doctrinales en cuanto a sus supuestos y focos de atención. De hecho, la mayoría de los

teóricos reconocen la interacción de diferentes fuentes de datos y la presencia de influencias diversas. Estos constituyen lo que se ha dado en llamar *Modelos Integradores*: Establecen que la “naturaleza es única” y todas sus facetas, tanto transversal como longitudinalmente, se unifican a partir de principios comunes y componen una red de características interrelacionadas que han sido segmentadas a efectos científicos o pedagógicos. También se argumenta la existencia de principios comunes que subyacen a todos los niveles de datos científicos. Es más, estos principios se enraízan con el proceso evolutivo. Los elementos esenciales de la evolución operan en todos los aspectos del trabajo científico. El funcionamiento humano patológico se define como una alteración o un desequilibrio de esos principios evolutivos. Desde este punto de vista, los trastornos de la personalidad no pueden ser plenamente entendidos a partir de la definición de preconcepciones cognitivas, compulsiones de repetición inconscientes o disfunciones neuroquímicas. Se considera que son expresiones del fracaso de procesos evolutivos. Las cogniciones, las estructuras inconscientes, los estilos interpersonales y las dinámicas neurohormonales, se conciben como formas manifiestas de expresión o como mecanismos subyacentes que reflejan y se correlacionan con los procesos evolutivos fundamentales. Cada uno de estos aspectos es importante, puesto que identifica el dominio en que se pone de manifiesto la patología evolutiva y, por tanto, es una forma útil de especificar y entender tal patología. Sin embargo estas manifestaciones no constituyen por sí mismas la patología. En este modelo integrador entrarían las teorías de Theodore Millon ¹².

Por último comentar cómo López Ibor y Cleckley (1941) ya sugirieron la posibilidad de que los trastornos de la personalidad procedieran de un fondo endógeno anómalo, manifestado como trastorno del carácter a través de la estructura personal del individuo. En este sentido se ha explicado la clínica de los trastornos de la personalidad en relación a alteraciones cerebrales, para ello ha sido preciso proponer modelos dimensionales (psicobiológicos) de la personalidad entre los que destacan ^{8, 16}:

- El modelo de Eysenck: define tres dimensiones básicas de la personalidad: extroversión, neuroticismo y psicoticismo. Algunos estudios demuestran que este modelo presenta un grado de heredabilidad superior al 50%, lo que consolida sus bases biológicas.

La dimensión neuroticismo determina las conductas de ansiedad, inhibición y escape ante el peligro y tiene como fundamento biológico la hipersensibilidad de los sistemas límbicos. La sociabilidad, extroversión, tendencia a la acción y la búsqueda de experiencias quedan definidas en la dimensión extraversión, y su base biológica se encontraría en los sistemas de activación mesencefálicos y de modo especial en la sustancia ricular activadora ascendente del troncoencéfalo.

- El modelo tetradimensional de Cloninger: admite la existencia de cuatro dimensiones temperamentales, de origen heredo-biológico, junto a tres dimensiones del carácter, de procedencia aprendida-ambiental. Las cuatro dimensiones biológicas son denominadas búsqueda de la novedad, evitación del peligro, dependencia del refuerzo y persistencia. La búsqueda de novedades empuja al sujeto a la actividad exploratoria y depende de la actividad dopanimérgica mesolímbica. La evitación del peligro deriva de la actividad del sistema septohipocámpico y de las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos del rafe y esta dimensión induce al individuo al escape de situaciones amenazantes. La dependencia del refuerzo determina la tendencia del individuo a actuar buscando aprobación y aceptación del entorno, mientras que la persistencia es una dimensión que define la tendencia del individuo a repetir conductas que han sido reforzadas de forma positiva anteriormente, ambas dimensiones están en función de la actividad noradrenérgica. Según este modelo, el trastorno de la personalidad vendría dado por una distribución desequilibrada de estas dimensiones.
- El modelo de Siever y Davis: se basa en la existencia de diferentes ejes: la organización cognitivo/perceptiva, la inestabilidad afectiva, la impulsividad y la ansiedad/inhibición. Las anomalías de estos ejes suceden en un continuum en el que los extremos darían lugar a los trastornos del eje I, mientras que la patología del eje II quedaría determinada por desviaciones más leves. Estas dimensiones se basan en la observación clínica y en hallazgos biológicos.

A pesar de las diferencias descritas entre los diferentes modelos biológicos, se ha podido determinar una serie de marcadores biológicos que permiten

agrupar los rasgos de la personalidad en distintos grupos: cognitivos, exploratorios, afectivos, impulsivos y ansiosos.

La mayoría de los estudios sobre las bases genéticas de la personalidad se han realizado siguiendo los modelos dimensionales que acabamos de mencionar. Hay pocos estudios sobre las bases genéticas de los trastornos de la personalidad. Los trabajos realizados en este campo apoyan la existencia de un componente hereditario en el modelado del temperamento y la personalidad, un componente que explicaría el 30-60% de la varianza observada. La herencia de los trastornos de la personalidad sería de tipo multifactorial. Es decir son caracteres no mendelianos que dependen de un número pequeño de loci o de muchos genes, cada uno de ellos con un pequeño defecto (poligenes) y con mayor o menor contribución de los factores ambientales. Las dimensiones propuestas en el modelo de Cloninger, ya hemos comentado, se encontrarían influidas por ciertos neurotransmisores: sistema dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. Bajo esta hipótesis se han estudiado los polimorfismos de los genes que codifican los receptores y transportadores de estas moléculas neurotransmisoras, genes que constituyen buenos candidatos para estudiar la variación genética del comportamiento humano. Es de suponer que estos mismos genes estarán implicados, tanto en los trastornos de la personalidad como en las variaciones normales del temperamento. ⁵

7. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CULTURA:

A efectos psiquiátricos la definición más adecuada de la cultura sería la siguiente:

“La cultura está integrada por los significados, valores y normas de conducta que se aprenden y transmiten en una sociedad dominante y dentro de sus grupos sociales, y que influyen poderosamente en las cogniciones, los sentimientos y el concepto de self, así como los procesos de diagnóstico psiquiátrico y decisiones terapéuticas”. ⁴⁰

Es obvia la influencia que ejerce el medio social en la determinación de qué es y qué no un trastorno de la personalidad. Por otro lado también esta patología tiene una repercusión a nivel social. Todas las personas modifican su entorno conforme a su perfil de personalidad con el objetivo de obtener algo positivo de él. Lo que diferencia a las personalidades sanas de las patológicas es que, en las primeras, la acción que el individuo produce sobre su entorno consigue como resultado final la devolución por parte de éste de determinados actos que contribuyen a su bienestar. Por contrario, las personas afectadas por un trastorno de la personalidad generan a su alrededor un entorno disfuncional u hostil que impide su bienestar y merma su eficacia en las tareas cotidianas de supervivencia. Los trastornos del grupo B son los mejor estudiados, en particular el trastorno antisocial y límite de la personalidad, precisamente por ser los que tienen un mayor impacto jurídico-penitencial.¹²

Algunos estudios europeos encuentran diferencias en la epidemiología de los trastornos de la personalidad respecto a los realizados en Norteamérica. Parece existir una mayor proporción de trastornos por evitación y paranoides en Europa en comparación con Estados Unidos⁴¹.

Para algunos autores la influencia del mundo cultural y social se manifiesta más en los trastornos de la personalidad que en ningún otro grupo de enfermedades mentales. La gravedad y la complejidad de gran número de trastornos de la personalidad están estrechamente relacionadas con la microcultura propia de las experiencias iniciales de la vida, en particular dentro del seno familiar, sobre todo en la niñez e inicio de la adolescencia. Las formas de combatir el estrés, el estilo de las relaciones interpersonales, la manera de relacionarse y otros factores fundamentales en la génesis y manifestación de un trastorno de la personalidad son, precisamente, parte del aprendizaje en ese tramo de edad⁴².

Otros investigadores han revisado aquellos aspectos de la posmodernidad que más pueden estar impactando sobre estos trastornos. Las configuraciones cognitivas del mundo en general, que hoy día denominamos *esquemas*, se forman a lo largo de la adolescencia, un período en el que el proceso de aprendizaje crece de una manera exponencial. Hay, además, aspectos sociológicos como el auge del individualismo, la permisividad o la

desaparición de las sociedades tradicionales, por citar sólo algunos, que influyen notoriamente en la aparición y el desarrollo de los trastornos de la personalidad ⁴³.

8. COMORBILIDAD:

El concepto de comorbilidad plantea muchas veces problemas diagnósticos en relación con el solapamiento de categorías diferentes. Así revisando la comorbilidad de los trastornos de la personalidad se puede encontrar cómo la mitad de los pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o trastornos de la conducta alimentaria, reciben además un diagnóstico de trastorno de la personalidad ⁴⁴. Además los tipos de personalidad histriónica y personalidad límite en el 46% de los casos llegan a hacerse presentes al mismo tiempo, y lo mismo sucede con otras categorías como la límite, la antisocial, la histriónica, la dependiente, la evitativa o la esquizotípica, que alcanzan esa la concurrencia en el 15%. De modo que el recurso de la comorbilidad puede estar ocultando la inseguridad diagnóstica en este tipo de pacientes ⁴⁵. En un estudio realizado en 180 enfermos en régimen de hospitalización, se encontró que la mayor parte de los diagnósticos de trastorno de la personalidad tenían que expresarse en términos de diagnóstico adicional, y solamente el 8% de estos individuos pudieron catalogarse como trastorno de la personalidad sin ningún añadido más ⁴⁶. Tyrer a este respecto decía que *si bien los criterios diagnósticos definidos por las modernas clasificaciones poseen el mérito de facilitar los acuerdos entre los clínicos y los investigadores, adolecen del riesgo de que éstos se dejen deslumbrar por la fiabilidad alcanzada en los diagnósticos, y dé la impresión de que con ello se alcanza una gran precisión o exactitud.* ³⁹

Esta elevada comorbilidad existente entre los trastornos de personalidad y el Eje I se ha encontrado (Lenzenweger et al. 2007) que es más fuerte para los trastornos de la personalidad del cluster B y que el 39% de ellos habían recibido tratamiento para un trastorno del Eje I en los 12 meses previos a la realización del estudio. ⁴⁷

La relación entre la personalidad, su patología y la enfermedad mental se remonta a los albores de la psiquiatría, a Kraepelin y, posteriormente, a la escuela constitucionalista, cuyo principal exponente es Krestchmer ⁵.

Las cifras de comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y otras patologías psiquiátricas pueden ser muy variadas en función del diseño del trabajo y de la muestra empleada y su porcentaje va del 4-96% ⁴⁸. En general se aceptan las cifras mostradas en la Tabla 4 para los diferentes diagnósticos. ^{49, 50}

Tabla 4: tasas de comorbilidad psiquiátrica

TRASTORNO MENTAL	TASA DE COMORBILIDAD CON TR. PERSONALIDAD
Tr. por abuso de sustancias psicoactivas	60%
Esquizofrenias	50%
Otros trastornos psicóticos	20%
Cuadros afectivos	20%
Trastornos por ansiedad	>40%

Los trastorno de la personalidad del Cluster A presentan una fuerte asociación con los trastornos psicóticos (trastorno delirante, esquizofrenia...). Esta evidencia es concordante con la existencia de la dimensión esquizofrénica, en la cual también están incluidos el trastorno de personalidad esquizotípico y el paranoide. También se encontraron en ellos probabilidades elevadas de trastornos de ansiedad y afectivos. Los trastornos del cluster B han demostrado repetidamente que tienen tasas elevadas de concurrencia con trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos alimenticios (bulimia), esto encaja desde la fenomenología por su relación con los trastornos de ánimo y con los trastornos del control de impulsos. También han mostrado una fuerte asociación con trastornos de ansiedad incluyendo trastorno de estrés postraumático y con trastornos somatomorfos. Los trastornos del cluster C tienen una elevada asociación con los trastornos de ansiedad y fobias, los afectivos, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de la alimentación y los trastornos somatomorfos. ^{16, 18}

Al margen de planteamientos conceptuales, el interés de los clínicos en la comorbilidad radica en las implicaciones que tiene. Hay una base sólida y conocimientos para afirmar que *la aparición de un trastorno de la personalidad de forma comórbida con otro trastorno mental tiene implicaciones en la sintomatología, el curso y el pronóstico de la enfermedad*. La relación médico-paciente tiende a ser más difícil y estar más perturbada, e influye en la expresión clínica del cuadro. Los trastornos comórbidos se presentan antes, sus manifestaciones clínicas son más complejas y graves, y cursan con mayores complicaciones, como el suicidio y el parasuicidio. La evolución tiende a ser más crónica, como ha podido comprobarse en concreto en los trastornos de la alimentación, de ansiedad y en las depresiones, y aumenta el riesgo de recaídas ⁵¹.

Resulta interesante un estudio realizado sobre una población de 362 adultos diagnosticados, siguiendo criterios DSM-III-R, de trastorno límite de la personalidad, que aporta datos sobre la disminución de la comorbilidad de dicho trastorno límite con otras patologías del eje I con el paso del tiempo. Esto sucedía especialmente si los sujetos se encontraban en remisión de su trastorno de la personalidad y si no existía consumo de sustancias comórbido ⁵².

Podemos ahora pasar a realizar una exposición de la comorbilidad por patologías específicas:

8.1. Trastornos de ansiedad:

En varios estudios se ha visto que una alta proporción de sujetos que sufrían diferentes cuadros ansiosos padecían asimismo trastornos de la personalidad de tipos evitativo, paranoide, límite y obsesivo-compulsivo. Pero además los paranoides coexistían con trastornos narcisistas y los límites con los histriónicos. La más alta asociación parece ser que ha sido encontrada en la fobia social y en los trastornos de ansiedad generalizada ⁸.

Amir A. Khan realizó un estudio en el que determinaba la presencia de trastorno de la personalidad según las variables de neuroticismo, extraversión y búsqueda de emociones definidas por Eysenck. En dicho estudio se llegó a la conclusión de que el puntaje alto en neuroticismo, es la variable que

constituye un mayor factor de riesgo para el padecimiento de trastornos de ansiedad ⁵³.

8.2. Cuadros afectivos:

Muchos rasgos del trastorno de la personalidad se han identificado como factores de riesgo para los trastornos depresivos, y es conocido que el tratamiento de los pacientes con un trastorno afectivo es menos eficaz cuando sufren también un trastorno de la personalidad. Uno de los trastornos que se asocia con mayor frecuencia a los Trastornos de la Personalidad es el Trastorno Depresivo Mayor, los estudios de prevalencia muestran una gran dispersión, en general la descrita ha sido de entre 6 y 87%. La mayoría de los estudios resalta una peor respuesta terapéutica. Las tasas de respuesta oscilan entre el 20 y el 49% cuando existe trastorno de personalidad comórbido, frente a tasas de 49-91% en los pacientes sin trastorno de personalidad. Otro trastorno afectivo que se asocia con frecuencia es la distimia, con una prevalencia de la comorbilidad de 65-100%. Se ha observado sintomatología más grave en la distimia cuando se asocia a rasgos de personalidad del cluster C. La respuesta terapéutica en la comorbilidad con la distimia varía entre el 20 y el 80%. ⁵⁴

Los Trastornos afectivos son más frecuentes en los clusters B y C. En los pacientes con cluster A el diagnóstico más frecuente es el Trastorno Depresivo Mayor mientras que en los del cluster B y C es la Distimia. ⁵⁴

Respecto a las variables de Eysenck (neuroticismo, extraversión, búsqueda de emociones) se ha visto que la alta puntuación en neuroticismo y escasa en extraversión son factores de riesgo para la aparición de trastorno depresivo mayor ⁵³.

8.3. Trastornos Obsesivos:

Poseen igualmente la posibilidad de estar asociados a otras enfermedades psiquiátricas, pero de un modo especial a los trastornos de la personalidad con cifras muy variables del 0-55% según autores. Parece ser que los trastornos obsesivos-compulsivos poseen una frecuencia importante de

asociación con intentos de suicidio y con trastornos de la personalidad tipo antisocial⁸. El trastorno obsesivo-compulsivo parece estar específicamente relacionado con el trastorno obsesivo de la personalidad, pero sólo se ha encontrado una relación inconsistente entre ellos.¹⁶

8.4. Trastornos por abuso de sustancias:

Entre los sujetos alcohólicos se encuentra una elevada prevalencia de los tipos de trastorno de la personalidad antisocial, límite y paranoide. Respecto a las toxicomanías, se ha visto que entre los adictos a opiáceos la mitad de ellos presentan algún tipo de trastorno de la personalidad coexistente. También en adictos a cocaína se ha detectado un 50% de sujetos con trastorno de la personalidad y además una quinta parte de los sujetos estudiados presentaban dos trastornos de la personalidad simultáneamente. Entre estos sujetos los tipos más frecuentes parece ser que son el antisocial, el límite y el narcisista⁸.

Respecto a las variables de Eysenck podemos afirmar que un alto puntaje en extraversión y en búsqueda de emociones favorece tanto el consumo de alcohol como el de otros tóxicos⁵³.

Estudios realizados en centros de desintoxicación han mostrado que las tasas de comorbilidad son superiores en los alcohólicos (53%) que en los adictos a otros tóxicos (37%). Al parecer la diferencia entre ambos tipos de consumidores no queda aquí, puesto que entre los toxicómanos predominaban los trastornos de la personalidad pertenecientes al cluster B y entre los alcohólicos existía un predominio de los trastornos del cluster C, siendo además más frecuente la asociación de dos trastornos de la personalidad en la población de toxicómanos⁵⁵.

8.5. Psicosis Esquizofrénicas:

También aquí se han hallado muy elevadas prevalencias de trastorno de la personalidad que en algunos estudios alcanzan el 70% de las poblaciones estudiadas⁸.

8.6. Episodios Psicóticos:

Pueden darse de forma relativamente frecuente en sujetos con trastorno de la personalidad, razón por la que estos sujetos van a presentar durante su vida diversas hospitalizaciones. Miller et al observaron que un 27% de los sujetos estudiados con trastorno de la personalidad sufrieron cuadros psicóticos diversos.⁵⁶

8.7. Trastornos de la Alimentación:

En estos trastornos también se ha detectado claramente la comorbilidad con los trastornos de la personalidad. Entre los pacientes que sufren anorexia se señalan como los tipos más frecuentes los trastornos tipo narcisista y tipo límite. En muestras de mujeres con trastornos bulímicos se han encontrado asociaciones muy repetitivas con manifestaciones de dependencia a las drogas, conductas antisociales e impulsividad que estarían igualmente presentes en el medio familiar, así estas pacientes se diagnostican en más de la mitad de los casos de trastorno límite de la personalidad.⁸

8.8 Comorbilidad dentro del propio Eje II:

También existe el problema de la comorbilidad dentro del propio Eje II. La media de diagnósticos de trastorno de la personalidad en una muestra comunitaria sólidamente estudiada fue de 1,48 diagnósticos por paciente. En esta misma investigación, el 71% de los pacientes tenían un único diagnóstico; casi el 20% dos; aproximadamente el 5% tres, y el resto más de tres⁴¹. En otros estudios se ha visto que esta comorbilidad está incluso más amplificada en pacientes hospitalizados, viéndose que aproximadamente la mitad de los pacientes reciben más de un diagnóstico de la personalidad^{16, 57}.

El porcentaje más elevado de comorbilidad parece producirse con el trastorno límite de la personalidad, con coexistencia frecuente de los trastornos límite e histriónico. El trastorno límite de la personalidad se encuentra a menudo asociado a otros, como el antisocial, el esquizotípico y el dependiente⁵. Cabe señalar la existencia de estudios en los que se concluye que en personas con

trastorno límite de la personalidad grave, la prevalencia de comorbilidad con el eje II desciende con el tiempo, especialmente en las personas que se encuentran en remisión. La presencia de los trastornos de la personalidad evitativo y dependiente aumentan el tiempo que tardan las personas con trastorno límite de la personalidad en lograr la remisión, lo que indica que estos trastornos del eje II pueden entorpecer la recuperación.⁵⁸

Algunos autores señalan que la comorbilidad de los trastornos de la personalidad tiene factores culturales y sociales asociados, principalmente cuando se tiene en cuenta la mala adaptación a un entorno⁴².

9. ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS:

La psicoterapia es considerada la base del tratamiento y en la práctica clínica es habitual la realización de alguna de forma de psicoterapia, que ocupará un lugar central dentro de la atención dispensada a estos pacientes, junto a otras medidas que incluirán con toda probabilidad: un tratamiento psicofarmacológico, que variará según el momento clínico de los pacientes, diversas medidas terapéuticas tomadas de los modelos de continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial y el uso de diversos dispositivos terapéuticos (hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, unidades específicas etc.) para mejorar la adaptación a la realidad del paciente en el aspecto personal, familiar y social.²

9.1. Tratamientos psicoterapéuticos:

Algunas conclusiones generales sobre los elementos comunes a las diferentes modalidades psicoterapéuticas se pueden resumir así:^{5, 59, 60}

- a. El tratamiento de un trastorno de la personalidad ha de aportar estructura y apoyo continuado, bien incorporado en la propia psicoterapia o como elemento añadido y simultáneo a su desarrollo (programa de día, hospitalización, terapia de grupo paralela...).
- b. Es necesario prestar atención específica a la adhesión terapéutica y a las conductas de riesgo, sentando una adecuada estructura y límites en

- el contrato inicial y manteniendo una estrecha vigilancia al menos durante el primer año.
- c. El proceso terapéutico ha de focalizarse y el foco ha de ser compartido con el paciente. El foco ha de formularse en términos de problema consciente para el paciente.
 - d. El paciente debe comprender la racionalidad del proceso terapéutico, lo que se pretende con el tratamiento y cómo se puede conseguir.
 - e. El paciente ha de percibir consistencia en el terapeuta quien debe realizar una aproximación terapéutica explícita e integrada en un sistema teórico, el cual debe ser compartido también por el resto del equipo asistencial.
 - f. El establecimiento y mantenimiento de una fuerte alianza terapéutica es imprescindible, tanto por su poder instrumental para lograr el cambio, como para propiciar una “segunda oportunidad” más benévola y más segura, para cambiar.
 - g. La frecuencia de las sesiones se adaptará a las necesidades del paciente y a su contexto vital, si bien se considerará la posibilidad de una alta frecuencia de sesiones al inicio (dos a la semana).
 - h. Se evitarán realizar intervenciones psicoterapéuticas de corta duración sobre todo si no están integradas dentro de un programa o equipo específico y estructurado.

Hoy en día disponemos de varias técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser efectivas, con resultados ampliamente contrastados y verificables en la literatura especializada y en multitud de estudios realizados sobre dicho tema, que han cambiado en un sentido muy positivo el pronóstico de estos pacientes.^{27, 61, 62, 63, 64}

Algunas de las modalidades de psicoterapia que están específicamente diseñadas para el tratamiento de los trastornos de la personalidad son:

-Terapia basada en la mentalización:^{27,61}

Bateman y Fonagy definen la mentalización como la capacidad implícita y explícita de interpretar las acciones propias y de los otros, en base a estados mentales. Supone reconocer que lo que está en la mente de otro y en la propia es un estado mental, y supone un conocimiento a ese nivel. Los autores argumentan que los pacientes tienen una ausencia o deterioro de la regulación

emocional, del control atencional y de la capacidad de mentalizar que se ponen de manifiesto especialmente en un contexto de relación de apego. Por esta razón, la terapia se focaliza en desarrollar la capacidad de entendimiento y reconocimiento de las emociones que evocan en otros y de las emociones evocadas en ellos por los demás. El modelo de la mentalización se nutre de la teoría del apego, de desarrollos de teorías cognitivas y evolutivas, de aportaciones de las neurociencias y de autores psicodinámicos como Bion.

-Terapia cognitivo-analítica:

La teoría fue descrita por Anthony Ryle⁶⁵ y se basa en la idea de que toda actividad cognitiva, afectiva o conductual puede ser descompuesta en episodios, llamados *secuencias procedimentales*. Estas seguirían el siguiente desarrollo: establecimiento de un fin, desarrollo de la secuencia comportamental, comprobación de las consecuencias. Las *secuencias procedimentales* tienen una función adaptativa y se mantienen o se modifican según su éxito en alcanzar el fin que se proponen. Las personas con trastornos neuróticos no pueden modificarlas, aunque les supongan consecuencias negativas, incurriendo así en el mantenimiento de patrones repetitivos disfuncionales.

Según Ryle las vivencias infantiles se internalizan en forma de *plantillas de papeles recíprocos*, constituidas por un papel para uno mismo, un papel para el otro y una forma de relación entre ambos. Estas *plantillas*, sean sanas o disfuncionales, configuran las relaciones personales a lo largo de la vida de forma relativamente estable. La persona que pone en marcha una plantilla induce inconscientemente en el otro una presión para que adopte el segundo polo de la plantilla.

- Psicoterapia focalizada en la transferencia:^{66, 67}

Para Otto Kernberg, el mundo interno de los objetos y su nivel de fragmentación o de integración está en la base de la estructura del carácter, de la identidad y de la madurez de las defensas.

La organización límite de la personalidad, que incluye los trastornos límite, narcisista, esquizoide, esquizotípico y paranoide, se caracteriza por la *difusión de la personalidad* (produce que la persona sea incapaz de percibir y experimentarse a sí y a los otros de una forma integrada que incluya una

única vivencia de lo bueno y de lo malo), junto con el uso de defensas muy primitivas. El mundo interno empobrecido, rígido y fragmentado se diferencia de la psicosis únicamente por la conservación del juicio de realidad.

La psicoterapia focalizada en la transferencia tiene como finalidad lograr la integración de las representaciones de los objetos, la modificación de las defensas y la resolución de la difusión de la identidad que sufren estos pacientes, por medio del análisis de la transferencia.

- Terapia conductual dialéctica: ^{27, 61}

La terapia conductual dialéctica se basa en una teoría biosocial del Trastorno límite de la personalidad, según la cual este trastorno es básicamente una disfunción de la regulación de las emociones. Esta disfunción en la regulación emocional resulta de irregularidades biológicas combinadas con determinados entornos disfuncionales, así como de la interacción entre ambos.

Una persona vulnerable emocionalmente es aquella cuyo sistema nervioso reacciona excesivamente a niveles relativamente bajos de estrés. Reacciona emocionalmente de un modo más rápido e intenso y se recupera más lentamente. A su vez, los entornos invalidantes de las emociones se caracterizan porque tienden a castigar o trivializar la expresión de las emociones, presentan simultáneamente un alto nivel de emocionalidad, no reconocen necesidades emocionales y sólo responden a expresiones emocionales. El individuo vulnerable emocionalmente sometido a experiencias de invalidación desarrolla una disfunción en la regulación de las emociones. Asume las características invalidantes del entorno: tiende a invalidar su propia respuesta emocional, desarrolla un condicionamiento fóbico emocional, pide a otros que le orienten y le guíen, simplifica la solución de problemas vitales y presenta un patrón oscilante entre la inhibición emocional y la expresión afectiva extrema. Para Linehan las características sintomatológicas del TLP (comportamientos impulsivos, caos interpersonal, trastorno de identidad e inestabilidad en las valoraciones cognitivas) son secuelas y, por tanto, secundarias a la disfunción emocional.

-Terapia basada en esquemas:

Basada en el trabajo de Young, considera que el origen del estrés serían los esquemas cognitivos utilizados por el sujeto, esto es, el conjunto de reglas que utiliza el sujeto para procesar la información procedente del mundo, cómo integra dicha información con experiencias previas, y cómo la recupera para entender y relacionarse con la realidad. Estos esquemas pueden estar alterados bien por causas biológicas, bien por la historia del sujeto, generando pensamientos automáticos negativos que provocan errores cognoscitivos que llevan a una forma anómala de pensar y comportarse tanto en las relaciones con los demás como con uno mismo³⁷.

9.2. Tratamientos biológicos:

El progreso de la investigación psicofarmacológica de los trastornos de la personalidad ha debido afrontar muchas dificultades, entre las que sobresalen las nosológicas y las conceptuales. Tres revisiones sobre el tema nos muestran las principales dificultades metodológicas en la investigación psicofarmacológica de los trastornos de la personalidad^{68, 69, 70}:

1. Los efectos de los medicamentos son modestos.
2. La fiabilidad y la validez de los diagnósticos son precarias.
3. La distinción de un trastorno de personalidad de su vecino en los Ejes I y II es incompleta.
4. La inexistencia de medidas de cambio.
5. La duración de los ensayos clínicos no es realista (6-12 semanas).

En estos trastornos nos encontramos con una variabilidad de respuesta terapéutica mayor que en otras afecciones. Además el cumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes es bajo. De todos modos existe un consenso general de que la psicofarmacología tiene un lugar cada vez mayor en el tratamiento de estos problemas; consenso que también da por hecho que la psicoterapia debe acompañar a los fármacos en casi todas las ocasiones, puesto que se logran mejores resultados combinando ambos tipos de intervenciones.^{70,71}

Un abordaje farmacológico es específico para los síntomas y basado en la modificación de la función de los neurotransmisores en los campos afectivo, cognitivo y del comportamiento impulsivo. La farmacoterapia no es el tratamiento principal para los problemas de carácter o las relaciones interpersonales desadaptativas; éstas son el objetivo de la psicoterapia. Sin embargo, el uso adecuado de la medicación puede facilitar la psicoterapia y estabilizar al paciente. Es importante señalar que la *US Food and Drug Administration* no ha aprobado ninguna medicación para el tratamiento del trastorno de la personalidad.¹⁶ En la práctica clínica, se utilizan neurolépticos, antidepresivos (ISRS), ansiolíticos, carbonato de litio y estabilizantes del ánimo anticonvulsivos. Dicha práctica viene abalada por múltiples estudios publicados que la confirman.^{72, 73, 74, 75, 76, 77}

En la tabla 5 mostramos un ejemplo del uso sintomático que puede realizarse de los diferentes fármacos que son utilizados en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.⁷⁸

Desde un acercamiento psicopatológico dimensional (Cloninger, Eysenck, Siever y Davis), se acepta que los trastornos de personalidad, constituyen una afectación crónica del humor, impulsividad, agresividad, cognición o ansiedad, existiendo un correlato biológico para varias de estas dimensiones. Los estudios basados en las dimensiones clínicas de estos trastornos sugieren que la psicofarmacología puede ser beneficiosa en la sintomatología de estos pacientes. Por otro lado el estudio de la neurobiología de los trastornos de la personalidad nos ha aportado conocimiento sobre los sustratos biológicos de estos cuadros, así: en los trastornos de la personalidad tipo A se ha estudiado la hiperactividad del sistema dopaminérgico, los estudios sugieren un perfil de trastornos cognitivos y anomalías estructurales, sobre todo en la corteza temporal, similares a las de la esquizofrenia, pero con una mejor reserva prefrontal y una actividad dopaminérgica más atenuada subcorticalmente, que los protege de la aparición de psicosis; en los trastornos de la personalidad tipo B el sistema serotoninérgico ha sido el más estudiado por su relación inversa con la conducta agresiva-impulsiva, también se han estudiado la noradrenalina con una actividad aumentada en el Locus Coeruleus, vasopresina en relación a la impulsividad y agresividad, factor liberador de corticotropina, hormona adrenocorticotropa y cortisol que pueden tener relación con las conductas agresivas; en los trastornos de la personalidad grupo C existe menos investigación neurobiológica, si bien parece haber

acuerdo respecto a la reducción de la actividad dopaminérgica y aumento de la serotoninérgica. Así desde esta concepción y situando el blanco farmacológico en el síntoma específico, Soloff presentó algoritmos basados en la evidencia que facilitan el acercamiento racional y protocolizado a la farmacoterapia de los trastornos de la personalidad. Dichos algoritmos los exponemos en las figuras 2, 3 y 4.⁷⁸

Tabla 5: tratamiento sintomático de los Trastornos de Personalidad

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
- Aislamiento social (esquizoide): antidepresivos, antipsicóticos
- Agitación (paranoide, límite): ansiolíticos, antipsicóticos
- Analgesia, bloqueo (límite): antagonistas opiáceos
- Ansiedad e insomnio: ansiolíticos
- Ansiedad fóbica (evitativo): antidepresivos
- Automutilación (límite): antagonistas opiáceos
- Alteraciones cognitivas (obsesivo-compulsivo): eutimizantes
- Crisis de angustia (dependiente): ISRS
- Déficit de atención con hiperactividad (antisocial): psicoestimulantes
- Síntomas Depresivos (esquizoide, narcisista): antidepresivos
- Descompensaciones psicóticas (esquizotípicos): antipsicóticos
- Síntomas de Desrealización (esquizotípico, histriónico): antipsicóticos
- Disfunción cognitivo-perceptiva (esquizotípico, límite): antipsicóticos
- Síntomas disociativos (esquizotípico, límite): neurolépticos, antagonistas opiáceos
- Fluctuaciones del estado del ánimo (límite): eutimizantes
- Hipomanía (límite, narcisista): eutimizantes
- Impulsividad, agresividad (antisocial, límite): ISRS, litio, antipsicóticos, β -bloqueantes
- Inestabilidad afectiva (límite): antidepresivos
- Ira, hostilidad (límite, antisocial): antipsicóticos
- Síntomas obsesivos (paranoide, obsesivo-compulsivo): antidepresivos, antipsicóticos, eutimizantes
- Síntomas psicóticos (esquizotípico, límite): antipsicóticos
- Sociabilidad (esquizoide): antipsicóticos
- Quejas somáticas (histriónico): antidepresivos
- Ideas de suicidio (límite): antidepresivos, eutimizantes

Figura 2: algoritmo de Soloff para el tratamiento de los trastornos cognitivos de los Trastornos de Personalidad

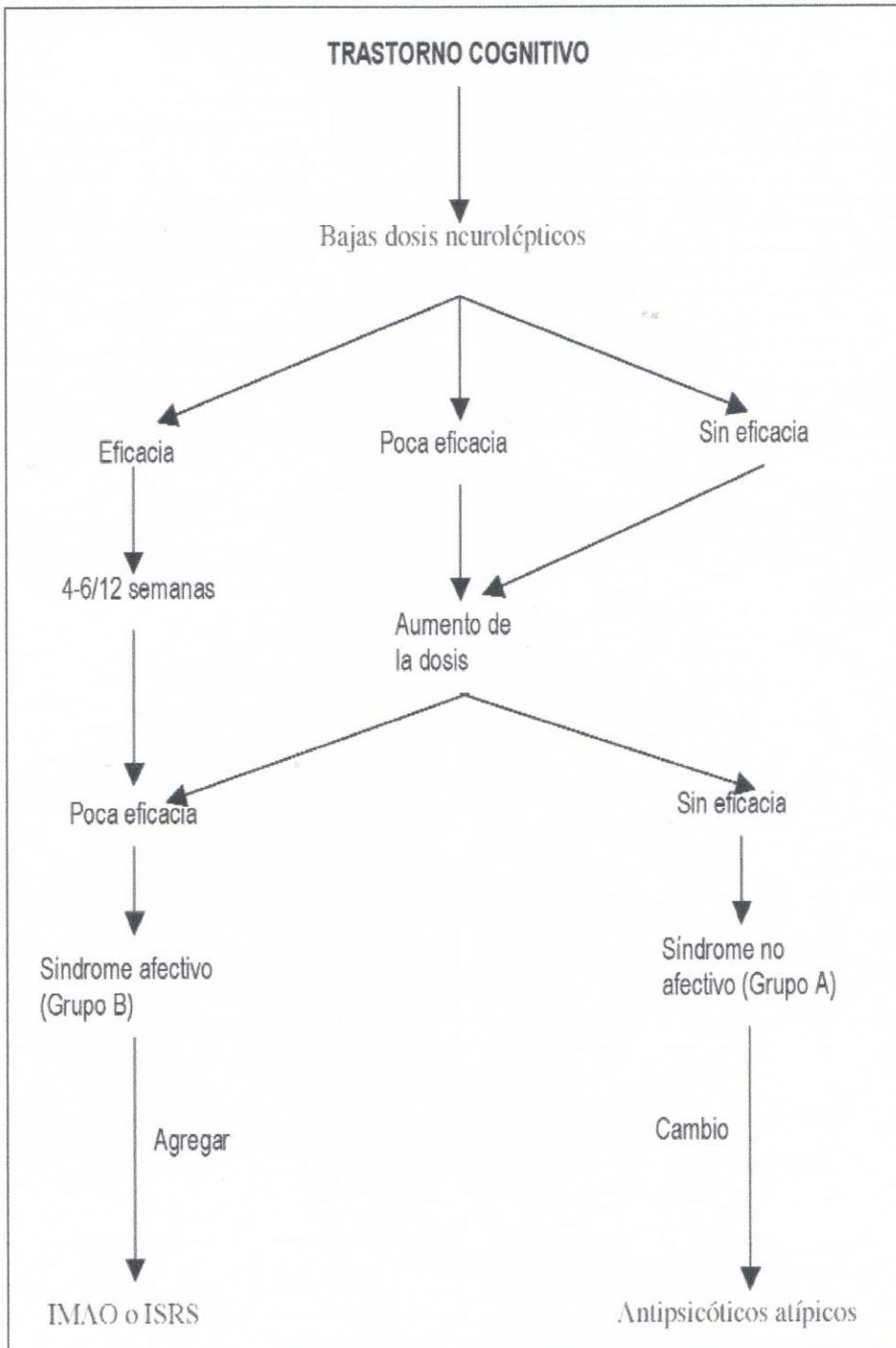


Figura 3: algoritmo de Soloff para el tratamiento de la falta de regulación afectiva en los Trastornos de Personalidad

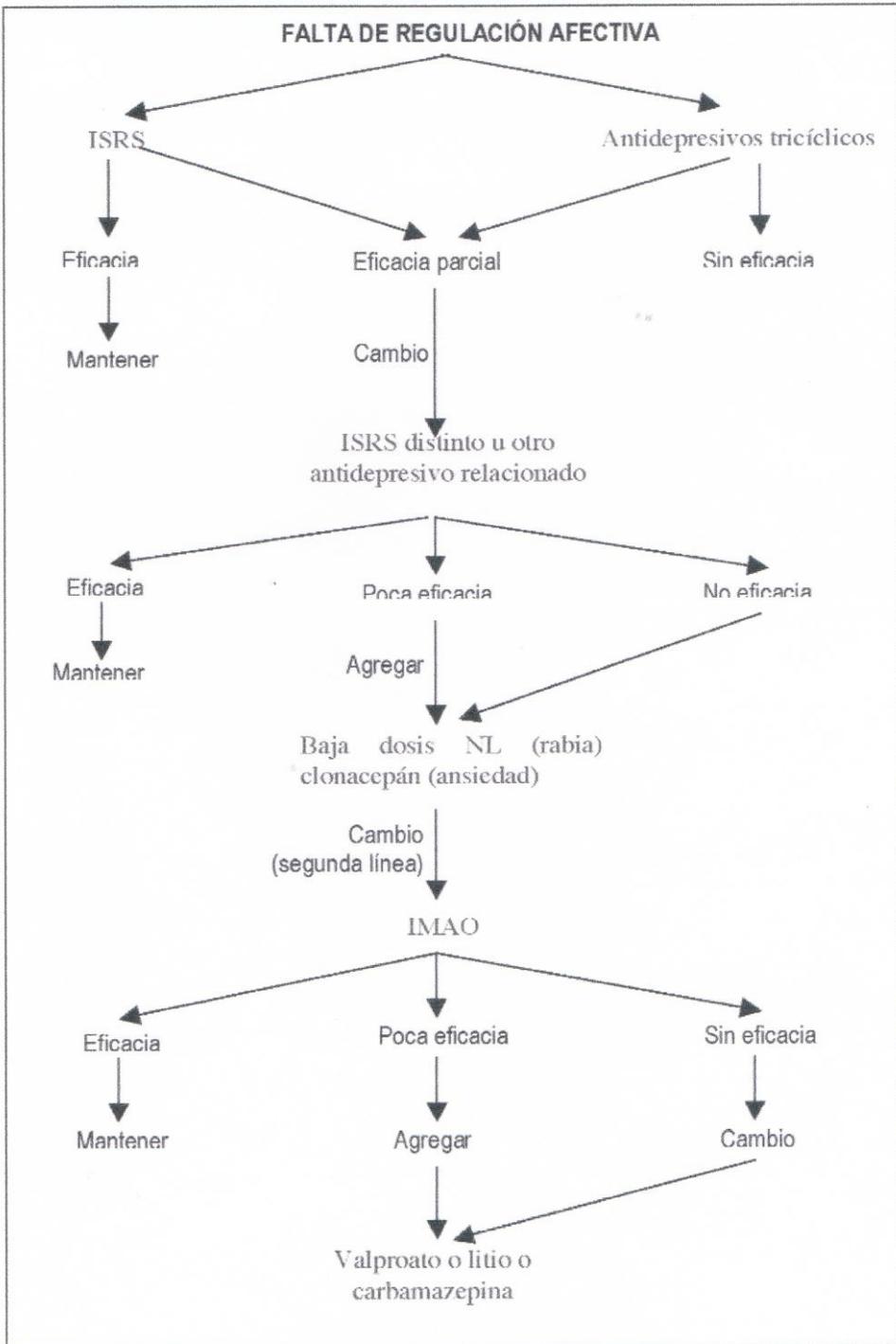
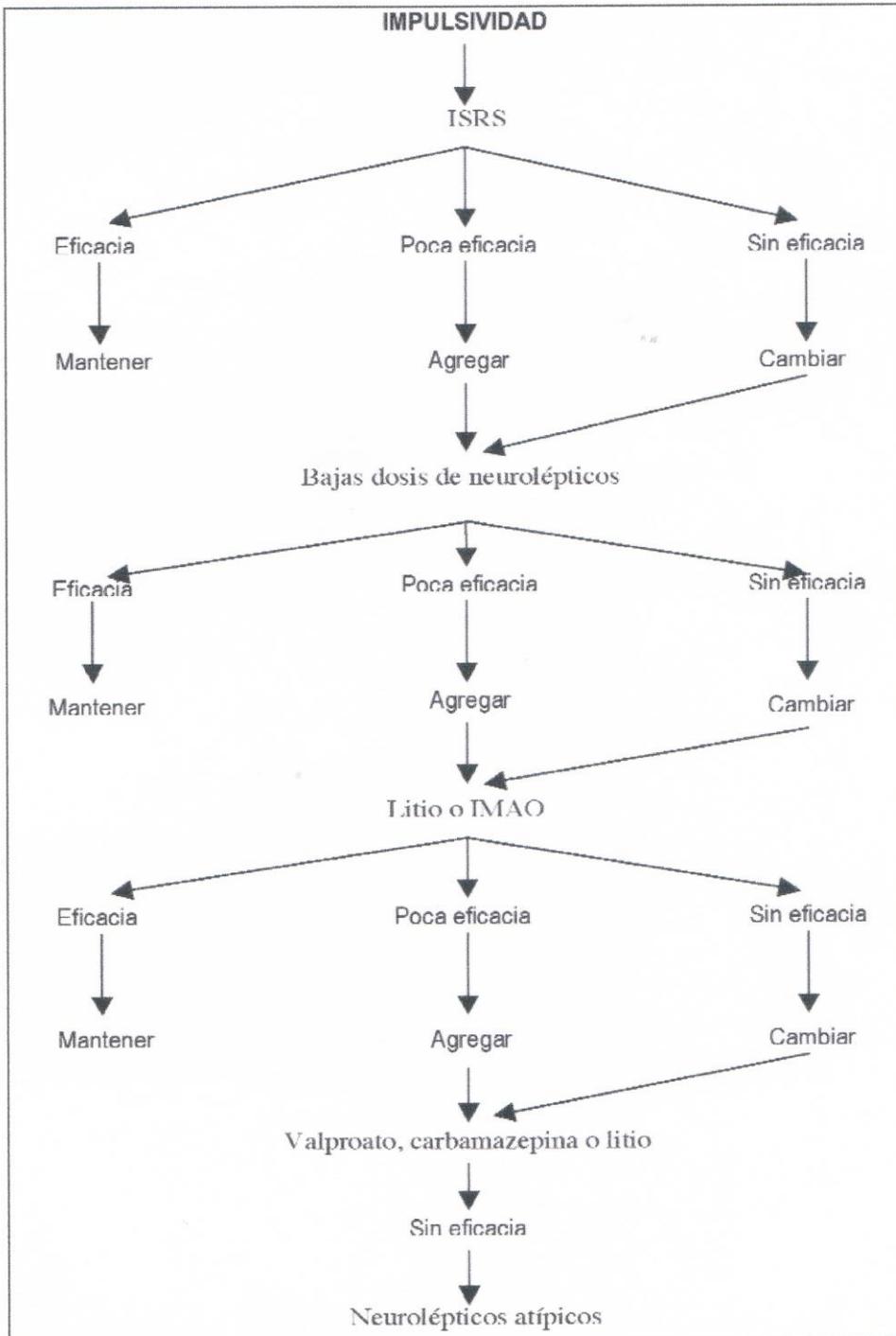


Figura 4: algoritmo de Soloff para el tratamiento de la impulsividad en los Trastornos de Personalidad



9.3. Niveles de Asistencia: Hospitalización:

El abordaje terapéutico de los trastornos de la personalidad hay que hacerlo a cuatro niveles que van de mayor a menor intensidad: el nivel IV, basado en la hospitalización o la residencia durante un periodo no muy prolongado de tiempo (2-8 semanas); el nivel III, cuya función es rehabilitadora y se ubica en un centro u hospital de día; el nivel II, de tratamiento ambulatorio intensivo; y el nivel I, que es el ambulatorio ordinario. Generalmente el nivel de cuidados menos restrictivo posible en cada caso, es el deseable.^{5, 16}

A lo largo de los años la idea de si es conveniente o no hospitalizar a los sujetos con trastornos de la personalidad en Unidades de Corta Estancia, ha sufrido diversos cambios y todavía hoy sigue siendo controvertida. Respecto a los ingresos en dichas unidades tras intentos autolíticos podemos concluir que se deberán hacer cuando haya una repercusión orgánica o el intento autolítico sea importante, y que la duración del ingreso siempre será breve. Si bien dichos ingresos también suceden por otros motivos como: trastornos de la conducta alimentaria, problemas derivados del consumo de drogas, conductas explosivas e impulsivas, descompensaciones con síntomas psicóticos, así como desbordamiento familiar, todos estos motivos hacen que los pacientes realicen ingresos cortos como medida de contención, hasta que los síntomas agudos se atenúan. Los ingresos de media o de larga duración sólo se realizarán para iniciar programas específicos de tratamiento terapéutico global.^{5, 16}

Inspirándose en las teorías de las comunidades terapéuticas, surgieron en Gran Bretaña modelos y programas de tratamiento específico bien con hospitalización parcial bien con hospitalización completa, que han demostrado ser eficaces, que han reducido el coste del tratamiento de estos pacientes, así como las consultas que realizan en los servicios de urgencias.^{79, 80, 81}

La American Psychiatric Association ha confeccionado una guía terapéutica para estos trastornos en la que recomiendo crear unidades especiales y formar personal asistencial específico⁸²

Figura 5: niveles asistenciales: modalidades, objetivos, duración y procesos terapéuticos

Nivel	Modalidades	Objetivos y procedimientos	Duración	Procesos terapéuticos
IV. Hospitalización	Medicación	Manejo de crisis	2-10 días	Contención
	Medio Grupo Manejo del caso	Disminución del malestar Disminución del riesgo de suicidio	24 horas/día	Apoyo
III. Hospitalización parcial	Medio Grupo Manejo del caso	Evaluaciones Evaluaciones neurológicas Evaluaciones psicológicas		
		Planificación/Cambios terapéuticos Desarrollo del plan de tratamiento Identificar el terapeuta responsable Iniciar los cambios en la medicación Consulta a un experto o consultor		
	Familia	Entrenamiento en habilidades Estabilizar las habilidades de la vida diaria Estructurar las actividades diarias Identificar los patrones de desadaptación	1-2 semanas 6-20 horas/semana	Estructura Apoyo Participación
	Individual	Estabilización conductual Disminución del comportamiento impulsivo Aumento de las habilidades de afrontamiento	3-12 semanas 6-10 horas/semana	
II. Consultas externas intensivas	Grupo Familia Individual	Rehabilitación social Mejorar el funcionamiento social Rehabilitación vocacional Reincorporación en la comunidad	+ 16 semanas	
		Adaptación social (conductual) Profesional	3-18 meses 3-6 horas/semana	Apoyo Participación
		Conductual Afectiva Interpersonal		
I. Consultas externas	Individual Grupo	Crecimiento psicológico	12-36 meses	Participación
		Interpersonal Intrapsíquico	1-3 horas/semana	Validación

Tabla reproducida del libro de JM Oldham: Tratado de los Trastorno de la Personalidad ¹⁶

10. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y RECURSOS SANITARIOS:

Los pacientes con trastorno de la personalidad han sufrido una serie de vicisitudes asistenciales que indican nuestro despiste terapéutico, así encontramos ⁸³:

- El 72% han visitado a más de 8 profesionales.
- Sólo el 8% no ha cambiado nunca de terapeuta.
- El 55% ha estado ingresado en una unidad de agudos. Los principales motivos de ingreso son: intentos autolíticos, autolesiones, trastornos

de la conducta alimentaria, problemas derivados del consumo de drogas, conductas impulsivas, descompensación con síntomas psicóticos, desbordamiento familiar.

- Sólo el 25% ha estado más de 6 meses asintomático.
- El 60% ha tomado más de 20 psicofármacos diferentes prescritos por su médico.
- El 8% ha recibido terapia electroconvulsiva.
- El 70% reconoce no haber cumplido correctamente los tratamientos.

Estas patologías tienen una influencia directa en el consumo de recursos sanitarios, puesto que los sujetos a los que afectan son mucho más proclives a ser consumidores de distintos servicios de salud y a favorecer el “burn out” del personal sanitario adscrito a su cuidado. Además la presencia de un trastorno de la personalidad tiene implicaciones diagnósticas, pronósticas y de tratamiento sobre otras patologías tanto psiquiátricas como físicas, pues empeora el pronóstico y dificulta el tratamiento ⁸⁴. Los trastornos de la personalidad también influyen en la capacidad de trabajo del individuo, tanto por las limitaciones que le producen en sus capacidades cognitivo-conductuales como por la disminución de las expectativas de vida puesto que múltiples estudios han demostrado que el porcentaje de muertes accidentales, tanto en hombres como en mujeres, es superior en aquellos que reúnen características para un trastorno de la personalidad. Esto por supuesto tendrá una repercusión social, más todavía si tenemos en cuenta las limitaciones que estos pacientes causan a nivel familiar, y que estos padecimientos tienden a la cronicidad. ¹²

Los trastornos de la personalidad han llegado a convertirse en las últimas décadas en graves problemas sociales y médicos, y en uno de los diagnósticos más frecuentes tanto en la comunidad como en poblaciones clínicas. De ahí el interés creciente que han comenzado a desatar a nivel científico e investigador. El aumento de esta patología ha tenido repercusiones a nivel sanitario, como las que ya hemos apuntado antes: mayor uso de recursos, “quemar” de los mismos y de profesionales... También suponen un gasto económico tanto si nos referimos al gasto sanitario directo como al gasto sanitario indirecto. ^{85, 86, 87, 88, 89} En este sentido nosotros hemos decidido centrarnos en el gasto producido por las diferentes terapias farmacológicas utilizadas en estos pacientes. Este gasto

nos parece relevante puesto que los efectos de los psicofármacos en estos sujetos son modestos y existe una gran variabilidad de la respuesta terapéutica a los mismos, en lo que influye que el cumplimiento de los tratamientos y las instrucciones terapéuticas es bajo por parte del paciente ^{68, 69}.

Toda esta complejidad diagnóstica y falta de vinculación al tratamiento han hecho que durante mucho tiempo se les etiquetase de incurables. Pese a todo, la necesidad de tratar los trastornos de la personalidad es irrenunciable por las siguientes razones ⁹⁰:

1. Las personas afectadas sufren por su causa o hacen sufrir a los demás.
2. Su vida suele deteriorarse irremediamente.
3. Pueden hacerse daño o hacer daño a otros.
4. Pueden convertirse en padres contraproducentes para sus hijos o inculcarles modelos patológicos de conducta.
5. Actualmente se acepta que son tratables, adaptables y hasta parcialmente curables, sobre todo si se considera la evolución positiva de las técnicas psicoterapéuticas y la aparición de tratamientos biológicos y farmacológicos.

Lo cual ha llevado a una creciente publicación de estudios y revisiones teóricas, en las cuales se analiza y valora los diferentes modelos de tratamiento y manejo de esta patología, de cara a intentar determinar los más adecuados y eficientes. ^{91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98}

Podemos aplicar la *teoría del apego*, que ya fue comentada previamente, para ver las implicaciones que tiene para el sistema sanitario este tipo de sujetos con trastornos de la personalidad, es decir con *un apego no sano* ⁹⁹. En este sentido podemos afirmar que:

1. la mayoría de los pacientes que consultan en el sistema sanitario, en general, no sólo en el ámbito de la salud mental, tienen modelos de apego no sanos que interferirán en su tratamiento ¹⁰⁰.
2. Uno de los principales aspectos a los que afecta el modelo de apego es la adhesión al tratamiento, que es muy baja en los individuos en

cuyo modelo la visión de los demás es negativa (apegos inseguros, temerosos y de rechazo) ¹⁰⁰.

3. Otros trabajos demuestran que los pacientes con modelos de apego de rechazo y temeroso, permanecen menos tiempo en la consulta del profesional, se confunden más al describir cómo han sido sus interacciones con él y producen en el médico sentimientos de tristeza y culpa ¹⁰¹.

Es por todo ello por lo que creemos que un estudio centrado en pacientes con Trastorno de la Personalidad que requieren un ingreso hospitalario, con el consiguiente aumento de consumo de recursos sanitarios, y la diferenciación de su atención en una unidad específica, puede aportar luces a este mundo plagado de sombras y replantear estrategias para el tratamiento de estos pacientes en el régimen hospitalario.



II.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. OBJETIVOS:

1/ **Definir el perfil socio-demográfico y clínico** de los pacientes con Trastorno de la Personalidad que ingresan en la Unidad de Corta Estancia (UCE) de psiquiatría del Hospital General San Jorge de Huesca. En función de:

-Variables de perfil sociodemográfico: sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, situación laboral.

-Variables de perfil clínico: cluster, diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad, segundo diagnóstico en el Eje II, comorbilidad psiquiátrica.

2/ **Definir el perfil socio-demográfico y clínico** de los pacientes con Trastorno de la Personalidad que ingresan en la Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP) del Hospital Provincial Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza. En función de:

-Variables de perfil sociodemográfico: sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, situación laboral.

-Variables de perfil clínico: cluster, diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad, segundo diagnóstico en el Eje II, comorbilidad psiquiátrica

3/ **Evaluar el consumo de recursos y la complejidad hospitalaria** durante el ingreso en la **Unidad de Corta Estancia** de psiquiatría de pacientes con Trastorno de Personalidad, en función de: motivo de ingreso, tratamiento al alta por grupo terapéutico y número de fármacos por día y paciente, gasto farmacológico por día y paciente al alta, duración del ingreso en días, necesidad de medidas de contención y tipo de las mismas.

4/ **Evaluar el consumo de recursos y la complejidad hospitalaria** durante el ingreso en la **Unidad de Trastornos de la Personalidad**, de pacientes con Trastorno de la Personalidad, en función de: cumplimentación del tiempo de ingreso programado, tratamiento al alta por grupo terapéutico y número de fármacos por día y paciente, gasto farmacológico por día y paciente al alta, necesidad de medidas de contención y tipo de las mismas.

5/ **Comparar la población con trastorno de la personalidad ingresada en Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría con la ingresada en Unidad de Trastornos de la Personalidad**, establecer relaciones entre ambas unidades en función de datos sociodemográficos, diagnósticos en el Eje II, comorbilidad psiquiátrica, tratamiento al alta, gasto farmacológico por día y paciente al alta y necesidad de medidas de contención y tipo de las mismas.

2. HIPÓTESIS:

1/ Los pacientes con Trastorno de la Personalidad que ingresan en la **Unidad de Corta Estancia** presentan un **perfil socio-demográfico diferente** a los que ingresan en la **Unidad (Específica) de Trastornos de la Personalidad**.

2/ Probablemente los pacientes con Trastorno de la Personalidad y **comorbilidad psiquiátrica asociada**, presentarán **diferente consumo de recursos y complicaciones durante el ingreso hospitalario**, que los que no presentan comorbilidad asociada, en función del gasto farmacológico, el número de días de estancia hospitalaria y la necesidad de uso de medidas de contención.

3/Sospechamos que **ingresos por intentos autolíticos y alteraciones de conducta serán altamente prevalentes** en la **Unidad de Corta Estancia** (por tratarse de una Unidad de Agudos o Unidad de Crisis).

4/ El **perfil clínico y el cluster diagnóstico** de los pacientes que ingresan en Unidad de Corta Estancia serán **distintos** de los de los pacientes que ingresan en Unidad de Trastornos de la Personalidad.

5/ El **consumo farmacológico** y los **tratamiento administrados** serán **diferentes** en la Unidad de Corta Estancia respecto a la Unidad de Trastornos de la Personalidad.



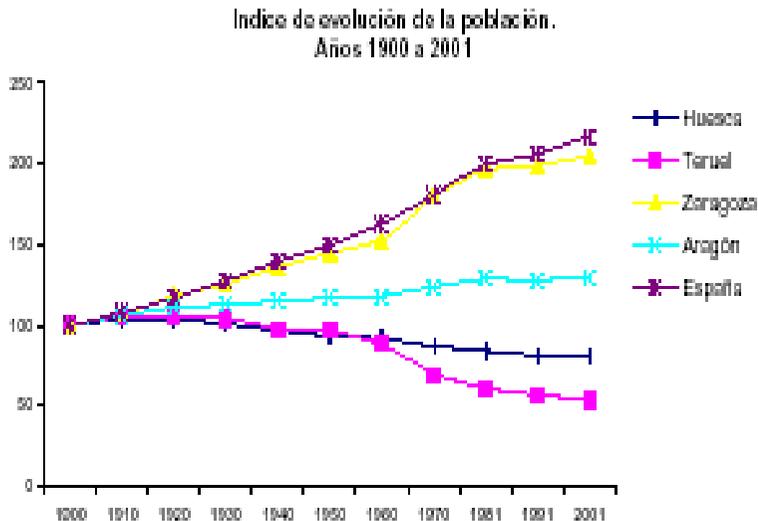
III.- PACIENTES Y MÉTODO

1. ANALISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE ARAGÓN:

**Datos obtenidos de la Memoria de Gestión de la Unidad de Corta Estancia del Hospital San Jorge 2008-2009 y del Servicio de Admisión y Gestión del Hospital San Jorge*

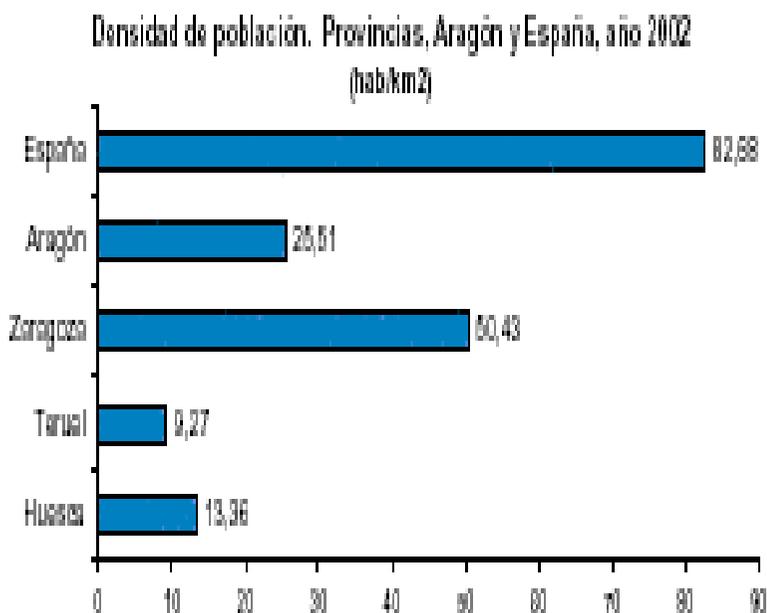
En la gráfica 1 se observa la evolución de la población tanto en las provincias aragonesas como en Aragón de forma global y en España entre el año 1900 y el año 2001.

Gráfica 1: índice de evolución de la población (1900 - 2001)



Como vemos, el crecimiento de la población de Zaragoza y de Aragón analizada de forma global es de pequeña cuantía pero constante a lo largo de estos años, al contrario sucede en Huesca y Teruel que muestran una tendencia regresiva con cierta mejoría en los últimos cinco años basada fundamentalmente en la población inmigrante. De las tres provincias que integran la región, Zaragoza es la más poblada, ya que aglutina al 69,8 % de los habitantes, en tanto que viven en Huesca el 17,7 % y en Teruel el 12,5 %. La densidad de población (habitantes / km²) se expresa en la gráfica adjunta número 2.

Gráfica 2: densidad de población España, Aragón y sus provincias (2002)



La Comunidad Autónoma de Aragón con sus 47.721 Km.² ocupa por superficie el cuarto lugar del conjunto nacional, del que constituye un 10% del territorio. Sin embargo el total de la población, que es de 1. 320.00 habitantes, tan sólo supone el 3,2% de la población total de España (ver gráfica 2). La distribución poblacional en la Comunidad Autónoma no es homogénea, concentrándose la mayoría en la provincia de Zaragoza; por el contrario en la provincia de Huesca viven en torno a 225. 000 habitantes; se calcula un crecimiento moderado que alcanzara a 231.000 habitantes en el año 2018.

La tabla 6 refleja la estructura de la población de la Comunidad Autónoma de Aragón, por sexo y grupos quinquenales de edad, de acuerdo con los censos de población de 1991 y 2001. Queda de manifiesto que una de las principales características de la población de esta Comunidad es su progresivo envejecimiento.

Pacientes con Trastornos de la Personalidad: diferencias y similitudes entre una Unidad de Corta Estancia y una Unidad de Trastornos de la Personalidad

Tabla 6: Estructura de la población de Aragón por sexo y grupos quinquenales de edad;

Pirámides poblacionales de 1991 y 2001

Estructura de la Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Aragón.

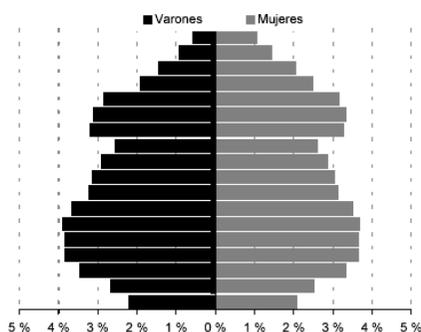
Unidad: número de habitantes

	Censo de Población 1991			Censo de Población 2001			Tasa de Variación		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
TOTAL	1.188.817	586.570	602.247	1.204.215	595.113	609.102	0,01	0,01	0,01
0 - 4	50.701	26.027	24.674	49.210	25.302	23.908	-0.03	-0.03	-0.03
5 - 9	61.391	31.570	29.821	49.389	25.159	24.230	-0.20	-0.20	-0.19
10 - 14	80.565	41.138	39.427	53.303	27.295	26.008	-0.34	-0.34	-0.34
15 - 19	88.795	45.616	43.179	62.776	32.445	30.331	-0.29	-0.29	-0.30
20 - 24	88.835	45.640	43.195	83.346	42.856	40.490	-0.06	-0.06	-0.06
25 - 29	89.928	46.275	43.653	94.648	49.475	45.173	0.05	0.07	0.03
30 - 34	84.960	43.364	41.596	92.291	47.752	44.539	0.09	0.10	0.07
35 - 39	75.446	38.342	37.104	93.831	48.401	45.430	0.24	0.26	0.22
40 - 44	73.395	37.278	36.117	89.117	45.390	43.727	0.21	0.22	0.21
45 - 49	68.530	34.547	33.983	78.534	39.823	38.711	0.15	0.15	0.14
50 - 54	61.176	30.360	30.816	73.678	36.951	36.727	0.20	0.22	0.19
55 - 59	76.603	37.803	38.800	68.593	34.134	34.459	-0.10	-0.10	-0.11
60 - 64	76.284	36.975	39.309	56.846	27.750	29.096	-0.25	-0.25	-0.26
65 - 69	70.977	33.773	37.204	70.904	33.655	37.249	0.00	0.00	0.00
70 - 74	52.402	22.844	29.558	67.484	31.132	36.352	0.29	0.36	0.23
75 - 79	41.399	17.058	24.341	56.079	24.491	31.588	0.35	0.44	0.30
80 - 84	28.209	11.114	17.095	35.521	13.725	21.796	0.26	0.23	0.27
85 y más	19.221	6.846	12.375	28.665	9.377	19.288	0.49	0.37	0.56

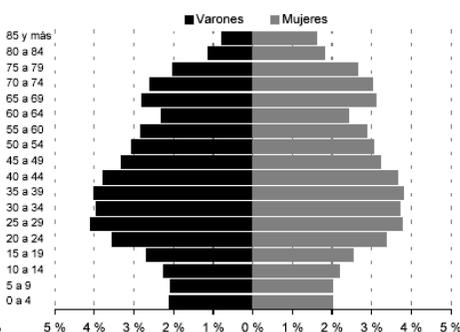
Fuente: IAEST, según Censos de Población y Viviendas 1991 y 2001. (INE)

Tasa de variación = (Población 2001 - Población 1991) / Población 1991

Pirámide de población 1991. Aragón.



Pirámide de población 2001. Aragón.



Actualmente los varones, en Aragón, tienen una esperanza de vida de 76,13 años y las mujeres de 82,87 años. El saldo vegetativo es negativo en todas las provincias aragonesas. La constancia de la negatividad del saldo vegetativo y

del sostenido junto al, aunque modesto, incremento de población en Aragón en general, pone de relieve el papel de la inmigración, progresivamente creciente en nuestra Comunidad Autónoma.

La economía de la Comunidad Autónoma de Aragón en la actualidad se basa principalmente en el sector servicios. El 57,6 % de la población ocupada trabaja en este sector. La agricultura, anteriormente base de la economía aragonesa, ocupa ahora únicamente al 7,2 % de la población. La principal zona industrial se localiza en los alrededores de Zaragoza. La estructura de la ocupación poblacional en Aragón es muy similar a la del resto del estado español, sin embargo, el PIB por habitante y el estándar de poder de compra, aunque superiores a la media de España, están por debajo de la media de la Unión Europea. La tasa de paro supone el 10,5 % de la población activa en el año 2009, con un constante incremento debido a la situación de crisis económica. En resumen, podemos decir que la estructura económica de nuestra autonomía es muy similar a la del resto del estado, con niveles de riqueza por habitante ligeramente superiores a la del resto de España.

2. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (AGUDOS) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA:

**Datos obtenidos de la Memoria de Gestión de la Unidad de Corta Estancia del Hospital San Jorge 2008-2009 y del Servicio de Admisión y Gestión del Hospital San Jorge*

La Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital General San Jorge de Huesca, es el primero de los marcos donde se ha llevado a cabo este estudio. Empezaremos por describir brevemente la estructura del Hospital General San Jorge de Huesca:

Dicho hospital consta de 312 camas y está ubicado en la ciudad de Huesca, con 49.312 habitantes (cifras de población referidas al 01/01/2006. Real Decreto 1627/2006, de 29 de diciembre), es la segunda ciudad de Aragón, después de Zaragoza (actualmente probablemente se ha superado los 50.000 habitantes, más de 57.000 de hecho). Es asimismo capital de la Comarca de la Hoya de Huesca y de la Provincia de Huesca. Huesca y provincia cuentan en este momento con 225.023 habitantes (cifras de población referidas al 01/01/2006. Real Decreto 1627/2006, de 29 de diciembre).

El Hospital San Jorge atiende directamente al sector de Huesca que cuenta con estas catorce zonas de salud: Huesca capital 1 (correspondiente al Centro de Salud Perpetuo Socorro), Huesca capital 2 (Santo Grial) y Huesca capital 3 (Pirineos). A estas tres se suma Huesca Rural conformada por: Almudévar, Ayerbe, Berdún, Biescas-Valle de Tena, Broto, Grañén, Hecho, Jaca, Sabiñánigo y Sariñena.

Existen algunas poblaciones limítrofes, pertenecientes a la provincia de Zaragoza, cuya atención sanitaria se encuentra cubierta por los servicios sanitarios del Área I, como son: Ardisa, Artieda, Mianos, Murillo de Gállego, Salvatierra de Esca, Santa Eulalia de Gállego y Sigüés. Por el contrario, quedan excluidos del Área I los municipios de Candanos, Castejón de Monegros, Peñalba, Valfarta y la localidad de El Temple. Dada la ausencia de unidad de hospitalización psiquiátrica en el Hospital de Barbastro, además de a toda esta población, la UCE de psiquiatría del Hospital San Jorge también da cobertura al sector de Barbastro que corresponde a la parte oriental de la provincia de Huesca e incluye las zonas de Salud de Abiego, Aínsa, Albalate de Cinca, Barbastro, Benabarre, Berbegal, Binéfar, Castejón de Sos, Fraga, Graus, Lafortunada, Monzón rural, Monzón urbano y Tamarite de Litera.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos o Unidad de “Corta Estancia” (UCE) del Hospital San Jorge” de Huesca fue creada en el año 1999 siguiendo las directrices de la Ley General de Sanidad de 1986 que proponía la integración progresiva de las UCEs en los hospitales generales. Esta Unidad presta asistencia psiquiátrica en régimen de internamiento en la fase aguda de la enfermedad mental a todos los pacientes de la provincia de Huesca (Área 1). Esta consta de dos sectores (Huesca y Barbastro) con una población total de en torno a 225.000 habitantes. Por otra parte además de la atención (diagnóstico y tratamiento de los pacientes ingresados) tiene otros cometidos fundamentales como son los siguientes:

- 1) La atención de la interconsulta psiquiátrica (psiquiatría de enlace) con los otros servicios médico-quirúrgicos del hospital.
- 2) La atención a las urgencias psiquiátricas durante 24 horas al día siendo el único centro hospitalario del área sanitaria que existe atención psiquiátrica continuada (las 24 horas del día).

3) Participa en tres dispositivos monográficos como son la Unidad del Dolor, la Unidad de Trastornos Alimentarios en colaboración con el servicio de Dietética y Endocrinología y en el Programa de Psicogeriatría.

4) De ella también dependen la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) y la Unidad de Atención y seguimiento a Adicciones (UASA).

2.1. Descripción física de la unidad:

La Unidad de Psiquiatría está ubicada en la séptima planta, la última de hospitalización, con una superficie total de 530 m².

El número de camas de la Unidad es de 21, distribuidas en 1 habitación individual (habitación de aislamiento) y 10 habitaciones de 2 camas. El Control de Enfermería se encuentra en el centro de la unidad para facilitar el control de las habitaciones y la supervisión de los pacientes ingresados.

Es una unidad cerrada y el acceso a la misma se puede realizar por dos entradas, una principal y otra trasera de uso exclusivo para el personal. Las dependencias de la planta a las que no deben acceder los pacientes están cerradas con llave, debiendo llevar por ello todo el personal, una consigo.

La escalera de incendios se encuentra fuera de la unidad, y se accede a través de la puerta trasera.

Las habitaciones están repartidas en dos pasillos (derecho e izquierdo). En el centro de los mismos encontramos: la lencería, farmacia, zona de sucio (los tres espacios con salidas a los dos pasillos para facilitar su acceso), WC, y un despacho.

Otras dependencias son:

- Sala de terapia
- Sala de TV
- Office de cocina
- Cuarto de limpieza
- Almacén general
- Despachos médicos y de supervisión

- Comedor
- WC
- Cuarto de acceso al montahistorias y al carro de RCP
- Cuarto ropero y de enseres de los pacientes (junto a los ascensores del torreón)

2.2. Estructura orgánica:

- Área Médica:

- Jefe de Servicio
- Tres facultativos especialistas de área en psiquiatría
- Un número variable de facultativos extrahospitalarios que junto a los que conforman la plantilla de la Unidad se encargan de realizar las guardias de presencia física.

- Área de Enfermería:

- Una Supervisora de Enfermería
- Nueve enfermeras en plantilla. Se distribuyen dos por turno salvo en el de noche, en el cual sólo hay una enfermera
- Ocho auxiliares de enfermería en plantilla. Se distribuyen dos por turno salvo en el de noche, en el cual sólo hay un auxiliar de enfermería
- Ocho celadores (con dependencia funcional). Se distribuyen dos por turno salvo en el de noche que sólo hay un celador.

Otros profesionales de apoyo directo con los que cuenta la Unidad son: una limpiadora, una auxiliar administrativa, una trabajadora social y una enfermera especializada en dietética.

2.3. Organización del equipo:

De forma general, todas las actividades de la Unidad se incluyen en programas de cuidados, ya que todas las actividades que realiza cualquier miembro del equipo tienen un componente terapéutico y contribuyen a la recuperación del paciente. De ahí que resulte de gran importancia la coordinación de todo el personal de la Unidad y la planificación de los

cuidados en los equipos de enfermería (enfermera, auxiliar de enfermería y celador) y la coordinación de los mismos con las intervenciones realizadas por los facultativos. Los programas de cuidados se agrupan en dos bloques:

a. Programas de cuidados generales: Se aplican como normas de la unidad a todos los pacientes ingresados. Aquí se incluyen los siguientes programas:

- Recepción del paciente
- Comidas
- Higiene y aseo personal
- Contención psicológica
- Higiene del sueño

b. Programas / taller de la unidad: Estos programas también se aplican a todos los pacientes ingresados pero con una valoración previa de lo adecuado de los mismos en cada caso particular. Se realizan en grupo y requieren un espacio físico y unos tiempos concretos para su realización, a diferencia de los programas de cuidados generales que no tienen ninguna de estas características. Aquí incluimos los siguientes programas:

- Ocio
- Reunión de pacientes
- Lectura de prensa
- Relajación
- Movimientos cruzados
- Habilidades sociales
- Información y cumplimiento terapéutico en TMG
- Afrontamiento de la dependencia del tabaco

2.4. Funciones asistenciales de la unidad de psiquiatría:

El cometido fundamental de la unidad, tal y como su propio nombre indica es la hospitalización de pacientes psiquiátricos en situación de crisis o reagudización de su patología. La mayor parte de la actividad tiene que ver con la asistencia de los pacientes ingresados en la Unidad bien sea desde

Urgencias o/y trasladados de otras plantas. Se procede al diagnóstico y tratamiento en base a la cartera de servicios existente en la unidad:

- Cartera de servicios:

La cartera de servicios comprende los siguientes puntos:

A/ Atención ambulatoria, de urgencia y en régimen de hospitalización para pacientes con las siguientes patologías:

- Trastornos orgánicos: demencias, cambio de personalidad debido a traumatismo craneoencefálico, trastornos mentales asociados al ictus, etc.
- Esquizofrenia y otras psicosis.
- Trastornos mentales debidos a enfermedades médicas.
- Abuso de sustancias.
- Trastornos afectivos y de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos, disociativos y facticios.
- Trastornos de conducta alimentaria.
- Trastornos de la sexualidad y trastornos del sueño.
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos de personalidad y trastornos del control de impulsos.
- Trastornos psiquiátricos infantiles y de la adolescencia.

B/ Realización de las siguientes técnicas:

- Tratamiento psicofarmacológico
- Terapia electroconvulsiva.
- Valoración neuropsicológica.
- Psicoterapia: de apoyo, cognitivo-conductual, interpersonal, dinámica breve, grupal, de familia.
- Prevención y tratamiento de conductas perjudiciales para la salud

C/ Docencia de postgrado para la formación de especialistas en Psiquiatría de acuerdo con el sistema MIR así como formación de especialistas en Enfermería Psiquiátrica de acuerdo con el sistema EIR.

D/ Investigación clínica, con líneas de trabajo consolidadas en:

- Psicogeriatría.
- Neuropsiquiatría.
- Dolor crónico.

- Parámetros de actividad asistencial:

Para una mejor comprensión de la actividad de este servicio de psiquiatría, exponemos los parámetros de actividad asistencial habidos durante el periodo 2000-2008, ambos inclusive.

Tabla 7: Indicadores hospitalarios de la UCE del Hospital San Jorge (2000-2008)

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Estancias	6299	6237	6752	6737	7587	7403	7507	7.234	7.821
Altas	513	513	572	602	587	584	657	650	657
Estancia media	12.23	12.45	12.28	11.17	11.91	12.86	11.80	11,43	12,09
Índice ocupación	82.18	83.33	88.09	86.69	98.98	96.58	97.94	94,38	101,7
Índice rotación	24.52	24.05	26.19	27.95	30.33	27.19	30.29	30,14	30,81

La tabla 7 muestra los cinco indicadores hospitalarios más significativos de los nueve primeros años de existencia de la Unidad. Un dato destacable es el hecho de tener una mortalidad de 1 (por enfermedad orgánica en una paciente de edad avanzada) en términos absolutos en los años de funcionamiento de la UCE a pesar de que ingresan con frecuencia pacientes con alto riesgo de conductas autolesivas y otros con una situación orgánica crítica.

3. UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE ZARAGOZA:¹⁰²

3.1. Descripción del dispositivo:

La Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP) pertenece al Servicio Aragonés de Salud y se encuentra ubicada en el Hospital N^o. S^a. De Gracia de Zaragoza entre el Bloque de Urgencias y la Unidad de Agudos de Psiquiatría. Dispone de 6 camas de hospitalización completa distribuidas en 3 habitaciones dobles, más 2 plazas de hospitalización parcial. Se trata de una Unidad cerrada con cámaras de vigilancia localizadas en las dependencias de los pacientes y con un consultorio ambulatorio anexo.

3.2. Programa de Hospitalización psiquiátrica de la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) de Zaragoza:

La primera fase del recorrido terapéutico del paciente en la UTP de Zaragoza se realiza en régimen de internamiento completo durante un plazo de 2 a 3 meses y a continuación se realiza un seguimiento ambulatorio intensivo individual y familiar durante los dos años posteriores al periodo de hospitalización.

3.3. Proceso:

A/ Preingreso:

El informe derivación del caso remitido por su Unidad de Salud Mental es estudiado por la Comisión de ingresos de la UTP y es ordenado en la lista de espera. Unos días antes del posible ingreso, se procede a realizar la entrevista de valoración filmada, con paciente y familia, para confirmar la existencia de criterios de ingreso, realizar el consentimiento informado y firmar el contrato terapéutico (en el que se incluye cláusula por la que el paciente se compromete a no solicitar el alta voluntaria hasta finalizar la fase de diagnóstico).

B/ Hospitalización:

a. Fase de diagnóstico: Dura entre 2 y 3 semanas. Y presenta las siguientes características:

- Aislamiento e inmersión del paciente en la rutina de la Unidad y en la convivencia con sus compañeros.
- Realización de un protocolo psicométrico multidisciplinar del paciente y su familia de forma independiente incluyendo una visita domiciliaria.
- Confección de Plan Terapéutico Individualizado que especifica los siguientes aspectos:
 - Diagnóstico multiaxial.
 - Individualización del diagnóstico en el eje II con las principales conductas problema y las relaciones interpersonales disfuncionales.
 - Niveles de funcionamiento.
 - Recursos individuales para el cambio (inteligencia, introspección, autocrítica, conciencia de conflicto, sufrimiento, motivación hacia el tratamiento, grado de responsabilidad, empatía, sinceridad, colaboración, iniciativa...).
 - Recursos sociofamiliares.
 - Definir la tratabilidad general.
 - Definir los objetivos de tratamiento.
 - Planificación de la terapia a realizar.
 - Redefinición del itinerario terapéutico.
 - Asignación de tareas.
- Finalmente se mantiene una reunión con la familia y el paciente para realizarles una devolución de su situación, consensuar con ellos los objetivos y renovar el contrato terapéutico.

Durante esta primera parte las prioridades del proceso son: lograr el enganche terapéutico; la creación de una conciencia de trastorno operativa y común entre el paciente, familia y equipo; y el manejo de la contratransferencia del equipo y el grupo formado por los demás pacientes ingresados, hacia el recién llegado.

b. Fase de continuación de ingreso: Tiene una duración de entre 2 y 3 meses. Durante esta fase se aplica tratamiento intensivo tanto al paciente como a la familia con monitorización de permisos.

La filosofía terapéutica del ingreso es ecléctica, multicomponente, basada en el equipo multidisciplinar, integrada, directiva e intervencionista.

El trabajo terapéutico se llevará a cabo, empezando por la organización conductual mínima (marcando límites desde el principio, estructurando horarios y actividades) para posteriormente desfocalizar y desdramatizar el síntoma (autoagresión, TCA, tóxicos,...) y poder focalizar los trastorno de las relaciones interpersonales en el aquí y ahora.

Es un abordaje flexible y adaptado al caso, primeramente más psicoeducativo, motivacional y validador para luego pasar a una mayor confrontación desde el grupo y la familia, junto con un progresivo aumento de la responsabilidad del paciente sobre la evolución de su proceso. Se llevará a cabo psicoterapia en tres frentes: individual, grupal y familiar así como también se realizarán medidas de rehabilitación funcional del autocuidado y a nivel relacional y ocupacional. La aplicación de todas estas intervenciones facilita que el paciente pueda depositar sus transferencias positivas y negativas en distintos miembros del equipo.

3.4. Principales componentes terapéuticos:

- Contrato terapéutico
- Estructuración de horarios y actividades mediante la elaboración de una agenda personal
- Dieta enriquecida en ácidos grasos omega
- Realización de diario y Escala Visual Analógica de bienestar/malestar
- Análisis de convivencia grupal en unidad
- Salidas grupales programadas
- Supervisión familiar de permisos
- Contacto telefónico en los permisos
- Búsqueda activa de actividades de ocio, ocupacionales y empleo
- Psicofármacos

- Medicación camuflada (con intención de controlar el efecto placebo)
- Supervisión de las tomas de medicación
- Uso del número mínimo indispensable de fármacos para favorecer el cumplimiento
- Tratamiento psicofarmacológico basado fundamentalmente antiepilépticos y neurolépticos atípicos por ser los más seguros.

3.5. Módulos de tratamiento grupal:

- Talleres psicoeducativos
- Talleres ocupacionales
- Videoforum
- Grupo de habilidades sociales
- Grupo de Orientación Psicodinámica
- Grupo de Psicodrama y expresión
- Visualización y análisis posterior de las sesiones de psicodrama
- Grupo Tai-Chi/Gimnasia
- Asamblea semanal de pacientes y personal

3.6. Intervención familiar:

- Apoyo y psicoeducación
- Estrategias de afrontamiento del conflicto
- Cambio de patrones disfuncionales de relación (sobredependencia, invalidación, emoción expresada...)

3.7. Reuniones de equipo diarias:

- Supervisión de casos
- Coordinación de intervenciones
- Cambio de terapeuta principal
- Desahogo de contratransferencias
- Roces con el personal
- Sentido del humor y cordialidad del equipo
- Resiliencia del equipo

4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Nuestro estudio se ha realizado respecto a dos poblaciones, extrayendo una muestra suficientemente representativa de cada una de ellas. Una estaría compuesta por los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos (UCE) del Hospital General San Jorge de Huesca, y otra por los pacientes ingresados en la Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP) del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

Las muestras han sido obtenidas incluyendo en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad, que ingresaron durante los 18 meses del periodo de recogida de datos, esto tanto en el caso de la UCE como en el caso de la UTP.

Respecto a la muestra proveniente de UCE, hemos incluido en ella a todos los pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad que han ingresado en UCE entre Enero de 2006 y Junio de 2007. Los criterios de inclusión usados son los siguientes:

- Haber realizado al menos un ingreso en UCE durante el periodo antes señalado.
- Presentar diagnóstico de Trastorno de la Personalidad en el Eje II, según criterios diagnósticos DSM IV-TR.

Dicho diagnóstico fue establecido mediante entrevista personal con estos pacientes, la cual fue llevada a cabo por uno de los psiquiatras de dicha unidad tras unificar criterios con ellos mediante reuniones de coordinación. En caso de duda diagnóstica se empleó el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) (Loranger, 1988; adaptación española: López-Ibor, 1996). El IPDE es una entrevista clínica semiestructurada, que intenta proporcionar un instrumento que combine una entrevista clínica con los requisitos de estandarización y objetividad necesarios. Las diferentes preguntas se organizan en seis áreas: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, sentido de la realidad y control de impulsos. Cada una de las preguntas sirve para la valoración de un criterio diagnóstico, aunque algunos de los criterios incluyen más de una pregunta. Permite realizar un diagnóstico

de cada uno de los distintos trastornos de personalidad así como una puntuación dimensional de cada uno de los diagnósticos positivos.¹⁰³

Las variables a estudio fueron recogidas en una ficha diseñada para el mismo (ver anexo I) y nos aportan la información sobre el paciente que se refleja en las tablas 8, 9 y 10.

Tabla 8: perfil sociodemográfico (UCE)

SEXO
EDAD
LUGAR DE RESIDENCIA
ESTADO CIVIL
SITUACION LABORAL

Tabla 9: perfil clínico (UCE)

CLUSTER
DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO TRASTORNO PERSONALIDAD
SEGUNDO DIAGNÓSTICO EN EJE II
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Respecto al cálculo del coste farmacológico, una vez recogida la pauta de tratamiento al alta, se ha calculado el coste diario según el precio por comprimido de cada uno de los fármacos administrados. Para ello se han usado los precios de compra que nos fueron aportados por el Servicio de Farmacia del Hospital San Jorge.

La segunda de las muestras está constituida por todos los pacientes que han ingresado en la Unidad de Trastornos de la Personalidad desde Enero de 2006 hasta Junio de 2007. Los criterios de inclusión en este caso, son los mismos que los establecidos para los pacientes de UCE, por lo tanto, son cumplidos por todos los pacientes de la misma, al ser una unidad específica para esta

patología y padecer un trastorno de la personalidad es requisito indispensable para el ingreso en dicha unidad.

Tabla 10: consumo de recursos y complejidad hospitalaria (UCE)

MOTIVO DE INGRESO
DURACIÓN DEL INGRESO
NECESIDAD DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN Y TIPO DE LAS MISMAS
PAUTA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AL DÍA (POR GRUPOS TERAPÉUTICOS) AL ALTA
NÚMERO DE FÁRMACOS POR PACIENTE Y DÍA AL ALTA
GASTO FARMACOLÓGICO POR PACIENTE Y DÍA AL ALTA

Tabla 11: perfil sociodemográfico (UTP)

SEXO
EDAD
LUGAR DE RESIDENCIA
ESTADO CIVIL
SITUACION LABORAL

En este caso el diagnóstico ha sido establecido por los facultativos que están a cargo de la UTP, con la realización de test psicométricos de personalidad (IPDE, Test de Rorschach) y entrevista directa con el paciente.

Las variables a estudio serán recogidas utilizando una ficha diseñada para el mismo (Anexo II) y nos aportarán la información reflejada en las tablas 11, 12 y 13.

En esta muestra no se han recogido ni la variable “motivo de ingreso” ni la variable “tiempo de duración del ingreso” puesto que los ingresos en UTP son ingresos programados y concebidos como un tratamiento específico del propio trastorno de la personalidad y además tienen todos ellos una duración predeterminada de 2-3 meses.

Tabla 12: perfil clínico (UTP)

CLUSTER
DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO TRASTORNO PERSONALIDAD
SEGUNDO DIAGNÓSTICO EN EJE II
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Tabla 13: consumo de recursos y complejidad hospitalaria (UTP)

CUMPLIMENTACIÓN DEL INGRESO PROGRAMADO
NECESIDAD DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN Y TIPO DE LAS MISMAS
PAUTA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AL DÍA (POR GRUPOS TERAPÉUTICOS) AL ALTA
NÚMERO DE FÁRMACOS POR PACIENTE Y DÍA AL ALTA
GASTO FARMACOLÓGICO POR PACIENTE Y DÍA AL ALTA

El cálculo del coste farmacológico se ha realizado al igual que en la muestra proveniente de UCE: una vez recogida la pauta farmacológica al alta, se ha calculado el coste diario, mediante el cálculo del precio por comprimido de cada uno de los fármacos administrados, siguiendo para ello los precios de compra que nos fueron aportados por el Servicio de Farmacia del Hospital San Jorge de Huesca.

Dado que nuestro estudio es observacional, no se realiza ninguna intervención ni se modifica en forma alguna la atención y el tratamiento recibidos por cada uno de los sujetos incluidos en la muestra, se consideró suficiente con obtener el consentimiento verbal de los Jefes Clínicos de ambas unidades para su realización, así como el consentimiento informado verbal de los pacientes incluidos en el estudio. Desde el punto de vista ético, en todo momento se cumplieron los fundamentos principales de la declaración de Helsinki.

5. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

5.1 Variables sociodemográficas:

De cara a determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes se recogieron las variables ya comentadas previamente, en las hojas de recogida diseñadas para este estudio.

- Variable “Sexo”: fundamental su recogida para poder ver la distribución de las muestras respecto a la misma y poder posteriormente compararlas así como valorar las diferencias o similitudes respecto a estudios previos.
- Variable “Edad”: se recogió la edad concreta de cada uno de los sujetos pertenecientes a cada una de las unidades. Posteriormente se trabajó con la edad media de cada una de las muestras, así como con la edad agrupada de cinco en cinco años, permitiéndonos esto una idea más clara y exacta de la distribución real de las edades de los pacientes.
- Variable “Lugar de residencia”: nos pareció interesante recoger donde y con quien vivía el paciente previamente al ingreso en cada una de las unidades, como método de aproximación a su realidad social y familiar diaria. Las categorías que se definieron para esta variable fueron: medio institucional o residencia; domicilio con pareja; domicilio con padres y/o hermanos; domicilio solo; domicilio con compañeros de piso.
- Variable “Estado civil”: se recogió dicha situación del paciente teniendo en cuenta las siguientes categorías: soltero, casado o con pareja estable, divorciado o separado y viudo.
- Variable “Situación laboral”: el conocer la situación laboral de los pacientes, en el momento previo al ingreso, nos aporta información indirecta respecto a su situación económica, nivel de adaptación social y capacidad de afrontamiento. Se definieron las siguientes categorías: activo en empleo normalizado, activo en empleo

protegido, incapacidad laboral temporal, incapacidad laboral permanente, desempleado y estudiante.

5.2 Variables de perfil clínico:

Para definir el perfil clínico de ambas muestras se estudiaron las siguientes variables:

- Variable “Cluster”: se recogió el Tipo o Cluster de Trastorno de la Personalidad que era diagnosticado a cada uno de los pacientes de ambas muestras. Se siguieron para ello criterios diagnósticos DSM-IV-TR. Esta variable supone una primera aproximación de cara a la definición del perfil clínico de los pacientes, además de facilitar la comparación de nuestros resultados con otros estudios que se basan en el Tipo de Trastorno de la Personalidad más que en los diagnósticos específicos de Trastornos de la personalidad. Obviamente se tomaron estas tres categorías: Cluster A (sujetos extraños), Cluster B (sujetos inmaduros) y Cluster C (sujetos temerosos). Cuando nuestros pacientes presentaban varios diagnósticos diferentes de trastorno de la personalidad, pertenecientes a diferentes clusters, se registró el cluster al que pertenecía el considerado como diagnóstico principal.

-Variable “Diagnóstico específico de Trastorno de la personalidad”: nos referimos al diagnóstico de un trastorno específico de la personalidad según los criterios diagnósticos de DSM-IV-TR, por lo tanto hemos tenido en cuenta las siguientes categorías para esta variable: Trastorno Paranoide de la Personalidad, Trastorno Esquizoide de la Personalidad, Trastorno Antisocial de la Personalidad, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno Histriónico de la Personalidad, Trastorno Narcisista de la Personalidad, Trastorno por Evitación de la Personalidad, Trastorno Dependiente de la Personalidad, Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad. Como se puede observar, hemos obviado el Trastorno de la Personalidad no especificado, puesto que si bien sí que está recogido como tal en el DSM-IV-TR, a nivel de la práctica clínica suele constituir el diagnóstico donde terminan los casos poco claros, que cumplen algún criterio diagnóstico de varios trastornos de la personalidad pero sin que esto llegue a permitir el diagnóstico de ninguno de ellos.

Cuando un paciente cumplía criterios diagnósticos para más de un trastorno de la personalidad específico, se recogió el que se consideró diagnóstico principal (el que tenía mayor peso y repercusión en la clínica del paciente), dejándose los otros diagnósticos como diagnósticos asociados en el eje II.

-Variable “Segundo diagnóstico en el Eje II”: dada la dificultad que supone en la práctica clínica el diagnóstico certero de un Trastorno de la Personalidad y la variabilidad en la clínica que estos pacientes muestran a lo largo del tiempo (motivos por los que pueden ir recogiendo diferentes diagnósticos a lo largo de su historia clínica), nos pareció interesante recoger esta variable. Decidimos estudiar cuantos pacientes de ambas muestras eran diagnosticados de más de un Trastorno de Personalidad, y cuales eran estos segundos diagnósticos. Las categorías para esta variable son las ya expuestas para el diagnóstico principal. También aquí se utilizaron criterios diagnósticos DSM-IV-TR. De cara a determinar cual era el segundo diagnóstico en los casos en los que existían más de dos, se siguió el mismo criterio que con el diagnóstico principal: se determinó como segundo diagnóstico aquel que tenía mayor peso dentro de la clínica presentada por el paciente. El resto de los diagnósticos no fue recogido.

- Variable “Comorbilidad Psiquiátrica”: de cara a definir el perfil clínico de ambas muestras nos pareció fundamental estudiar si existía comorbilidad del Trastorno de la personalidad con otras psicopatologías, así como cuales eran éstas. Para esta variable no se definieron categorías cerradas, sino que se recogieron todos los diagnósticos comórbidos existentes en ambas muestras. En el caso de esta variable, a la hora del diagnóstico también se siguieron criterios diagnósticos DSM-IV-TR.

5.3 Variables de consumo de recursos y complejidad hospitalaria:

El estudio del consumo de recursos y la complejidad hospitalaria en este tipo de pacientes, se ha realizado en base a una serie de variables que si bien nos aportan una información limitada, nos permiten perfilar las características de estas muestras en este sentido. Las variables son las siguientes:

- Variable “Motivo de Ingreso”: esta variable sólo fue estudiada en la muestra proveniente de UCE. De cara a conocer y poder mejorar la asistencia sanitaria a estos pacientes, parece fundamental conocer los motivos que les llevan a ingresar en una Unidad de Psiquiatría. En el caso de esta variable, no se definieron categorías cerradas, sino que se recogieron todos los motivos de ingreso registrados por los psiquiatras de la UCE para su posterior análisis.
- Variable “Duración del Ingreso”: esta variable sólo fue estudiada en la muestra proveniente de UCE. Para el estudio de la misma, una vez recogidos los datos, se calculó la media general de toda la muestra, también se estudió la distribución de la muestra al dividir los días de ingreso en grupos de cinco en cinco días. Por último, se calculó la estancia media de cada uno de los clusters, para poder estudiar la existencia de diferencias entre ellos respecto a esta variable.
- Variable “Cumplimentación del ingreso programado”: esta variable sólo se estudió en la UTP. Esta unidad tiene un tiempo programado de ingreso y decidimos estudiar la proporción de pacientes que lo cumplimentaban, a través de nuestra muestra. En este caso, las categorías de la variable fueron: sí cumplimenta el ingreso programado y no cumplimenta el ingreso programado.
- Variable “Uso de medidas de contención y tipo de las mismas”: el estudio de esta variable nos da información indirecta sobre la complejidad de manejo hospitalario de estos pacientes, puesto que nos habla de la existencia de situaciones de crisis y/o alteraciones

conductuales que requieren de medidas excepcionales para su estabilización. Las categorías definidas para esta variable son: no precisa contención; precisa contención psicológica; precisa contención farmacológica; precisa contención mecánica. Aclarar que se consideró “contención psicológica” cuando el paciente sólo había precisado contención de este tipo. Se consideró “contención farmacológica” cuando el paciente había precisado contención farmacológica asociada o no a la psicológica, pero no había precisado contención mecánica. Se consideró “contención mecánica” cuando el paciente había precisado contención mecánica asociada o no a contención farmacológica y/o psicológica.

- Variable “Pauta farmacológica al alta según grupo terapéutico”: de cara a valorar el tratamiento psicofarmacológico administrado a cada paciente, se optó por tomar como referencia la pauta final con la que el paciente era dado de alta. Para facilitar el procesamiento de los datos, se registraron los grupos terapéuticos utilizados en lugar de los fármacos concretos. Las categorías definidas para esta variable son: Antidepresivos, Neurolépticos Típicos, Neurolépticos Atípicos, Ansiolíticos o Hipnóticos (se incluyen tanto los benzodiazepínicos como los no benzodiazepínicos) recogiendo tanto los pautados de manera diaria como los pautados tan sólo en caso insomnio o ansiedad puntual, Eutimizantes. Por otro lado también se recogió el número de fármacos por paciente y día que fueron pautados.
- Variable “Gasto farmacológico asociado por paciente y día”: se ha analizado el gasto asociado al tratamiento pautado al alta, por paciente y día, en euros. Para ello, se utilizaron los datos aportados por el Servicio de Farmacia del Hospital General San Jorge de Huesca, para ambas unidades.

6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

6.1. Criterios diagnósticos según DSM-IV-TR:

Se recogen en el Anexo III para su consulta.¹⁰⁴

6.2. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE):^{103, 105}

El IPDE es una entrevista clínica semiestructurada desarrollada dentro del programa conjunto de la Organización Mundial de la Salud y los National Health Institutes de Estados Unidos, que está diseñada para evaluar los trastornos de la personalidad según los sistemas clasificatorios CIE-10 y DSM-IV. En un estudio realizado para valorar las características psicométricas del instrumento se encuentra que obtiene una concordancia entre evaluadores moderada-alta. En cuanto a la estabilidad temporal (a los seis meses), se obtienen una correlación media de 0,83 con un intervalo que se extiende entre el 0,74 y el 0,95, dependiendo de que tipo de trastorno de la personalidad se trate.

Los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a seis áreas de la vida del paciente: Trabajo, Yo, Relaciones interpersonales, Afectos, Prueba de realidad y Control de impulsos. La puntuación del IPDE se basa en el consenso de que un rasgo o conducta puede ser 0 (ausente o normalidad), 1 (exagerado o acentuado) y 2 (patológico o criterio positivo). Para puntuar un rasgo como patológico es necesario que las respuestas iniciales a las preguntas que lo evalúan sean complementadas por descripciones y ejemplos convincentes. Además el criterio debe de estar presente como mínimo durante 5 años, y debe ser evidente a los 25 años de edad.

Como ya he comentado antes, esta herramienta diagnóstica ha sido usada en los pacientes ingresados en UCE cuando existían dudas diagnósticas en alguno de los casos, si bien en la UTP se realiza de manera rutinaria a todos los pacientes que ingresan.

6.3. Ficha de recogida de datos:

Como ya se ha comentado con anterioridad fue diseñada para este estudio y se recoge en el Anexo I la correspondiente a UCE, y en el Anexo II la correspondiente a UTP.

7. METODOS:

7.1 Tipo de estudio:

Se ha realizado una exhaustiva recogida de datos tanto sociodemográficos como clínicos y también de consumo de recursos, incluido el gasto farmacológico respecto a los 126 pacientes que finalmente pasaron a integrar el estudio. De estos 126 pacientes, 44 pertenecían a la UTP y 82 pertenecían a la UCE. Dicha recogida de datos en el caso de la muestra proveniente de UCE fue realizada tras ser dados los pacientes de alta de la unidad, mediante la revisión de historias clínicas así como entrevista con el psiquiatra responsable del caso. Habiéndose recogido previamente en las historias clínicas la información necesaria para el mismo por parte de los psiquiatras a cargo de la UCE. Por lo tanto, es un estudio descriptivo transversal, puesto que se estudia un momento puntual dentro de la evolución clínica de cada paciente, y es observacional puesto que no se realiza ninguna intervención durante el ingreso. En el caso de la muestra proveniente de UTP se llevó a cabo una vez dados de alta los pacientes ingresados, mientras estaban realizando el seguimiento ambulatorio que dicha unidad realiza tras cumplir los dos meses de internamiento, e igualmente mediante la revisión de historias clínicas en la que los psiquiatras responsables de la unidad habían hecho constar la información necesaria y con quienes también existieron entrevistas. Por lo tanto es también un estudio descriptivo transversal y observacional.

7.2 Metodología:

El proceso seguido con cada paciente estudiado ha sido el siguiente: (ver diagramas de flujo de pacientes de UCE y de UTP en figura 6 y figura 7 respectivamente)

- En UCE del Hospital San Jorge:

Cuando el paciente llega al servicio de urgencias del Hospital San Jorge, bien derivado desde atención especializada, atención primaria, motu proprio o bien traído por las fuerzas de orden público o ambulancia del 061, es atendido y valorado por el psiquiatra de guardia quien en caso de considerar que existe motivo de ingreso, solicita el traslado del paciente a la Unidad de Agudos de Psiquiatría. Una vez en la unidad, el equipo de enfermería realiza una valoración funcional y socio-demográfica del paciente, según su propio protocolo. Esta valoración inicial resulta de gran utilidad a la hora de recoger información sociodemográfica.

Tras el ingreso y valoración inicial por parte de enfermería, comienza la mayor parte del trabajo de relación con el paciente:

1. Mediante varias entrevistas realizadas a lo largo del ingreso se procederá al diagnóstico del paciente tanto en el eje I como en el eje II. Y como ya se ha comentado con anterioridad, en caso de duda diagnóstica se administró al paciente el test de personalidad IPDE.
2. Ayudados por la historia realizada por el equipo de enfermería y por la entrevista directa con el paciente, y sus acompañantes, se recogieron los datos sociodemográficos y de consumo de recursos y complejidad hospitalaria, quedando estos reflejados en la historia clínica del paciente. Donde al alta del paciente también quedaba reflejados otros datos como: Duración del ingreso y pauta de tratamiento al alta.
3. Tras el alta hospitalaria se procedía a la revisión de la historia clínica y recopilación de la información necesaria para el estudio, utilizando para ello la hoja de recogida de datos mostrada en el Anexo I.
4. Se realizaron reuniones con los psiquiatras a cargo de la UCE para unificar criterios y determinar qué datos eran relevantes.

- En la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia:

El paciente es derivado a dicha unidad desde el Centro de Salud Mental para realizar un ingreso programado. A dicho Centro de Salud Mental el paciente habrá sido derivado principalmente desde Atención Primaria pero también desde Unidades de Corta Estancia Hospitalaria y otros recursos de atención a la Salud Mental y otros organismos como Servicios Sociales, Penitenciarios... Tras valoración por parte del equipo, se le admite al programa de internamiento. Previamente se habrá firmado el contrato terapéutico y el consentimiento informado.

Una vez el paciente se encuentra ingresado, pasará dos meses mínimo en la unidad donde se llevará a cabo primero un estudio de evaluación y diagnóstico multidisciplinar y multiaxial, y posteriormente diferentes técnicas terapéuticas individuales, grupales y familiares. Tras esta fase el paciente será dado de alta hospitalaria y pasará a la fase de seguimiento ambulatorio intensivo, la cual durará dos años.

Durante el trascurso de dicho seguimiento ambulatorio es cuando nosotros realizamos nuestra labor de recogida de datos sociodemográficos, de diagnóstico clínico y datos de consumo de recursos y complejidad hospitalaria, que previamente habrán sido recogidos en la historia clínica por el equipo de la UTP. Para ello nos valdremos de:

- Historia recogida por el equipo de enfermería de la unidad
- Información recogida en entrevista directa con el paciente, ésta es realizada por los facultativos de la unidad.
- Entrevista mantenida con los responsables de la unidad.

Los datos serán recogidos en el cuestionario diseñado para dicha función (anexo II).

- Variable “Gasto Farmacológico”:

Una vez recogidas las pautas de tratamiento al alta, en cada una de las dos unidades se procedió a calcular el gasto en términos monetarios por día. Esto

se realizó basándonos en los precios por comprimido que se nos proporcionaron desde el Servicio de Farmacia del Hospital San Jorge de Huesca (pueden verse en el Anexo IV), y en base a la pauta diaria al alta, de cada uno de los fármacos se calculó el gasto por día para cada uno de los pacientes del estudio. Puesto que las pautas farmacológicas variaban dentro de un mismo paciente y un mismo ingreso, se tomó como referencia el tratamiento final que el paciente recibía al alta de cada una de las unidades. Así el gasto farmacológico en términos monetarios lo calculamos por día y al alta del ingreso.

7.3. Procesado y análisis de los datos:

Desde el punto de vista del análisis estadístico, se aplicaron los siguientes métodos:

1. Almacenamiento de los datos recogidos según se ha comentado antes, en una base de datos Access y procesamiento de los mismos a través de una hoja de cálculo en formato Excel del programa para PC-Windows Office 2010 Professional, y usando el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 11.5 para PC-Windows.¹⁰⁶
2. Realización de análisis descriptivo de los datos de cada una de las dos poblaciones, del porcentaje de frecuencias en cada una de las variables incluidas en el estudio.
3. Para las variables “gasto farmacológico” y “tiempo de ingreso”: al tratarse de variables continuas se no se realiza el mismo análisis descriptivo que para el resto de las variables. Si no que se limita al estudio de la media poblacional y del rango.
4. Por otro lado se ha discretizado la variable “edad”, así como la variable “tiempo de ingreso” agrupándola en tramos de 5 años en 5 años.
5. Realización de análisis de frecuencias de las variables a estudio comparadas en cada una de las dos poblaciones.
6. Realización de gráficos que reflejan visualmente el estudio anteriormente descrito.

De acuerdo con la naturaleza de las variables y el propósito de la investigación, posteriormente se efectuaron los contrastes de hipótesis empleando fundamentalmente los siguientes análisis estadísticos:

A/ T-Student (T-Test):

Esta prueba se utiliza para comparar dos grupos en una variable cuantitativa o continua. A la variable categórica (nominal u ordinal) que define los grupos que se desea comparar se le llama variable independiente o factor y a la variable cuantitativa en la que se desea comparar los grupos se le llama dependiente. El T-Test consiste en contrastar la hipótesis nula “todas las medias poblacionales de las que provienen las muestras son iguales”, contra la hipótesis alternativa “no todas las medias son iguales” con un nivel de significación α prefijado. En este estudio se ha considerado $\alpha = 0,05$. Para poder llevar a cabo un análisis de este tipo, se deben verificar las hipótesis siguientes:

Las muestras deben ser aleatorias e independientes entre sí.

Las poblaciones deben seguir una distribución normal.

Homocedasticidad, es decir, las varianzas de las poblaciones deben ser idénticas.

Nuestras muestras son aleatorias puesto que han sido seleccionadas al azar, sin aplicar ningún criterio apriorístico de selección. Son independientes entre sí ya que no existen relaciones directas entre ambas.

Por el tamaño de nuestras muestras podemos afirmar que por el Teorema Central del Límite, tienen una distribución normal, puesto que la suma de un gran número de variables aleatorias se distribuye aproximadamente como una normal. Además comprobamos que su distribución era normal con el Test de Kolmogorov – Smirnof, realizado con el SPSS.

El test de Levene (1960) se usa para contrastar si las 2 muestras tienen la misma varianza, es decir, la homogeneidad de varianzas ó homocedasticidad. De ahí la importancia de verificar con el test de Levene esta hipótesis.

En primer lugar se muestra el resultado para la prueba de Levene de igualdad de varianzas. Si éste es estadísticamente significativo, asumiremos que las varianzas no son iguales y entonces tomaremos los datos de la comparación de medias de la fila inferior (No se han asumido varianzas iguales). Si el test de Levene no es significativo, asumiremos igualdad de varianzas y nos quedaremos con los datos de la fila superior.

Si el nivel de significación del T-Test, es decir la probabilidad de que la F de Snedecor con $k-1$ y $n-k$ grados de libertad (donde $k=2$ es el número de muestras que deseamos comparar y n el número de individuos de todas las muestras) sea mayor o igual que el estadístico de contraste F, es menor o igual que 0,05 rechazamos la hipótesis nula, es decir, concluiremos que los diferentes niveles del factor si influyen sobre los valores de la variable cuantitativa. En caso contrario, aceptaremos la hipótesis nula.

En caso de rechazar la hipótesis nula, podemos observar en el análisis descriptivo de las muestras las medias de las mismas y, por tanto, el sentido de la diferencia entre ambas.

B/ Chi-Cuadrado:

Prueba de Chi-cuadrado o χ^2 , para el análisis de variables categóricas o discretas, permite contrastar la hipótesis de que los dos criterios de clasificación utilizados son independientes. Se estudian los residuos tipificados corregidos, que constituyen la mejor herramienta disponible para poder interpretar con precisión el significado de la asociación detectada. Con un nivel de confianza del 95%, los valores de dichos residuos que se consideran como referencia son +1,96 y - 1,96. Se asume que, si existen frecuencias esperadas menores que cinco, estas no deben superar el 20% del total de las frecuencias esperadas.

En caso contrario, es decir cuando los valores esperados de al menos el 80% de las celdas en una tabla de contingencia sean mayores de 5 se utiliza el test exacto de Fisher. Este test permite analizar si dos variables dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es demasiado pequeña.

El test exacto de Fisher se basa en evaluar la probabilidad asociada a cada una de las tablas que se pueden formar manteniendo los mismos totales de filas y columnas que los de la tabla observada. Cada una de estas probabilidades se obtiene bajo la hipótesis nula de independencia de las dos variables que se están considerando. Este valor de p indicará la probabilidad de obtener una diferencia entre los grupos mayor o igual a la observada, bajo la hipótesis nula de independencia. Si esta probabilidad es pequeña ($p < 0.05$) se deberá rechazar la hipótesis de partida y deberemos asumir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas. En caso contrario, se dirá que no existe evidencia estadística de asociación entre ambas variables.

Figura 6: diagrama de flujo de los pacientes de UCE

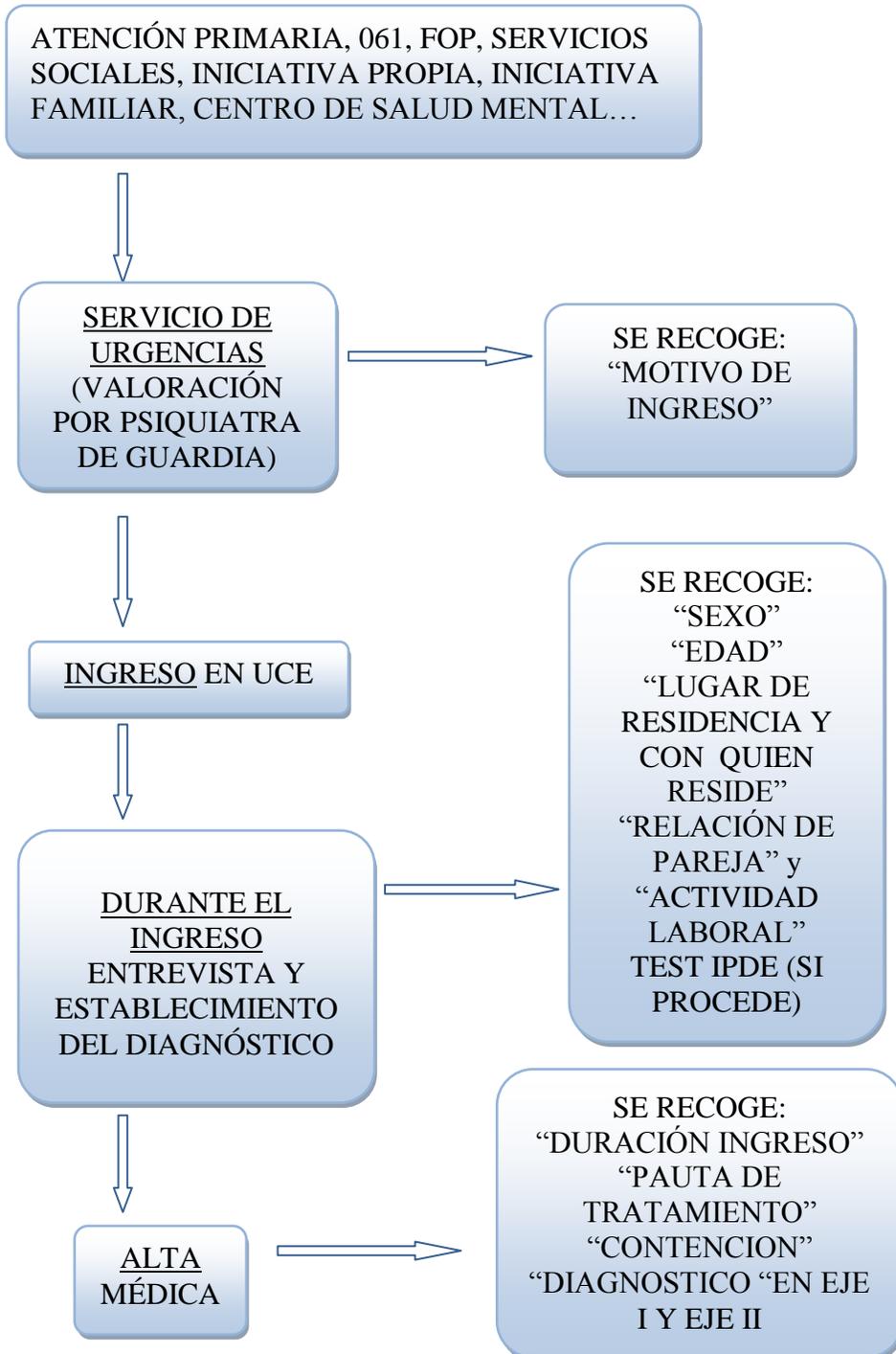


Figura 7: diagrama de flujo de los pacientes de UTP





IV.- RESULTADOS

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS DATOS:

El número total de pacientes participantes en el estudio, el tamaño de la muestra, es de 126 personas, todos ellos son pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad que han estado ingresados en una de las dos unidades sobre las que se ha realizado el estudio. La distribución de los pacientes por unidades es la siguiente: 44 de ellos pertenecen a la Unidad de Trastorno de la Personalidad del Hospital Provincial N^a Señora de Gracia de Zaragoza (UTP) y 82 de ellos pertenecen a la Unidad de Corta Estancia del Hospital San Jorge de Huesca (UCE).

2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD INGRESADOS EN UCE:

2.1. Sexo:

Tal y como se ve en la gráfica 3 y la tabla 14, el 55% de los pacientes que ingresaron en UCE y que fueron diagnosticados de Trastorno de la Personalidad eran varones y el 45% restante fueron mujeres.

Gráfica 3: distribución según el sexo – UCE

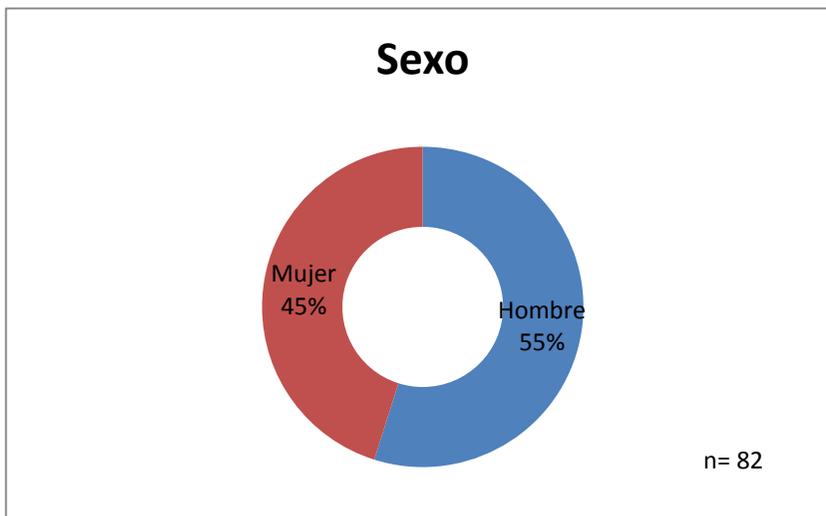


Tabla 14: distribución según el sexo - UCE

Sexo	
Hombre	54,88%
Mujer	45,12%

2.2. Edad:

Respecto a la edad obtenemos una media muestral de 35 años. Sin embargo resulta de mayor interés observar la distribución de la muestra al agrupar la edad (grupos de cinco en cinco años), y comprobar que el grueso de los pacientes (29,27%) tiene una edad comprendida entre los 38 y los 42 años (gráfica 4 y tabla 15).

Gráfica 4: distribución por grupos de edad – UCE



2.3. Lugar de residencia:

Al hablar de “lugar de residencia” queremos hacer hincapié en el tipo de domicilio en el que viven habitualmente los pacientes y con quienes lo comparten, lo cual nos aporta información de las relaciones familiares, y sociales en general, que son capaces de mantener. Tal y como se puede

observar en la gráfica 5 y la tabla 16, un 41,46% de los pacientes convive con sus padres y/o hermanos, es decir con sus familias de origen. Dentro de los que no lo hacen, suponen un mayor tanto por ciento los que conviven solos en su propio domicilio (26,83%).

Tabla 15: distribución por grupos de edad - UCE

Grupos de Edad	
18-22	13,41%
23-27	15,85%
28-32	13,41%
33-37	17,07%
38-42	29,27%
43-47	10,98%
48-52	0,00%

Gráfica 5: distribución según lugar de residencia - UCE

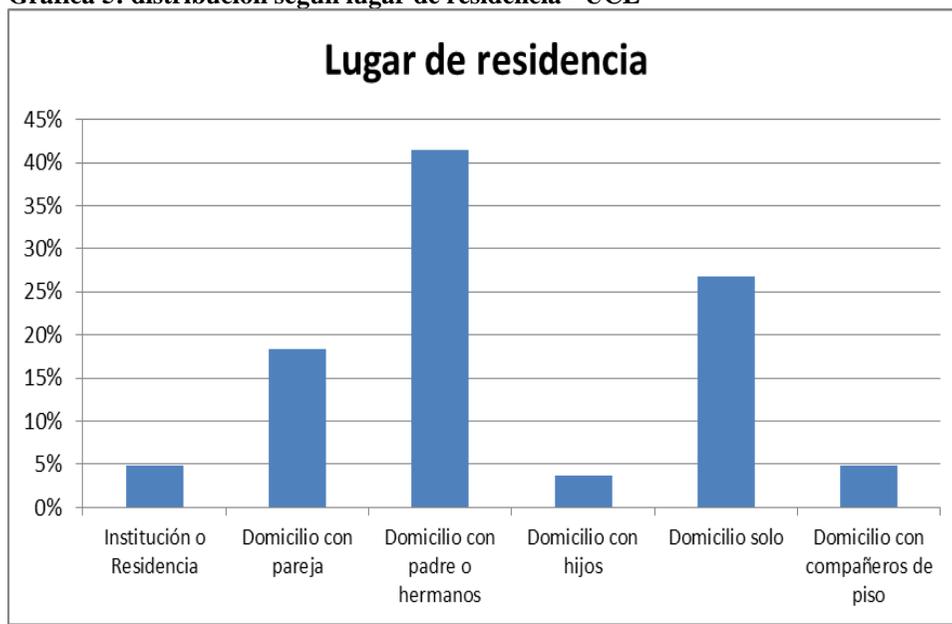


Tabla 16: distribución según lugar de residencia - UCE

Lugar de residencia	
Institución o Residencia	4,88%
Domicilio con pareja	18,29%
Domicilio con padres o hermanos	41,46%
Domicilio con hijos	3,66%
Domicilio solo	26,83%
Domicilio con compañeros de piso	4,88%

2.4. Estado civil:

Como se puede observar en la grafica 6 y en la tabla 17, la mayoría de los pacientes con Trastorno de la Personalidad (56,10%) están solteros. De los restantes sólo un 20,73% o bien están casados o mantienen una relación estable, lo cual teniendo en cuenta la edad media de la muestra de la UCE, 35 años, supone una baja proporción. También resulta baja si la comparamos con el 21,95% de sujetos que o están separados o divorciados.

Gráfica 6: distribución según el estado civil - UCE

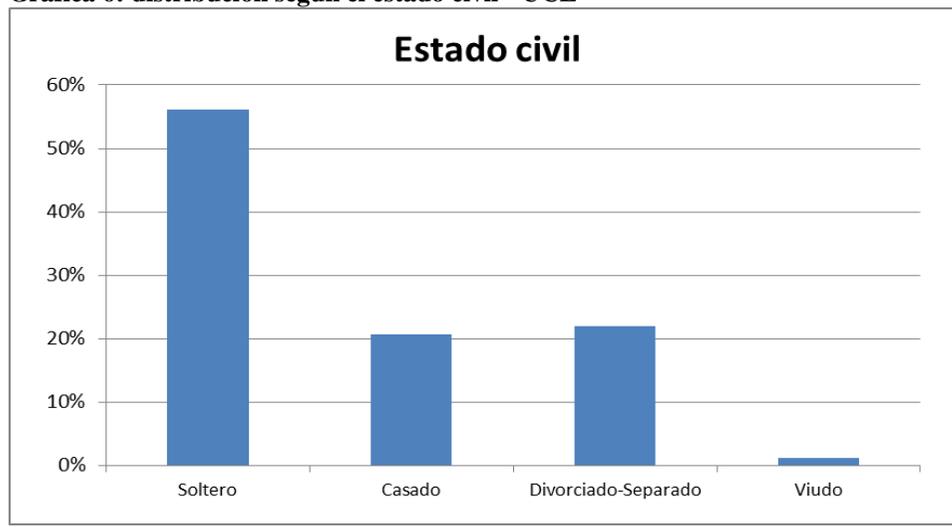


Tabla 17: distribución según el estado civil - UCE

Estado Civil	
Soltero	56,10%
Casado - Pareja estable	20,73%
Divorciado-Separado	21,95%
Viudo	1,22%

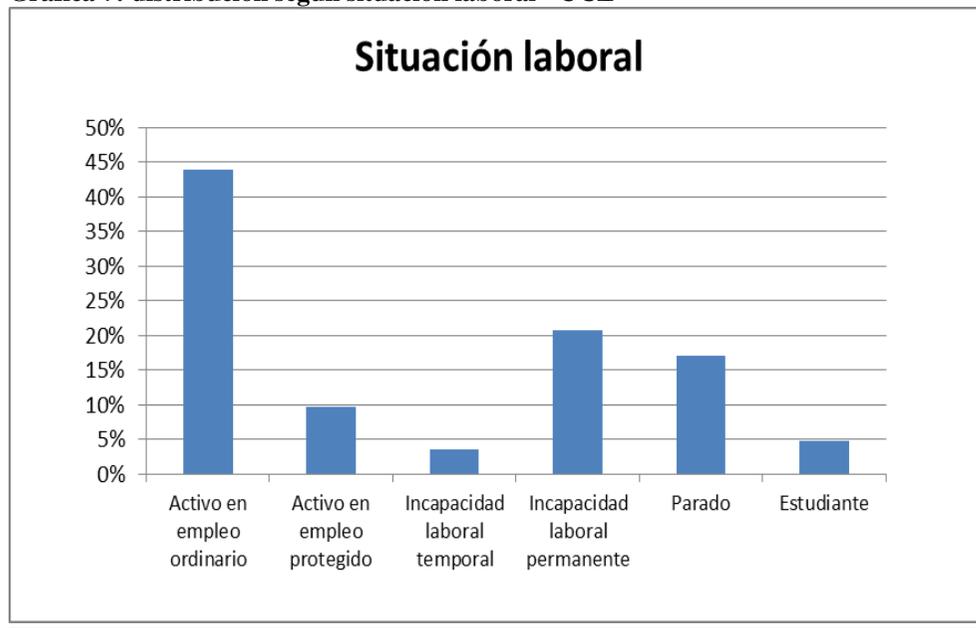
2.5. Situación laboral:

Los datos de esta variable (ver gráfica 7 y tabla 18) se han recabado teniendo en cuenta la situación laboral de los pacientes justo en el momento previo al ingreso en UCE. Existe una elevada proporción de pacientes que en el momento del estudio, y a pesar de su patología, mantenían una actividad laboral normalizada (43,90%). El siguiente grupo más numeroso, es el formado por aquellos sujetos que debido a su patología se encontraban en situación de Incapacidad Laboral Permanente (20,73%). Resulta sorprendentemente bajo la proporción de pacientes que en el momento previo al ingreso, se encontraban ya en situación de Incapacidad Laboral Temporal (3,66%), a pesar del malestar psicológico que ya estaría presente en ese momento y que terminó motivando su ingreso en UCE. Encontrar sólo un 4,88% de pacientes que se encontraban estudiando en aquel momento no debe extrañar si tenemos en cuenta la edad media de la muestra (35 años).

Tabla 18: distribución según situación laboral - UCE

Situación laboral	
Activo en empleo ordinario	43,90%
Activo en empleo protegido	9,76%
Incapacidad laboral temporal	3,66%
Incapacidad laboral permanente	20,73%
Desempleado	17,07%
Estudiante	4,88%

Gráfica 7: distribución según situación laboral - UCE



3. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD INGRESADOS EN UCE:

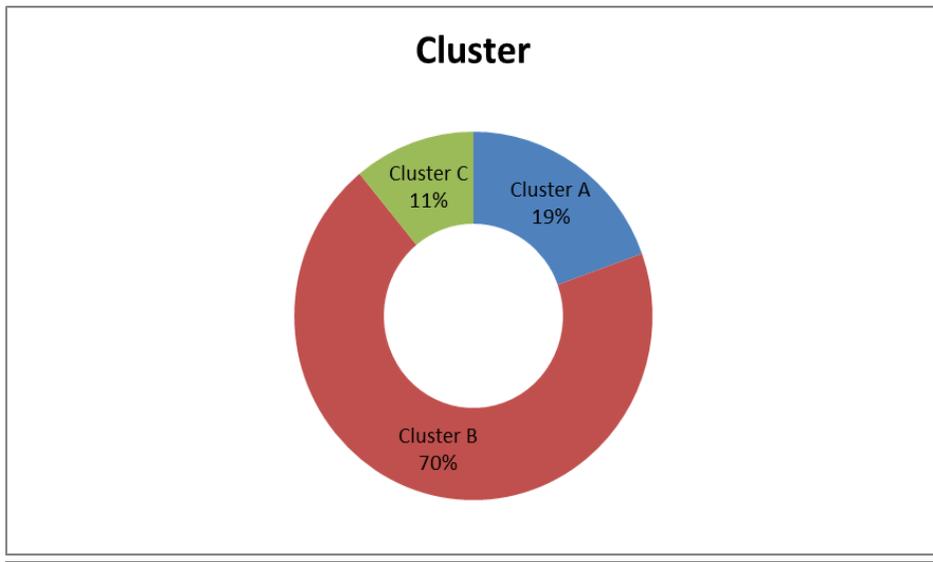
3.1. Cluster:

Como se observa en la gráfica 8 y en la tabla 19, más de la mitad (69,51%) de los pacientes que presentaban un trastorno de la personalidad en la UCE, tenían un Trastorno de la Personalidad perteneciente al cluster o tipo B (sujetos inmaduros). El resto de los aquejados por dicho trastorno se distribuyeron: Un 19,51% pertenecientes al cluster o tipo A (sujetos extraños) y un 10,98% pertenecientes al cluster o tipo C (sujetos temerosos).

Tabla 19: distribución según cluster diagnóstico - UCE

Cluster	Porcentaje
Cluster A	19,51%
Cluster B	69,51%
Cluster C	10,98%

Gráfica 8: distribución según cluster diagnóstico - UCE



3.2. Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad:

Hablando ya, del tipo concreto de trastorno de la personalidad diagnosticado en cada uno de los casos, se observó que existía una inmensa mayoría de sujetos con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad (56,10%), hecho comprensible puesto que estos sujetos tienden a la extroversión por lo que sus manifestaciones clínicas suelen crear gran malestar no sólo intrapsíquico, sino también en el medio social y familiar que los rodea. Además pueden sufrir episodios psicóticos puntuales que requieran de ingresos breves para estabilización y contención. Que la mitad de los sujetos tengan este diagnóstico encaja con el resultado anterior, en el que veíamos como el Tipo B era el más frecuente en los pacientes ingresados en UCE. El segundo diagnóstico más frecuente, aunque con marcada diferencia, es el Trastorno Paranoide de la Personalidad (13,41%), dato que también es esperable dado el perfil clínico de estos pacientes, quienes pueden sufrir descompensaciones psicóticas que al igual que en los pacientes con Trastorno Límite, pueden requerir ingreso en UCE para estabilización clínica. Tan sólo un 4,88% de los pacientes tenían un diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad, a pesar de que suelen ser pacientes conflictivos a nivel social,

con tendencia a las alteraciones conductuales y a la heteroagresividad. (Ver gráfica 9 y tabla 20)

3.3. Segundo diagnóstico en el Eje II:

Al estudiar esta variable se observa que más de la mitad (67,07%) de los pacientes que ya poseen un diagnóstico en el Eje II, no tienen un segundo diagnóstico en dicho Eje II. Como se puede ver en la gráfica 10 y en la tabla 21, cuando sí que existe un segundo diagnóstico, lo más frecuente es que este sea el de Trastorno Antisocial de la Personalidad (8,54%) o Trastorno Dependiente de la Personalidad (8,54%), seguidos de Trastorno Histriónico de la personalidad (6,10%).

Gráfica 9: distribución según diagnóstico específico de Trastorno de Personalidad – UCE

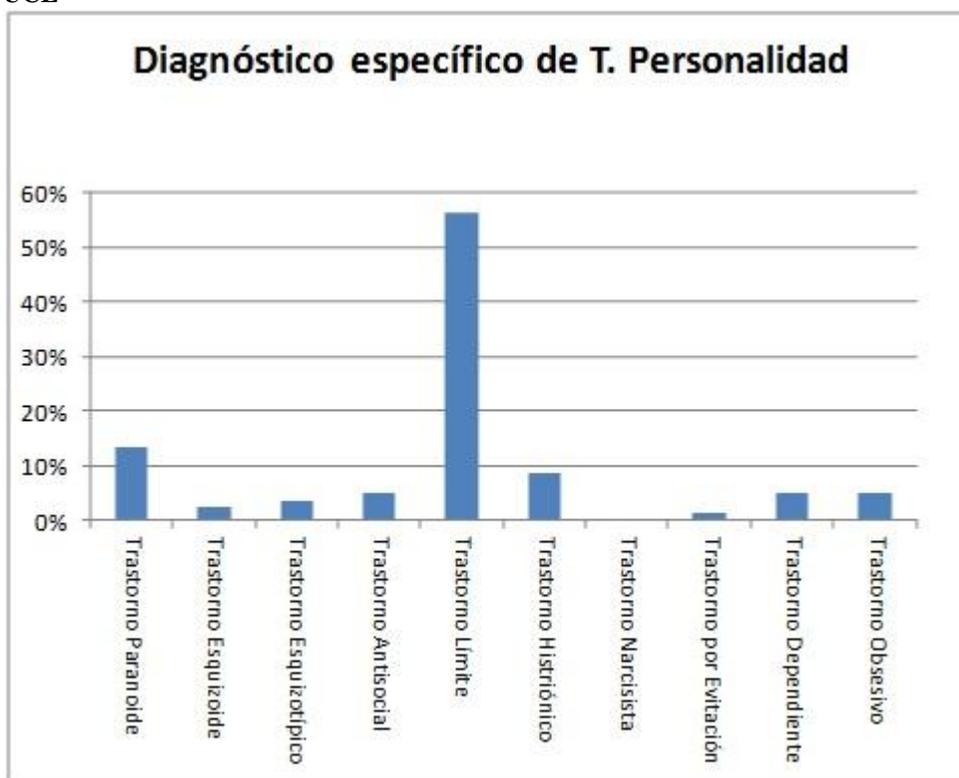


Tabla 20: distribución según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad - UCE

Diagnóstico específico de Trastorno de la personalidad	
Trastorno Paranoide	13,41%
Trastorno Esquizoide	2,44%
Trastorno Esquizotípico	3,66%
Trastorno Antisocial	4,88%
Trastorno Límite	56,10%
Trastorno Histriónico	8,54%
Trastorno Narcisista	0,00%
Trastorno por Evitación	1,22%
Trastorno Dependiente	4,88%
Trastorno Obsesivo	4,88%

Gráfica 10: distribución según segundo diagnóstico en Eje II - UCE



Tabla 21: distribución según segundo diagnóstico en Eje II - UCE

Segundo diagnóstico en Eje II	
Ningún diagnóstico	67,07%
Trastorno Paranoide	4,88%
Trastorno Esquizoide	0,00%
Trastorno Esquizotípico	0,00%
Trastorno Antisocial	8,54%
Trastorno Límite	2,44%
Trastorno Histriónico	6,10%
Trastorno Narcisista	0,00%
Trastorno por Evitación	1,22%
Trastorno Dependiente	8,54%
Trastorno Obsesivo	1,22%

3.4. Comorbilidad psiquiátrica:

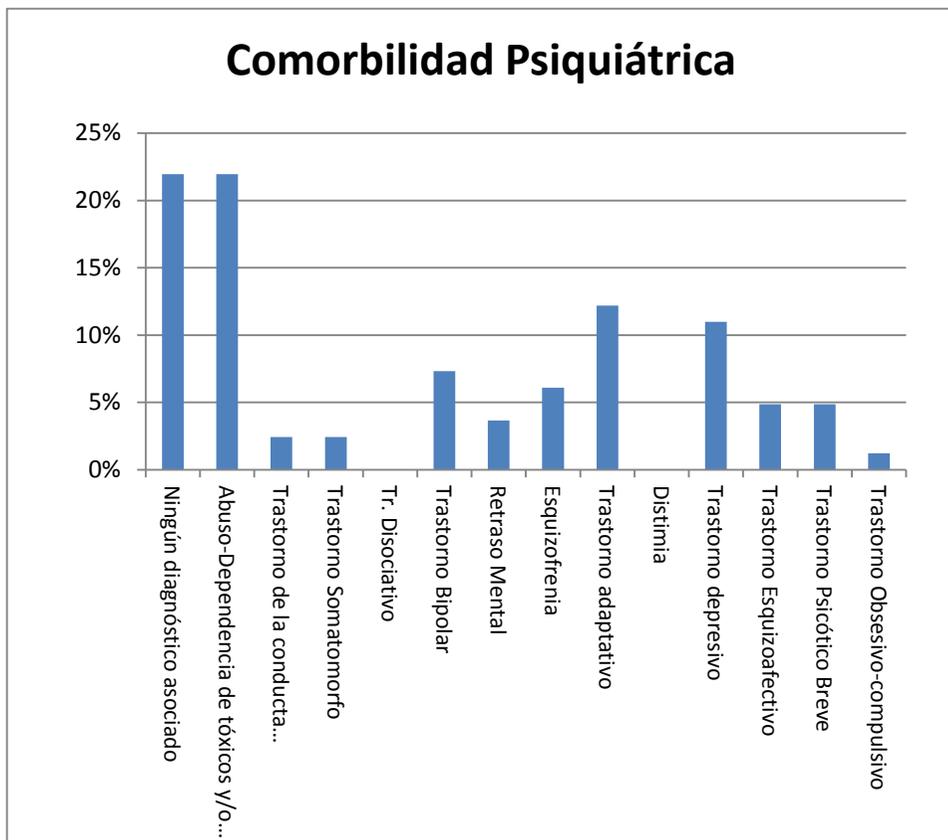
Como se puede observar en la tabla 22 y en la grafica 11, los pacientes con trastorno de la personalidad, ingresados en UCE tan sólo no presentaban comorbilidad psiquiátrica en un 21,95%, existiendo una alta frecuencia de patología comórbida al trastorno de la personalidad. Dentro de las patologías que aparecían comórbidamente con más frecuencia hay que destacar: el Trastorno por Abuso-Dependencia a Tóxicos y/o Alcohol que se observó en un 21,95% de los casos; el Trastorno Adaptativo que coexistía con el Trastorno de la Personalidad en un 12,20% de los casos y el Trastorno Depresivo que lo hacía en un 10,98% de ellos.

Tabla 22: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UCE

Comorbilidad Psiquiátrica	
Ningún diagnóstico asociado	21,95%
Abuso-Dependencia de tóxicos y/o alcohol	21,95%
Trastorno de la conducta alimentaria	2,44%
Trastorno Somatomorfo	2,44%

Continuación tabla 22: Comorbilidad psiquiátrica - UCE	
Trastorno Disociativo	0,00%
Trastorno Bipolar	7,32%
Retraso Mental	3,66%
Esquizofrenia	6,10%
Trastorno adaptativo	12,20%
Distimia	0,00%
Trastorno Depresivo	10,98%
Trastorno Esquizoafectivo	4,88%
Trastorno Psicótico Breve	4,88%
Trastorno Obsesivo-compulsivo	1,22%

Gráfica 11: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UCE



4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD INGRESADOS EN UTP:

4.1. Sexo:

Tal y como se ve en la gráfica 12 y en la tabla 23, el 64% de los pacientes que ingresaron en UTP diagnosticados de Trastorno de la Personalidad, eran mujeres y el 36% restante fueron varones.

Gráfica 12: distribución según género - UTP

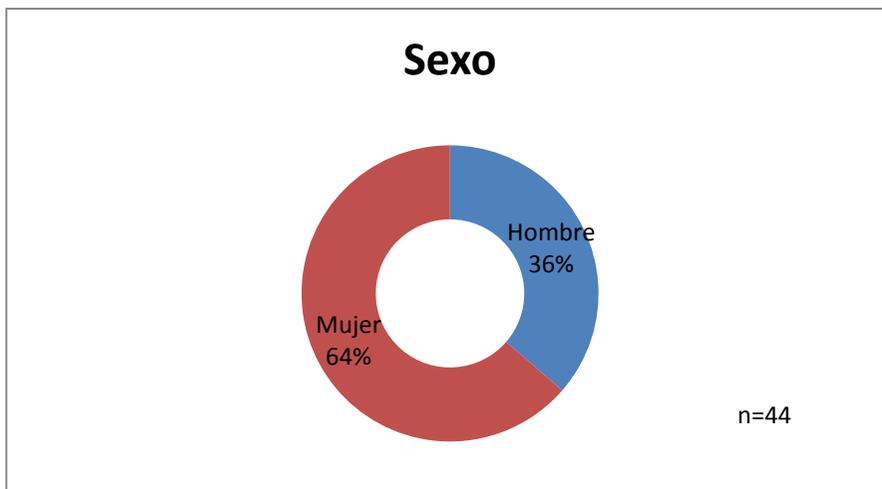


Tabla 23: distribución según el género - UTP

Sexo	Porcentaje
Hombre	36,36%
Mujer	63,64%

4.2. Edad:

Se obtiene una edad media muestral de 27 años y medio. En la distribución de la muestra al agrupar la edad (grupos de cinco en cinco años) encontramos que el 50% de la misma tiene una edad inferior a 27 años (27,27% entre 18 y

22 años y 22,73% entre 23 y 27 años), edades que corresponderían a patología de la personalidad más rica en clínica sobre todo de tipo expresivo. (Ver gráfica 13 y tabla 24)

Tabla 24: distribución según grupos de edad - UTP

Grupos de Edad	
18-22	27,27%
23-27	22,73%
28-32	15,91%
33-37	11,36%
38-42	18,18%
43-47	2,27%
48-52	2,27%

Gráfica 13: distribución por grupos de edad - UTP



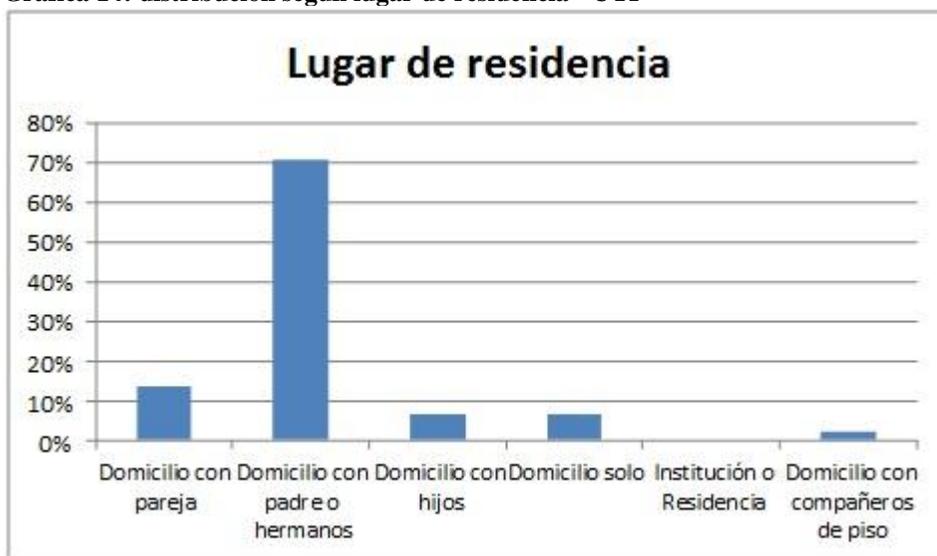
4.3. Lugar de residencia:

Tal y como se puede observar en la gráfica 14 y en la tabla 25, un 70,45% de los pacientes convive con sus padres y/o hermanos, es decir con sus familias de origen. Dato que gana sentido al tener en cuenta que el 50% de ellos son menores de 27 años. Dentro de los que no lo hacen, suponen un mayor tanto por ciento los que conviven con su pareja (13,64%).

Tabla 25: distribución según lugar de residencia - UTP

Lugar de residencia	
Domicilio con pareja	13,64%
Domicilio con padres o hermanos	70,45%
Domicilio con hijos	6,82%
Domicilio solo	6,82%
Institución o Residencia	0,00%
Domicilio con compañeros de piso	2,27%

Gráfica 14: distribución según lugar de residencia - UTP



4.4. Estado civil:

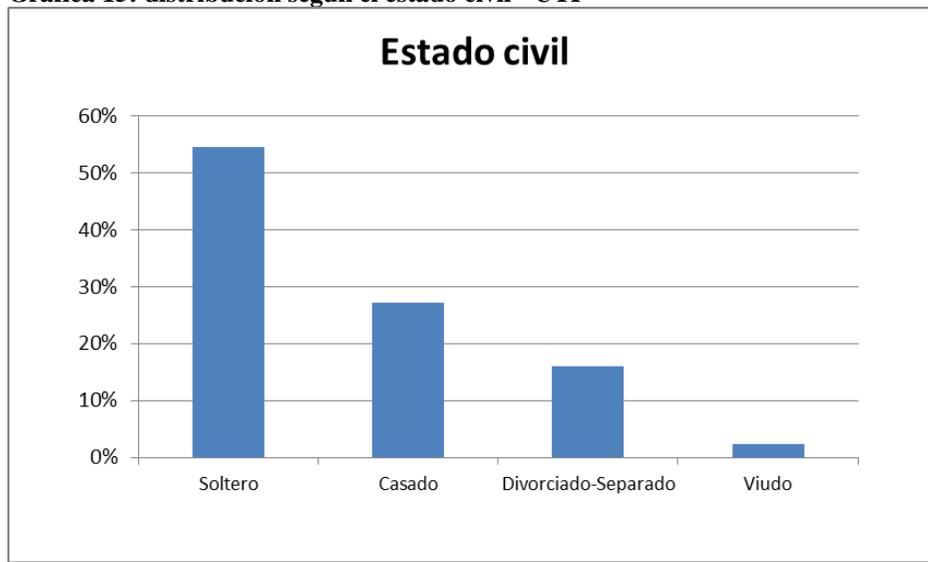
Como se puede observar en la gráfica 15 y en la tabla 26, la mayoría de los pacientes con Trastorno de la Personalidad (54,55%) están solteros. De los restantes, están casados o mantienen una relación estable el 27,27%. Proporción que resulta baja si la comparamos con el 15,91% de sujetos que están separados o divorciados. Estas bajas cifras de parejas estables y la cantidad de rupturas existentes, nos habla de la inestabilidad en todos los aspectos de la vida que presentan estos pacientes (como ya veremos más

adelante la gran mayoría de los pacientes ingresados en UTP forman parte del Cluster B).

Tabla 26: distribución según estado civil - UTP

Estado Civil	
Soltero	54,55%
Casado- pareja estable	27,27%
Divorciado-Separado	15,91%
Viudo	2,27%

Gráfica 15: distribución según el estado civil - UTP



4.5. Situación laboral:

Al igual que en la UCE, los datos de esta variable se han recabado teniendo en cuenta la situación laboral de los pacientes justo en el momento previo al ingreso. El 40,91% se encontraban en activo laboralmente pero no contaban con un empleo estable en el momento previo al ingreso (estaban en situación de desempleo), constituyendo estos la mayoría de los ingresados. El siguiente

grupo más numeroso corresponde con los que sí que se encontraban en activo en un empleo ordinario (31,82%). Estos dos grupos, que suman casi dos tercios del total de la muestra, reúnen a todos los pacientes que a pesar de su patología, formaban parte del mercado laboral normalizado. El alto porcentaje de sujetos en paro laboral, nos habla de las dificultades que presentan, por sus características de personalidad, para mantener empleos de manera estable y continuada en el tiempo. Un porcentaje de 4,88% pacientes que se encontraban estudiando en aquel momento, resulta bajo puesto que, como ya hemos dicho, se trata de una población joven. (Ver gráfica 16 y tabla 27)

Gráfica 16: distribución según situación laboral - UTP

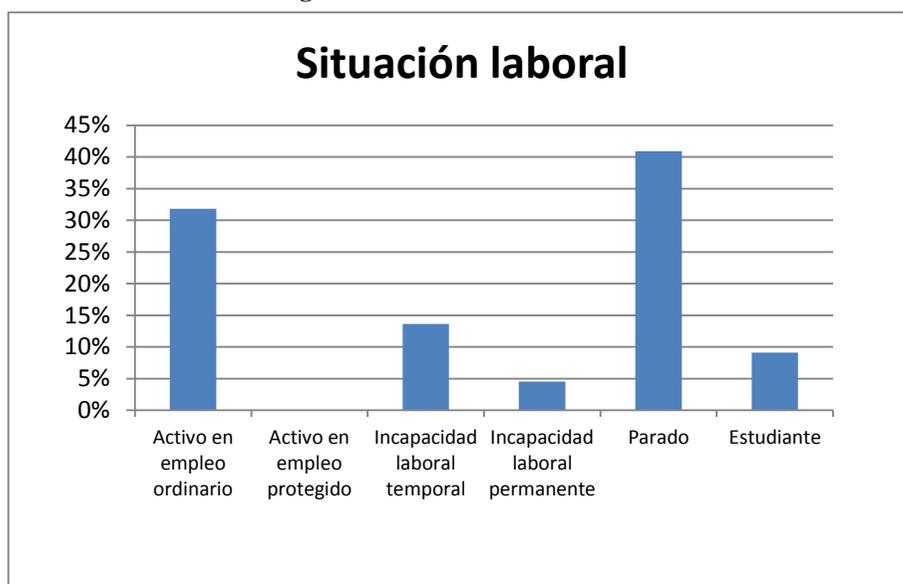


Tabla 27: distribución según situación laboral - UTP

Situación Laboral	Porcentaje
Activo en empleo ordinario	31,82%
Activo en empleo protegido	0,00%
Incapacidad laboral temporal	13,64%
Incapacidad laboral permanente	4,55%
Desempleado	40,91%
Estudiante	9,09%

5. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD INGRESADOS EN UTP:

5.1. Cluster:

Como se observa en la gráfica 17 y en la tabla 28, casi la totalidad (90,91%) de los pacientes que presentaban un Trastorno de la Personalidad en la UTP, tenían un Trastorno de la Personalidad perteneciente al cluster o tipo B (sujetos inmaduros). El resto de los pacientes forman parte del cluster o tipo C (sujetos temerosos) (9,09%), puesto que ninguno de los pacientes ingresados formaba parte del cluster A (sujetos extraños).

Gráfica 17: distribución según el cluster diagnóstico - UTP

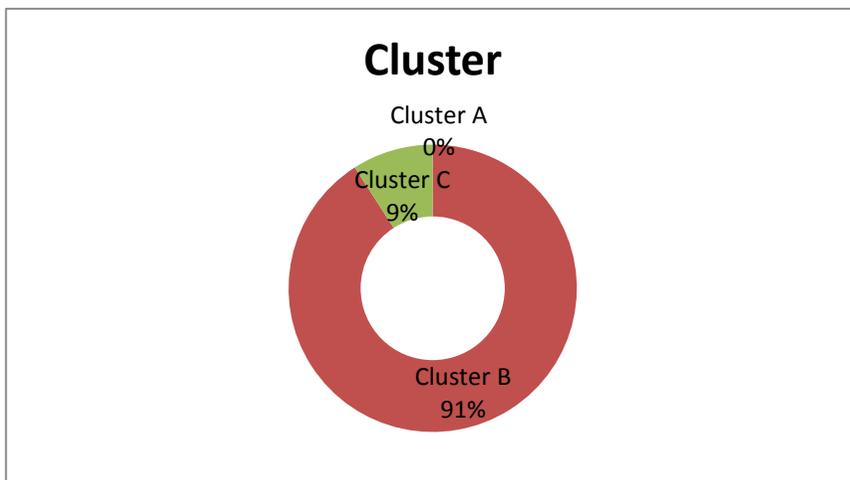


Tabla 28: distribución según el cluster diagnóstico - UTP

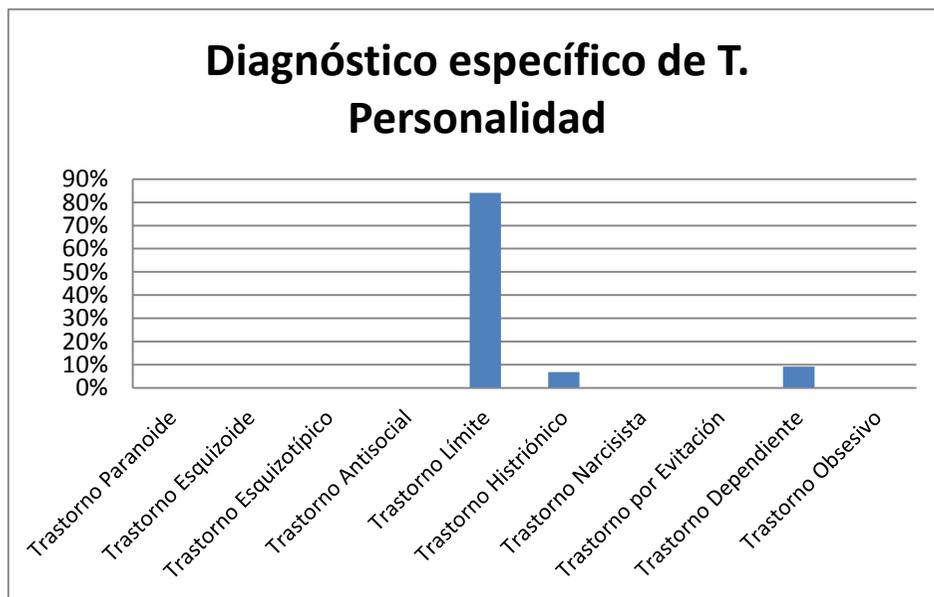
Cluster	
Cluster A	0,00%
Cluster B	90,91%
Cluster C	9,09%

5.2. Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad:

Centrándonos en el tipo concreto de trastorno de la personalidad diagnosticado en cada uno de los casos, se observó que existía una inmensa

mayoría de sujetos con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad (84,09%), esto es comprensible puesto que estos sujetos tienden a la extroversión y tienden a crear gran malestar tanto intrapsíquico como en su medio social y familiar. La alta cifra hallada de este diagnóstico encaja con el resultado anterior, en el que veíamos como el Tipo B era el más frecuente en los pacientes ingresados en UTP. El segundo diagnóstico más frecuente, aunque con marcada diferencia, es el Trastorno Dependiente de la Personalidad (9,09%), y que suponen la totalidad de los pacientes del Tipo C ingresados en UTP. El resto de los pacientes ingresados tenían el diagnóstico de Trastorno Histriónico de la personalidad (6,82%). El resto de los diagnósticos específicos de Trastorno de la Personalidad estaban ausentes en esta unidad. (Ver gráfica 18 y tabla 29)

Gráfica 18: distribución según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad - UTP



5.3. Segundo diagnóstico en el Eje II:

Al estudiar la existencia de segundos diagnósticos de trastorno de la personalidad, se observa que 36,36% de los pacientes que ya poseen un diagnóstico en el Eje II, no tienen un segundo diagnóstico en dicho Eje II. Cuando sí que existe un segundo diagnóstico, lo más frecuente es que este sea el de Trastorno Histriónico de la Personalidad (13,64%), seguido del Trastorno Evitativo de la Personalidad (11,36%) y del Trastorno Dependiente

de la Personalidad (11,36%), y en un tercer lugar por el Trastorno Narcisista de la Personalidad (9,09%). (Ver gráfica 19 y tabla 30)

Tabla 29: Distribución según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad - UTP

Diagnóstico específico de Trastorno de Personalidad	
Trastorno Paranoide	0,00%
Trastorno Esquizoide	0,00%
Trastorno Esquizotípico	0,00%
Trastorno Antisocial	0,00%
Trastorno Límite	84,09%
Trastorno Histriónico	6,82%
Trastorno Narcisista	0,00%
Trastorno por Evitación	0,00%
Trastorno Dependiente	9,09%
Trastorno Obsesivo - Compulsivo	0,00%

Gráfica 19: distribución según el segundo diagnóstico en Eje II - UTP

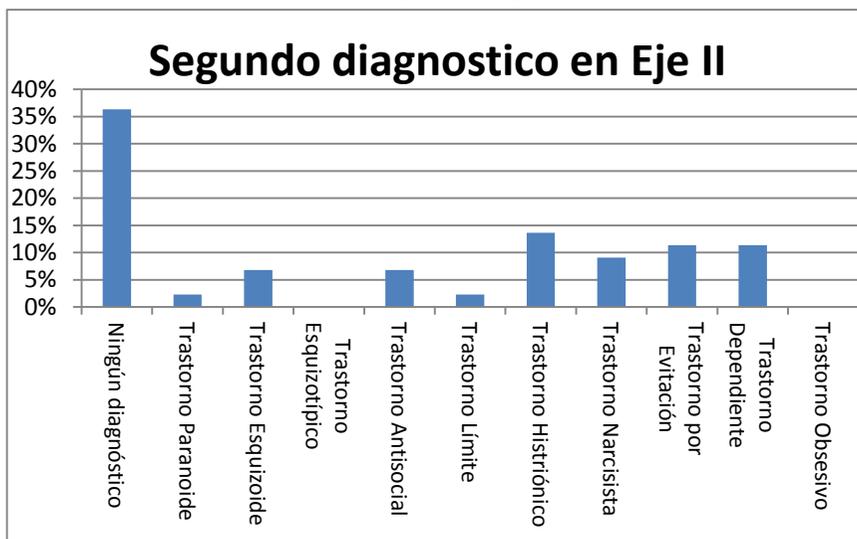


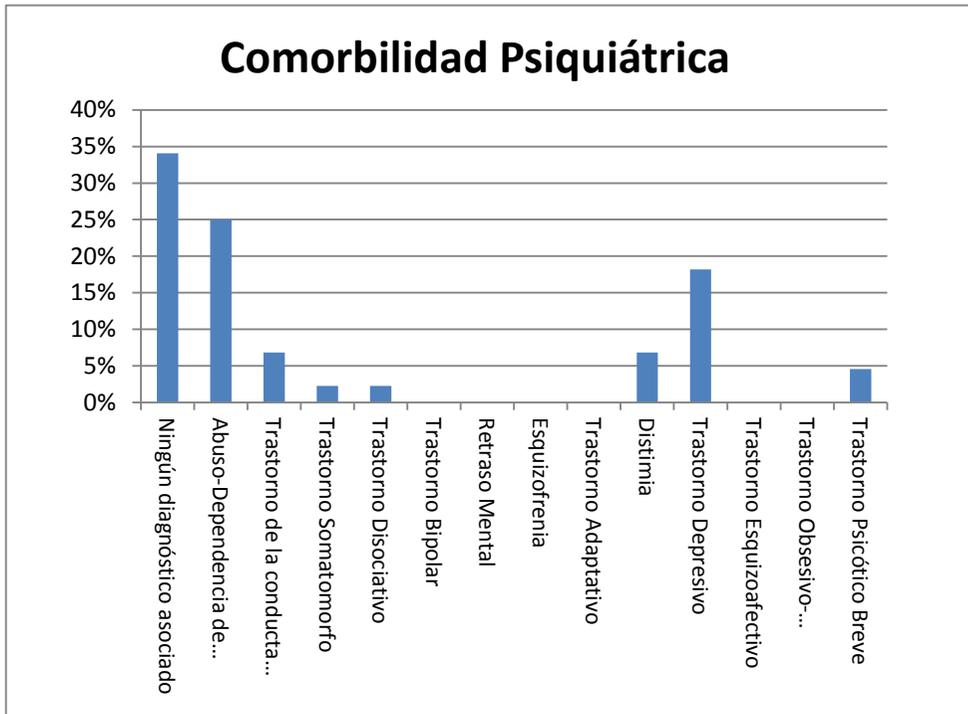
Tabla 30: distribución según el segundo diagnóstico en Eje II - UTP

Segundo diagnóstico en Eje II	
Ningún diagnóstico	36,36%
Trastorno Paranoide	2,27%
Trastorno Esquizoide	6,82%
Trastorno Esquizotípico	0,00%
Trastorno Antisocial	6,82%
Trastorno Límite	2,27%
Trastorno Histriónico	13,64%
Trastorno Narcisista	9,09%
Trastorno por Evitación	11,36%
Trastorno Dependiente	11,36%
Trastorno Obsesivo	0,00%

5.4. Comorbilidad psiquiátrica:

Como se puede observar en la tabla 31 y en la grafica 20, el 34,09% de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UTP no presentaban comorbilidad psiquiátrica. Dentro de las patologías que aparecían comórbidamente con más frecuencia hay que destacar: el Trastorno por Abuso-Dependencia a Tóxicos y/o Alcohol que se observó en un 25,00% de los casos; el Trastorno Depresivo que coexistía con el trastorno de la personalidad en un 18,18% de los casos; y el Trastorno de la conducta alimentaria y la Distimia que fueron diagnosticados en un 6,82% de los casos cada uno de ellos. Si valoramos los Trastornos del estado de Ánimo globalmente, vemos que se dan en un 25% de los pacientes (agrupando los que presentan diagnóstico de Episodio Depresivo y diagnóstico de Distimia), igualando así la proporción de pacientes que presentan Trastorno por Abuso-Dependencia de Tóxicos y/o Alcohol.

Gráfica 20: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UTP



6. CONSUMO DE RECURSOS Y COMPLEJIDAD HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN UCE:

6.1. Motivo de ingreso:

Al estudiar los motivos que provocaron los ingresos, encontramos con todos los que se describen en la tabla 32 y la gráfica 21. Dentro de ellos destacan por su frecuencia, y por sumar entre ambos más de la mitad de los casos: El intento autolítico o la ideación autolítica, que suponían el motivo de ingreso en el 30,49% de los casos y los cuadros de heteroagresividad y alteraciones conductuales que eran la causa del ingreso en el 30,49% de los casos. Menos frecuentes pero también a destacar son: el episodio depresivo (10,98%) y el episodio psicótico (9,76%).

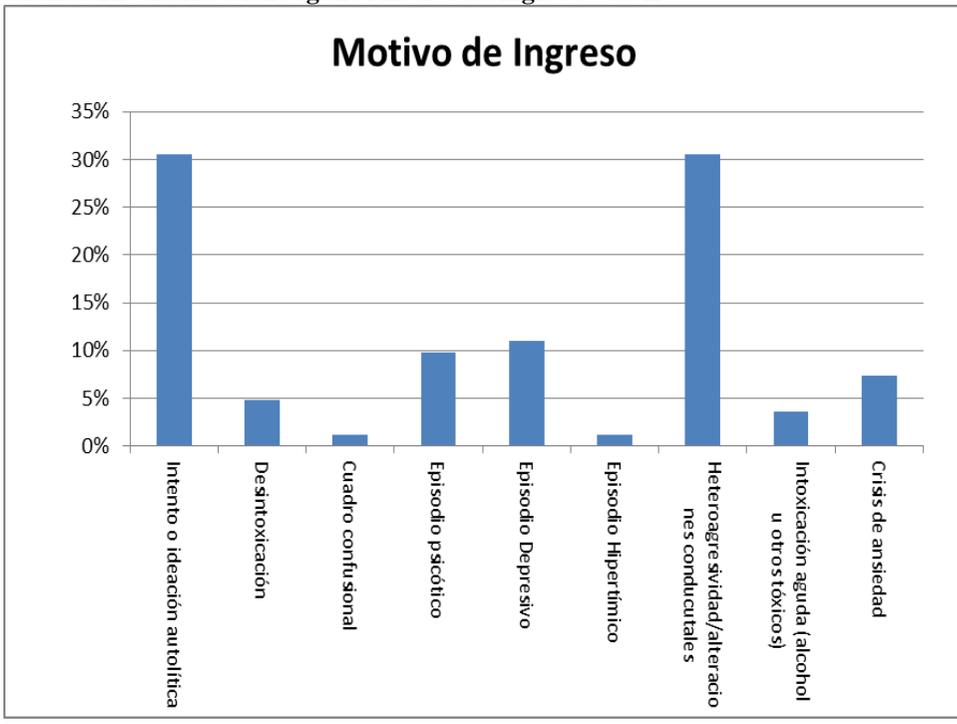
Tabla 31: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UTP

Comorbilidad Psiquiátrica	
Ningún diagnóstico asociado	34,09%
Abuso-Dependencia de tóxicos y/o alcohol	25,00%
Trastorno de la conducta alimentaria	6,82%
Trastorno Somatomorfo	2,27%
Trastorno Disociativo	2,27%
Trastorno Bipolar	0,00%
Retraso Mental	0,00%
Esquizofrenia	0,00%
Trastorno Adaptativo	0,00%
Distimia	6,82%
Trastorno Depresivo	18,18%
Trastorno Esquizoafectivo	0,00%
Trastorno Obsesivo- Compulsivo	0,00%
Trastorno Psicótico Breve	4,55%

Tabla 32: distribución según motivo de ingreso - UCE

Motivo de Ingreso	
Intento o ideación autolítica	30,49%
Desintoxicación	4,88%
Cuadro confusional	1,22%
Episodio psicótico	9,76%
Episodio Depresivo	10,98%
Episodio Hipertímico	1,22%
Heteroagresividad/alteraciones conductuales	30,49%
Intoxicación aguda (alcohol u otros tóxicos)	3,66%
Crisis de ansiedad	7,32%

Gráfica 21: distribución según el motivo de ingreso - UCE



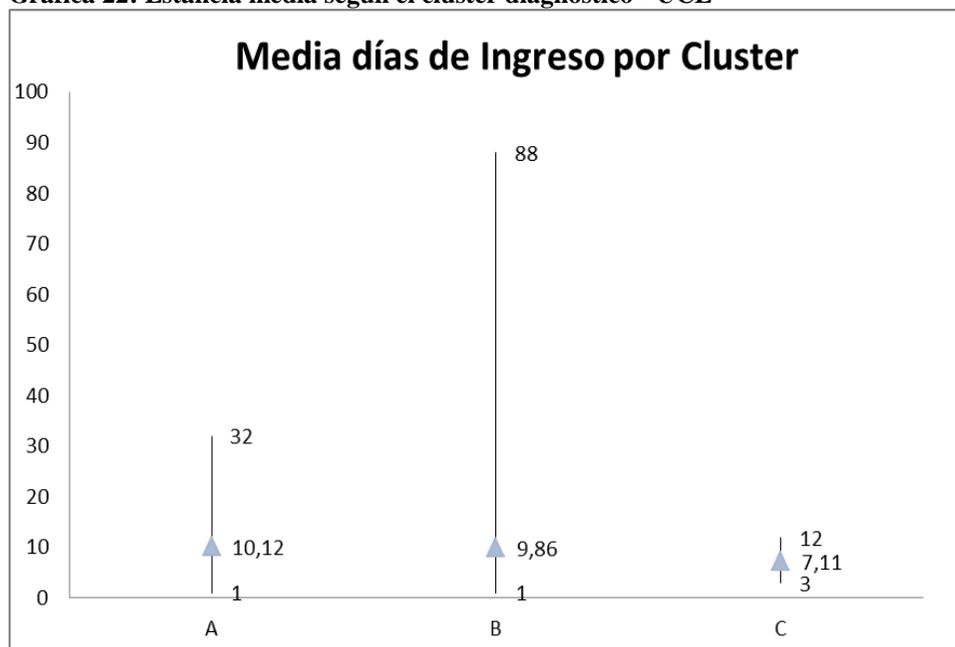
6.2. Duración del ingreso:

La media de días que los pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad, permanecieron ingresados en UCE, fue de 9 días y medio (9,61 días). Si esta media la calculamos respecto a cada uno de los Clusters de los Trastornos de la Personalidad observamos que se distribuye de la forma reflejada en la gráfica 22 y en la tabla 33.

Tabla 33: duración media del ingreso por cluster - UCE

	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Duración Media del ingreso (días)	10,12	9,86	7,11

Gráfica 22: Estancia media según el cluster diagnóstico - UCE



La duración media del ingreso si bien varía muy poco según el tipo de cluster, si que es algo menor en los sujetos del Tipo C respecto a los de Tipo A y Tipo B; y levemente mayor en los sujetos de Tipo A respecto a los de Tipo B.

Para tener una idea más clara del tiempo que permanecían estos pacientes ingresados en la UCE, agrupamos los días de ingreso de cinco en cinco días. Esto nos permite observar en la gráfica 23 y en la tabla 34, como el grueso de los pacientes tenía un ingreso de entre 1 y 15 días. Disminuyendo progresivamente la cantidad de pacientes que requirieron ingresos más largos, con la excepción de los ingresos mayores de 30 días, donde vuelve a existir un aumento de la proporción de pacientes. Comentar que estos ingresos largos fueron de 2 pacientes pertenecientes al Tipo B y uno al Tipo A.

Gráfica 23: duración del ingreso en día - UCE

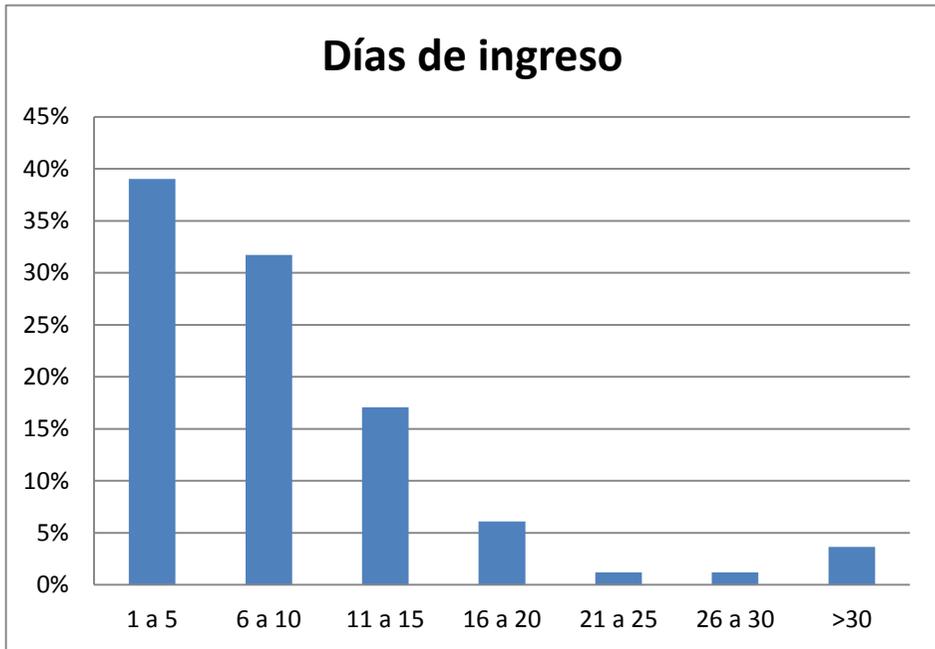


Tabla 34: Duración del ingreso en días - UCE

Duración del Ingreso	Porcentaje
1 – 5 Días	39,02%
6 – 10 Días	31,71%
11 – 15 Días	17,07%
16 – 20 Días	6,10%
21 – 25 Días	1,22%
26 – 30 Días	1,22%
Más de 30 Días	3,66%

6.3. Uso de medidas de contención y tipo de las mismas:

Para el estudio de esta variable tomamos en cuenta cuatro opciones: que el paciente no precisase de ningún tipo de medida de contención; que precisase de contención psicológica (bien realizada por el personal de enfermería o bien por un facultativo); que precisase contención farmacológica

(administración extra de psicofármacos de manera puntual); y que precisase de contención mecánica. Con esto, comprobamos que es muy baja la proporción de pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UCE que no requieren algún tipo de medida de contención (9,76%) y que dentro de los que la precisan, lo más frecuente es que esta sea de tipo psicológico (39,02%) seguido de la de tipo mecánico (30,49%). (Ver gráfica 24 y tabla 35)

Gráfica 24: distribución según el uso de medidas de contención - UCE

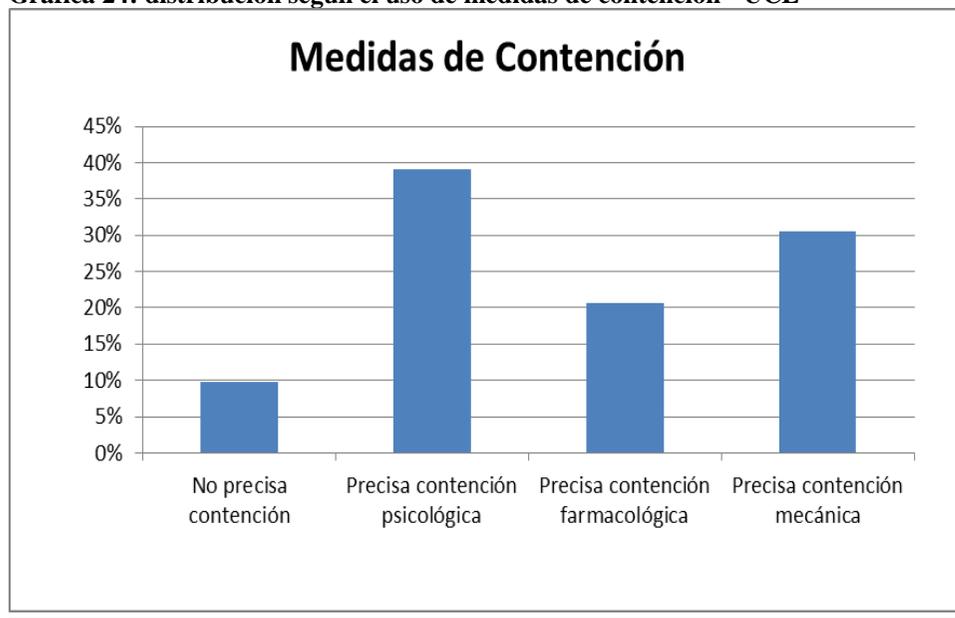


Tabla 35: distribución según el uso de medidas de contención - UCE

Medidas de Contención	
No precisa contención	9,76%
Precisa contención psicológica	39,02%
Precisa contención farmacológica	20,73%
Precisa contención mecánica	30,49%

6.4. Pauta farmacológica:

Como ya se ha comentado para el estudio de esta variable se tuvo en cuenta la pauta farmacológica con la que el paciente era dado de alta de la unidad, partiendo del supuesto que era la pauta definitiva requerida por el paciente tras realizarse los ajustes previos necesarios durante el tiempo de ingreso. No se registraron fármacos concretos sino grupos farmacológicos de cara a optimizar y facilitar el análisis posterior de los datos. Se tuvieron en cuenta los siguientes: Antidepresivos, Neurolépticos típicos, Neurolépticos atípicos, Ansiolíticos o hipnóticos y Eutimizantes. Tal y como se muestra en las gráficas 25, 26, 27, 28 y 29 y en las tablas 36, 37, 38, 39 y 40, el grupo farmacológico utilizado en más casos fue el de Ansiolíticos o Hipnóticos (77%), seguido de los Antidepresivos (53,66%), de los Eutimizantes (52%) y los Neurolépticos Atípicos (50%). Los Neurolépticos Típicos resultaron el grupo menos utilizado, en algo menos de una tercera parte de la muestra (24,39%).

Gráfica 25: distribución según el uso de antidepresivos - UCE

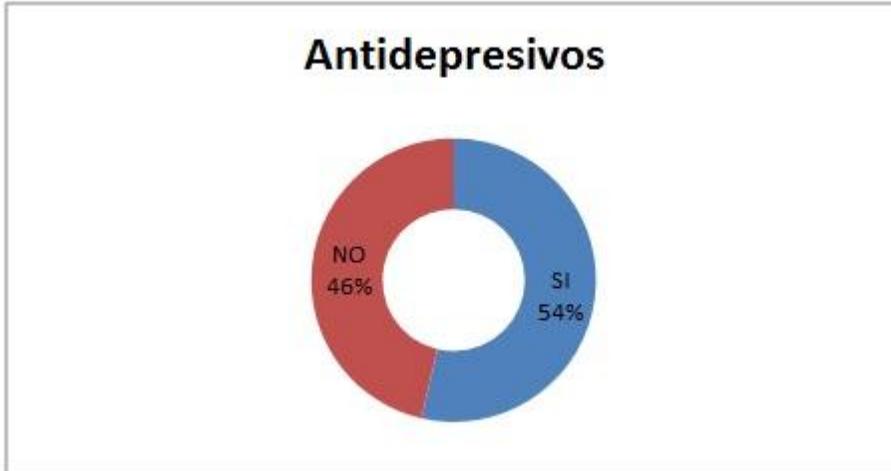


Tabla 36: distribución según el uso de antidepresivo - UCE

Antidepresivos	
SI	53,66%
NO	46,34%

Gráfica 26: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UCE

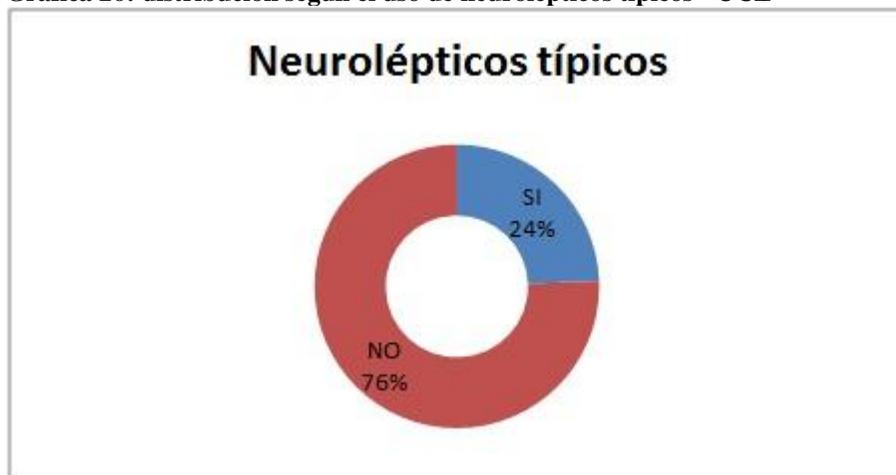


Tabla 37: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UCE

Neurolépticos Típicos	
SI	24,39%
NO	75,61%

Gráfica 27: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UCE

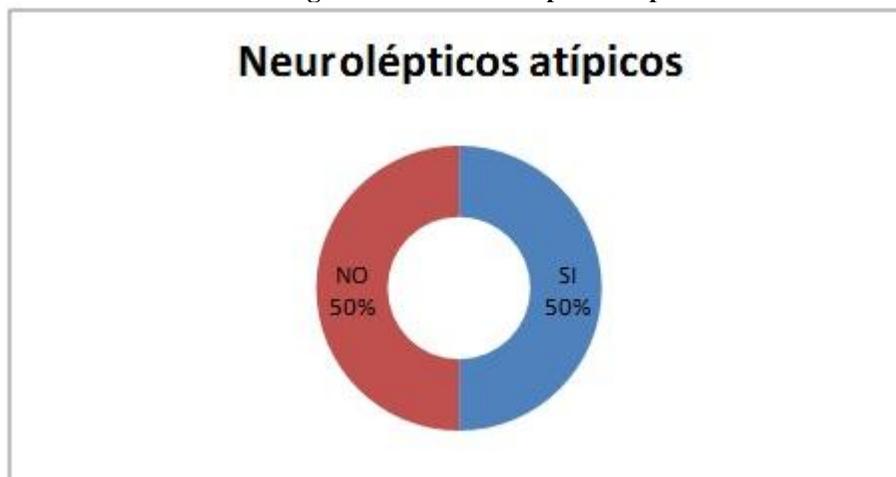


Tabla 38: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UCE

Neurolépticos Atípicos	
SI	50,00%
NO	50,00%

Gráfica 28: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UCE

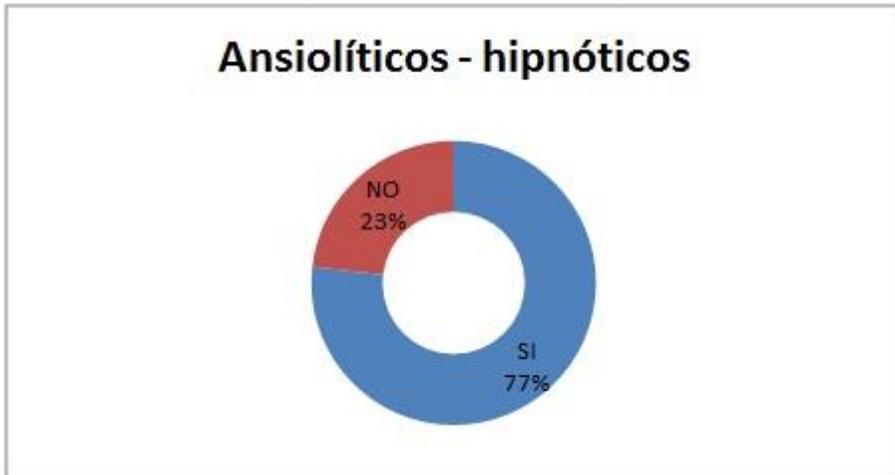


Tabla 39: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UCE

Ansiolíticos - hipnóticos	
SI	76,83%
NO	23,17%

Gráfica 29: distribución según el uso de eutimizantes - UCE

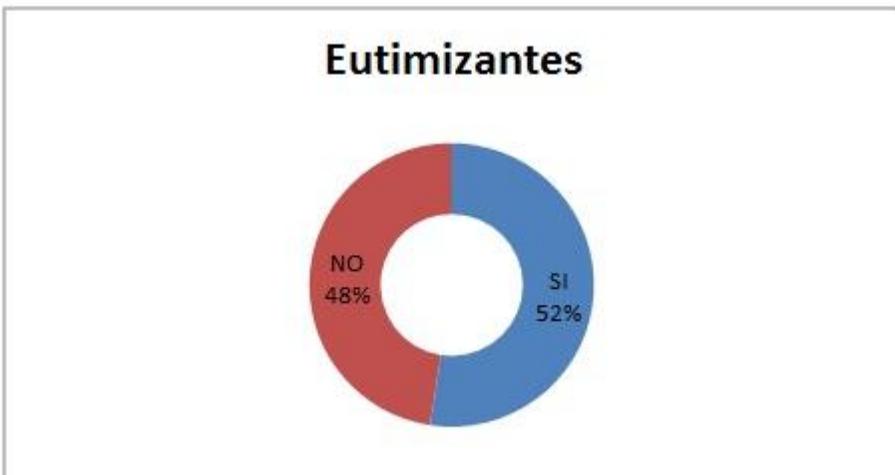


Tabla 40: distribución según el uso de eutimizantes - UCE

Eutimizantes	
SI	52,44%
NO	47,56%

Además del grupo farmacológico se estudió el número de fármacos que eran pautados por paciente y día en el momento del alta, se pueden observar los resultados obtenidos en la gráfica 30 y en la tabla 41.

Gráfica 30: distribución según el número de fármacos pautados por día - UCE

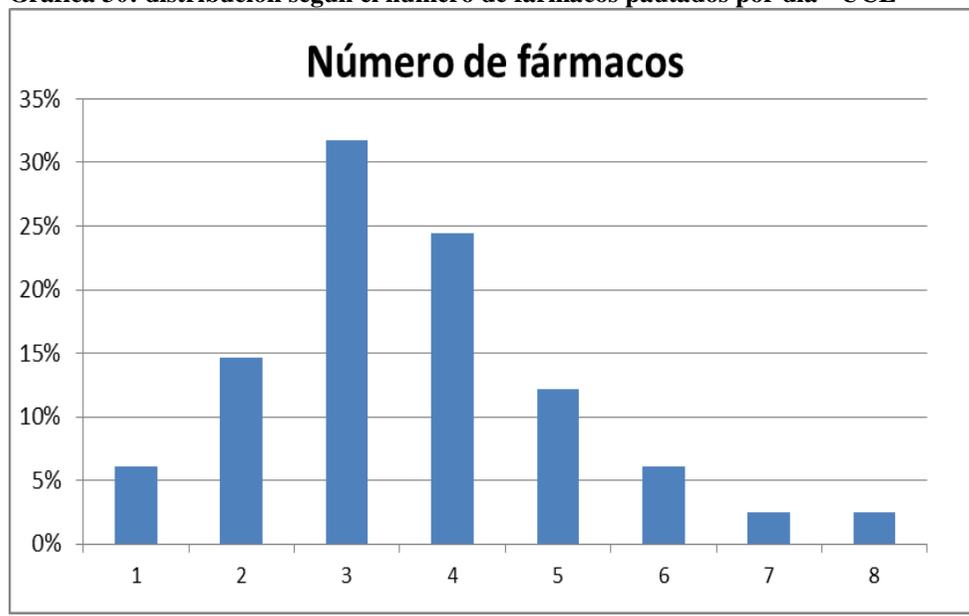


Tabla 41: distribución según el número de fármacos pautados por día - UCE

Número de fármacos	Porcentaje
1	6,10%
2	14,63%
3	31,71%
4	24,39%
5	12,20%
6	6,10%
7	2,44%
8	2,44%

El 31,71% de los pacientes llevaban al alta tres fármacos diferentes pautados y el 24,39% llevaban cuatro fármacos diferentes. Más de tres cuartas partes de los pacientes con Trastorno de la personalidad, al alta de la UCE tenían pautados tres o más fármacos diarios.

6.5. Gasto farmacológico por paciente y día:

El gasto farmacológico fue calculado en base a la pauta de tratamiento al alta y por paciente y día. Como ya se comentó, se utilizaron como referencia los precios proporcionados por el Servicio de Farmacia del Hospital San Jorge de Huesca. En base a las pautas comentadas en el punto previo se obtuvo un gasto farmacológico medio por paciente y día de 4,88 euros. (Ver tabla 42)

Tabla 42. Gasto farmacológico por día y paciente - UCE

Media Gasto Farmacológico/día/paciente (en Euros)	UCE
Nº casos validos	82
Media	4,88€
Rango	24,469

7. CONSUMO DE RECURSOS Y COMPLEJIDAD HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN UTP:

7.1. Cumplimentación del ingreso programado:

La UTP tiene un tiempo de ingreso programado y que el paciente acepta previamente mediante un contrato terapéutico. Este tiempo es de dos meses si bien en casos puntuales puede ampliarse o bien acortarse según las características y necesidades de cada paciente.

Hemos añadido en nuestro estudio la variable Cumplimentación de Tiempo de Ingreso para poder valorar cuantos de los pacientes ingresados cumplimentan el tiempo prestablecido de tratamiento o por el contrario abandonan el tratamiento antes de lo programado. En base a esto se puede valorar cuantos de ellos se adaptan al programa terapéutico y lo terminan correctamente y cuantos no son capaces de concluirlo. El resultado obtenido (ver gráfica 31 y tabla 43) fue que mas de dos tercios de los pacientes ingresados cumplimentan adecuadamente el tiempo de ingreso (68%).

Gráfica 31: distribución según cumplimentación del ingreso programado - UTP



Tabla 43: distribución según cumplimentación del ingreso programado - UTP

Cumplimentación	
Cumplen tiempo de ingreso programado	68,18%
No cumplen tiempo de ingreso programado	31,82%

7.2. Uso de medidas de contención y tipo de las mismas:

Para el estudio de esta variable, al igual que en UCE, tomamos en cuenta cuatro opciones: el paciente no precisa de ningún tipo medidas de contención; precisa de contención psicológica; precisa contención farmacológica; y precisa de contención mecánica. Como se puede ver en la tabla 44 y en la gráfica 32, en el caso de la UTP no precisaron ningún tipo de medidas contención un 34,09% de los pacientes y dentro de los que sí la precisaron, la más utilizada con gran diferencia fue la contención farmacológica (47,73%).

Gráfica 32: distribución según el uso de medidas de contención - UTP

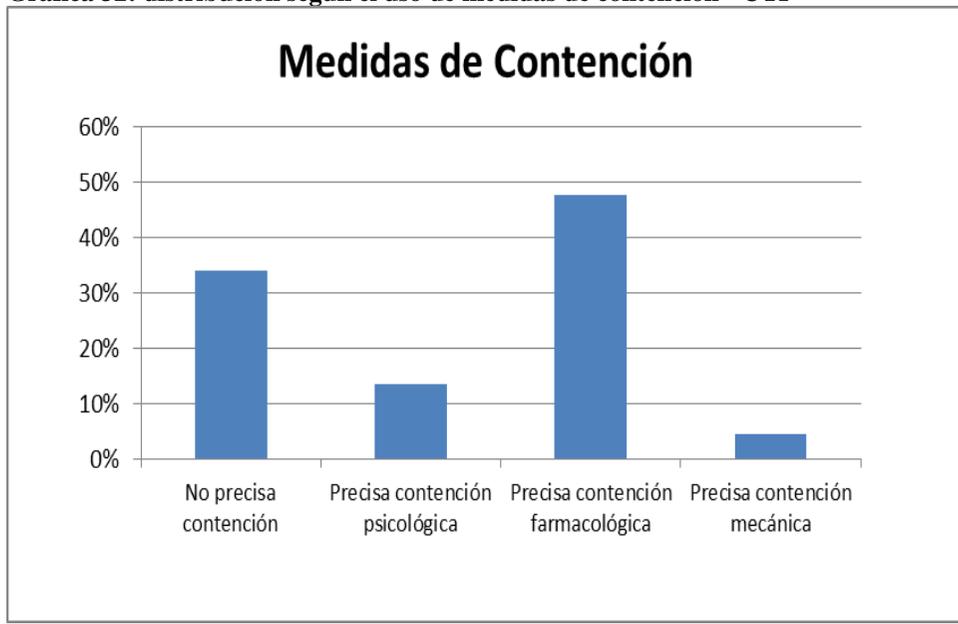


Tabla 44: distribución según el uso de medidas de contención -UTP

Contención	
No precisa contención	34,09%
Precisa contención psicológica	13,64%
Precisa contención farmacológica	47,73%
Precisa contención mecánica	4,55%

7.3. Pauta farmacológica:

Para el estudio de esta variable se tuvo en cuenta la pauta farmacológica con la que el paciente era dado de alta de la unidad, partiendo del supuesto que era la pauta definitiva requerida por el paciente tras realizarse los ajustes previos necesarios, durante el tiempo de ingreso. No se registraron fármacos concretos sino grupos farmacológicos de cara a optimizar y facilitar el análisis posterior de los datos. Se tuvieron en cuenta los siguientes: Antidepresivos, Neurolépticos típicos, Neurolépticos atípicos, Ansiolíticos o hipnóticos y Eutimizantes. De estos el grupo farmacológico utilizado en más

casos fue el de Ansiolíticos o hipnóticos (100%), seguido de los Eutimizantes (91%), los Antidepresivos (61%), y los Neurolépticos Atípicos (52%) de los casos. Los Neurolépticos Típicos tan apenas si fueron utilizados, tan sólo en un 4,55% de los casos. (Ver gráficas 33, 34, 35, 36 y 37, y tablas 45, 46, 47, 48 y 49)

Gráfica 33: distribución según el uso de antidepresivos - UTP



Tabla 45: distribución según el uso de antidepresivos - UTP

Antidepresivos	
SI	61,36%
NO	38,64%

Gráfica 34: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UTP

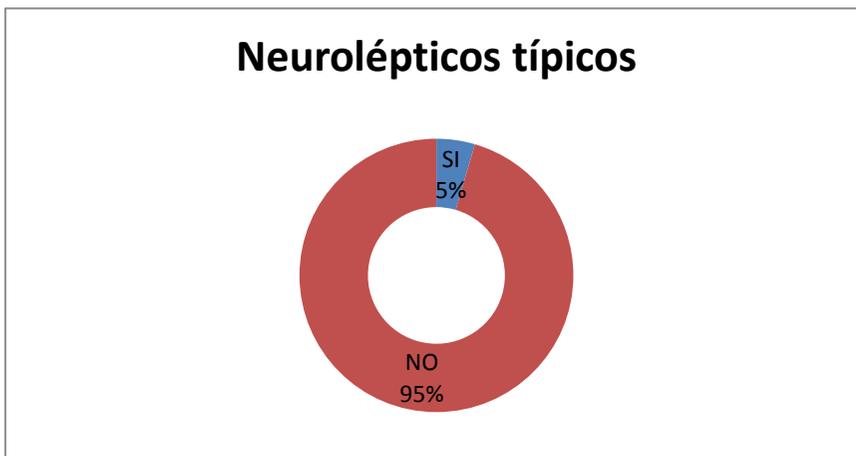


Tabla 46: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UTP

Neurolépticos Típicos	
SI	4,55%
NO	95,45%

Gráfica 35: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UTP

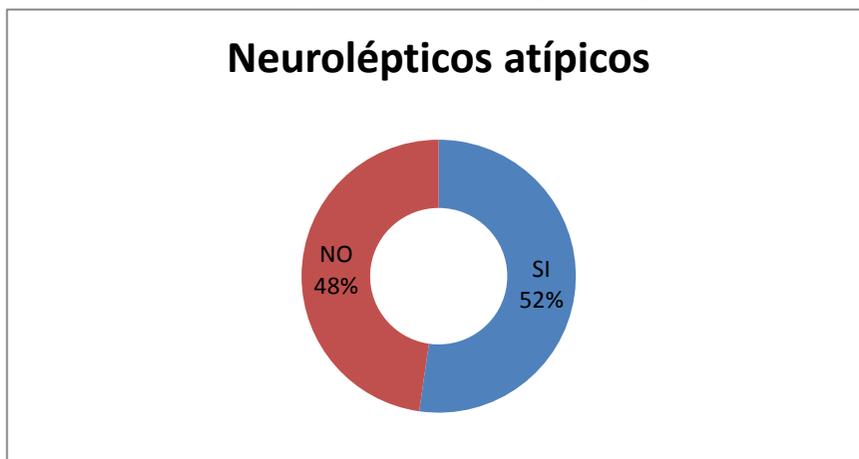


Tabla 47: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UTP

Neurolépticos Atípicos	
SI	52,27%
NO	47,73%

Gráfica 36: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UTP

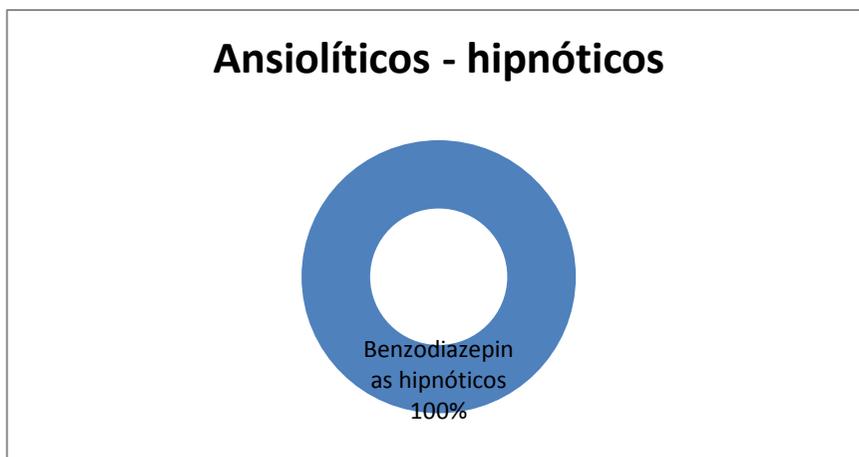


Tabla 48: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UTP

Ansiolíticos - Hipnóticos	
SI	100,00%
NO	0,00%

Gráfica 37: distribución según el uso de eutimizantes - UTP

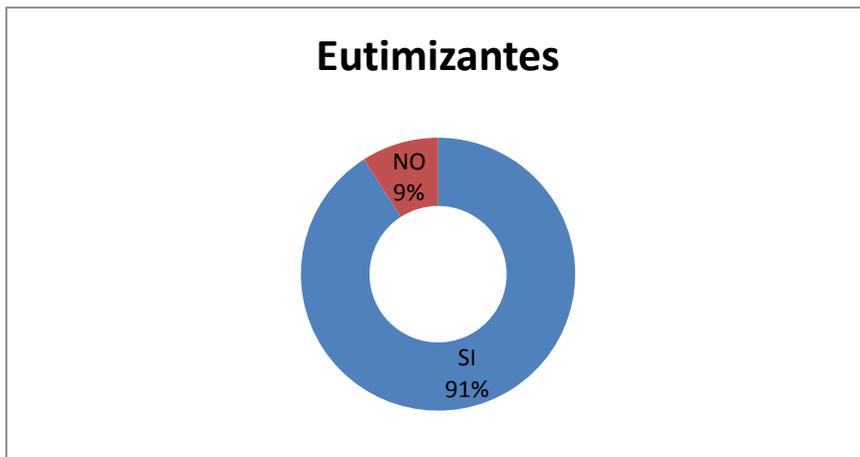


Tabla 49: distribución según el uso de eutimizantes - UTP

Eutimizantes	
SI	90,91%
NO	9,09%

También en UTP, además del grupo farmacológico se estudió el número de fármacos que eran pautados por paciente y día, en el momento del alta. Como se muestra en la gráfica 38 y en la tabla 50, el 43,18% de ellos llevaban al alta tres fármacos diferentes pautados, el 25% llevaban dos fármacos diferentes y 20,45% llevaban cuatro fármacos diferentes pautados al alta. Alrededor del 80% de los pacientes llevaban al alta entre dos y cuatro fármacos pautados.

Gráfica 38: distribución según el número de fármacos pautados por día - UTP

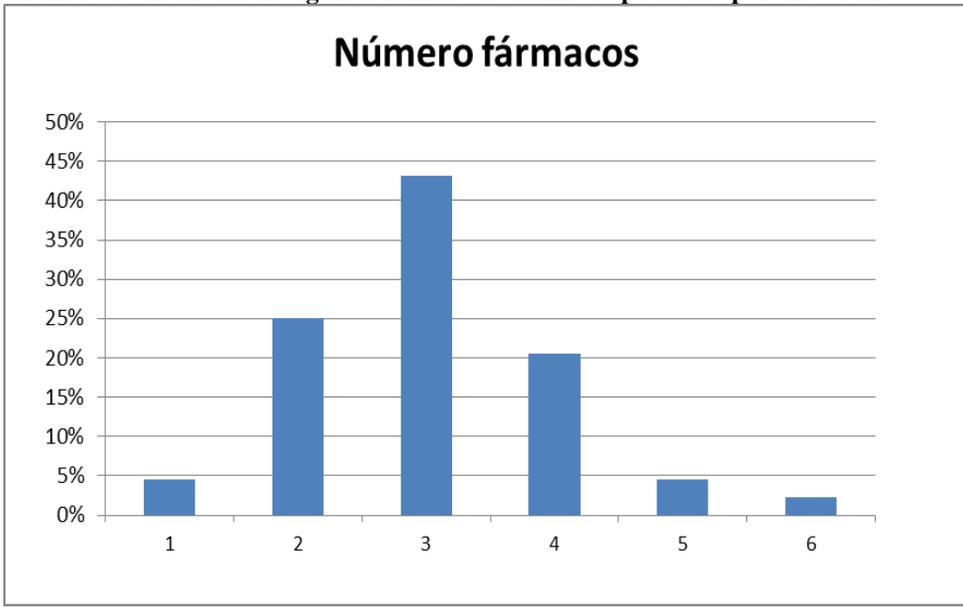


Tabla 50: distribución según el número de fármacos pautados por día - UTP

Número de fármacos	
1	4,55%
2	25,00%
3	43,18%
4	20,45%
5	4,55%
6	2,27%

7.4. Gasto farmacológico por paciente y día:

El gasto farmacológico fue calculado en base a la pauta de tratamiento al alta y por paciente y día. Como ya se comentó, se utilizaron como referencia los precios proporcionados por el Servicio de Farmacia del Hospital San Jorge de Huesca. En base a las pautas farmacológicas comentadas en el punto previo, se obtuvo un gasto farmacológico medio por paciente y día de 9,62 euros. (Ver tabla 51)

Tabla 51: gasto farmacológico por día y paciente - UTP

Media gasto farmacológico/día/paciente (en Euros)	
	UTP
Nº casos validos	44
Media	9,62€
Rango	20,276

8. COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD INGRESADOS EN UCE Y EN UTP:

8.1. Comparación en función de variables sociodemográficas:

A. Sexo:

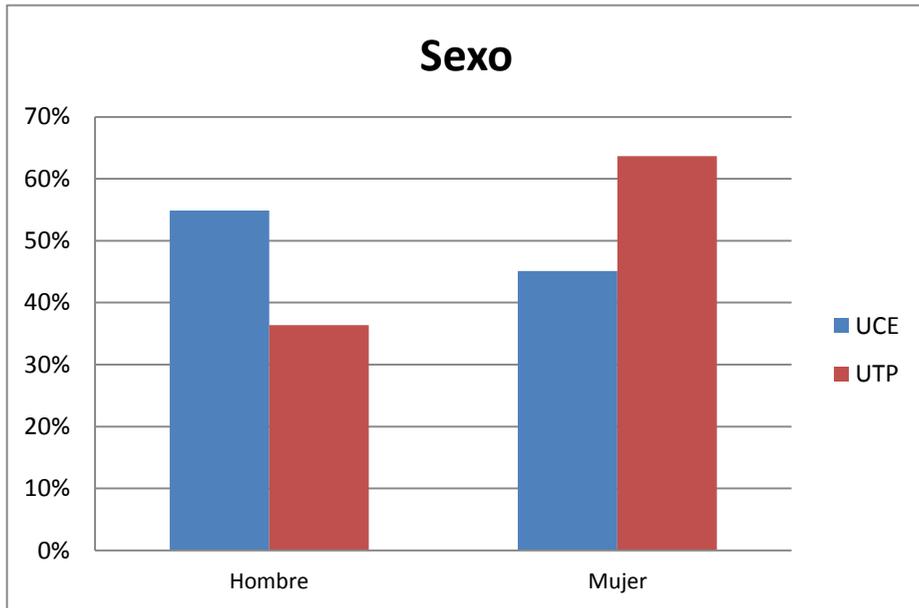
Como se puede observar en la gráfica 39 y en la tabla 52, la distribución por sexos en ambas unidades no es igual. Mientras que en la UCE predominan los hombres, en la UTP predominan las mujeres.

$P= 0,047 (<0,05)$ Hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexos entre ambas unidades. La cantidad de mujeres es estadísticamente superior en la UTP respecto a la UCE; y la cantidad de hombres es estadísticamente superior en la UCE respecto a la UTP.

Tabla 52: comparación UCE - UTP según el género

Sexo		
	UCE	UTP
Hombre	54,88%	36,36%
Mujer	45,12%	63,64%

Gráfica 39: comparación UCE-UTP según el género



B. Edad:

Observando la grafica 40 y la tabla 53, ya se percibe que la distribución en los grupos de edad de ambas muestras no es la misma. En UTP tenemos un 27,27% de pacientes con edades comprendidas entre 18 y 22 años, siendo este el grupo mayoritario, mientras que en UCE el grupo mayoritario está constituido por los pacientes con edades comprendidas entre 38 y 42 años.

Estas diferencias quedan patentes también al comparar las medias de ambas poblaciones, puesto que la edad media de los pacientes de la UTP es 27 años y medio y la de los de UCE es de 35 años (ver gráfica 41 y tabla 54). Tras realizar el T test, se vio que esta diferencia en las medias era estadísticamente significativa, nos encontramos realmente con una muestra más joven en la UTP.

1. Test Levene: significación= 0,901 ($>0,05$) por lo que se asume que las varianzas de ambas muestras son iguales.
2. T test: $P= 0,007$ ($<0,05$) Por lo que existen diferencias estadísticamente significativas respecto a las medias de edad de ambas muestras.

Gráfica 40: comparación UCE - UTP según grupos de edad

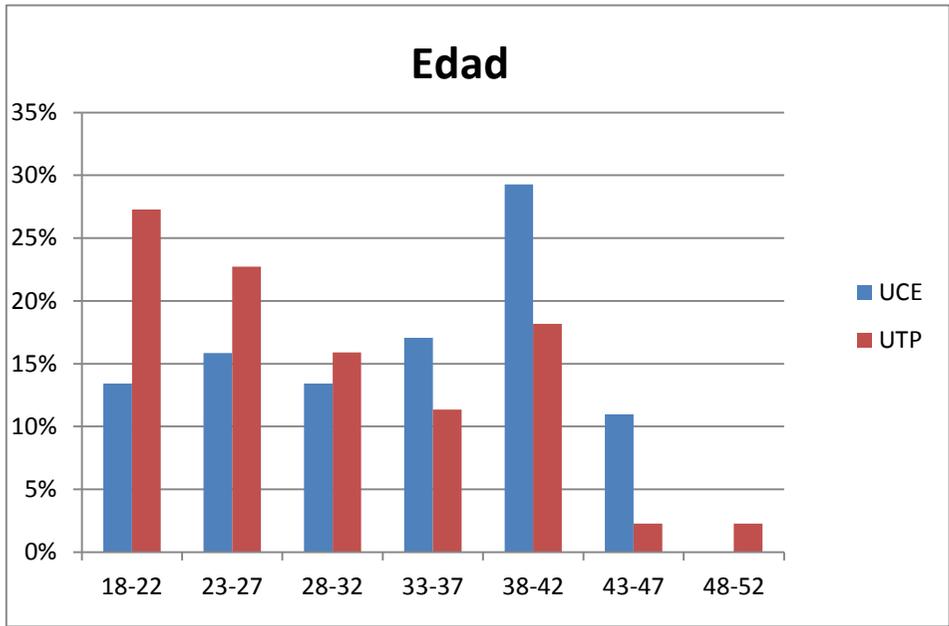


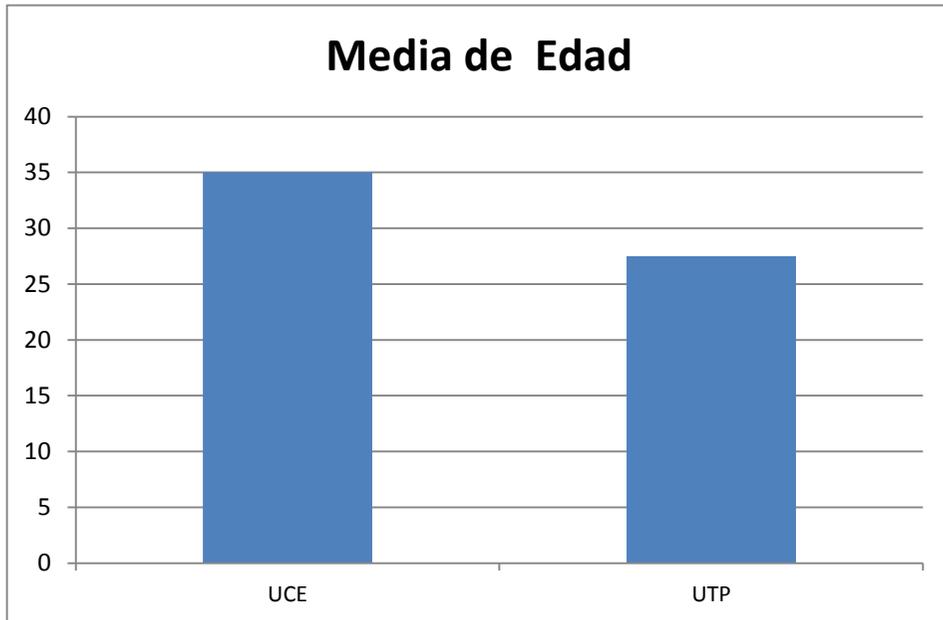
Tabla 53: comparación UCE - UTP según grupos de edad

Grupos de edad	UCE	UTP
18-22	13,41%	27,27%
23-27	15,85%	22,73%
28-32	13,41%	15,91%
33-37	17,07%	11,36%
38-42	29,27%	18,18%
43-47	10,98%	2,27%
48-52	0,00%	2,27%

Tabla 54: comparación UCE - UTP según edad media

Edad media	UCE	UTP
Nº casos validos	82	44
Media	35,00	27,50
Rango	26	34

Gráfica 41: comparación UCE - UTP según edad media



C. Lugar de residencia:

Como podemos ver en la gráfica 42 y en la tabla 55, al comparar donde y con quien convivían los pacientes en el momento previo al ingreso, a simple vista no se observan grandes diferencias. En ambas poblaciones, la mayoría de los pacientes lo hacían con sus padres y/o hermanos, si bien esta opción era más frecuente en los sujetos de la muestra de la UTP. Por el contrario eran más los pacientes pertenecientes a la muestra de UCE que vivían solos en su propio domicilio; y si bien constituían tan sólo un 4,88% de la muestra de UCE los que vivían en un medio residencial, suponían muchos en comparación con el 0% de los que lo hacían en la UTP. Al analizar estadísticamente estas diferencias entre ambas muestras, se vio que eran estadísticamente significativas en lo referente a:

1. Convivencia con padres y/o hermanos: hay estadísticamente más pacientes de UTP viviendo con sus padres o hermanos que pacientes de UCE en esta situación.
2. Viven solos: hay estadísticamente más pacientes de UCE viviendo solos en su propio domicilio que pacientes en UTP en esta situación.

Por el contrario, las diferencias respecto a vivir en medio residencial y las otras opciones valoradas no eran estadísticamente significativas.

$P = 0,010$ ($< 0,05$) por lo que existen diferencias estadísticamente significativas en el lugar de residencia de los pacientes ingresados en ambas unidades.

Gráfica 42: comparación UCE - UTP según lugar de residencia

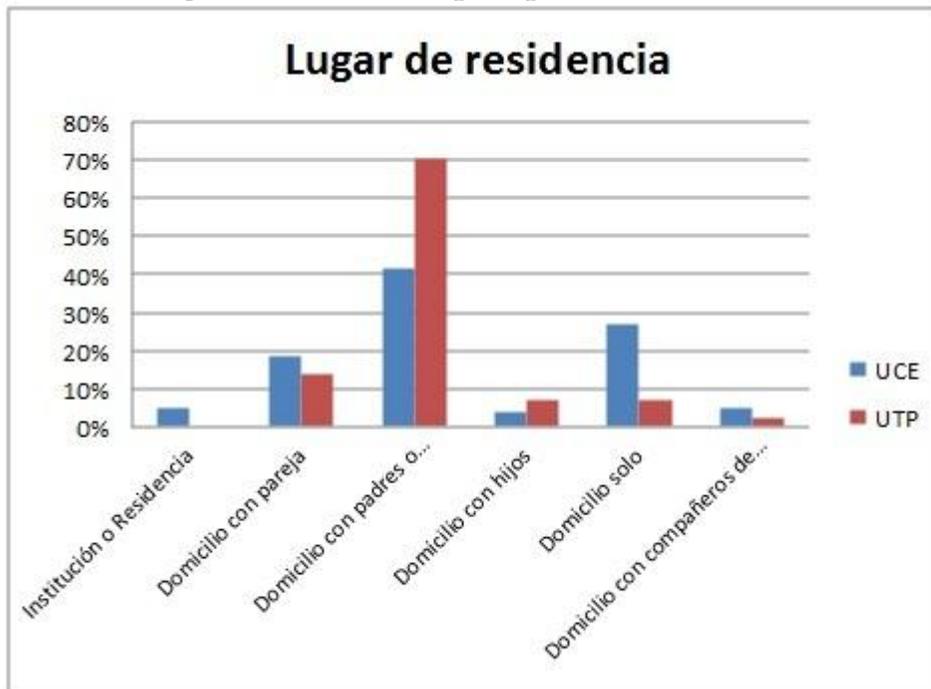


Tabla 55: comparación UCE - UTP según lugar de residencia

Residencia	UCE	UTP
Institución o Residencia	4,88%	0,00%
Domicilio con pareja	18,29%	13,64%
Domicilio con padres o hermanos	41,46%	70,45%
Domicilio con hijos	3,66%	6,82%
Domicilio solo	26,83%	6,82%
Domicilio con compañeros de piso	4,88%	2,27%

D. Estado Civil:

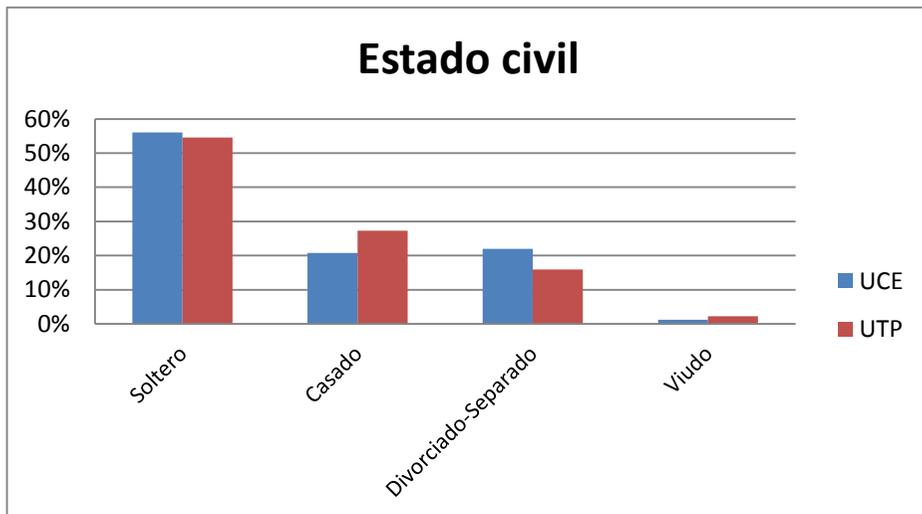
Al fijarnos en la tabla 56 y en la grafica 43, en las que se recogen los datos de esta variable, vemos como la distribución de ambas muestras resulta muy similar y superponible. Al contrastar estadísticamente la variable “Estado Civil” se confirma esto, puesto que no existen diferencias estadísticamente significativas.

$P= 0,658$ ($p>0,05$) por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución del estado civil, entre ambas unidades.

Tabla 56: comparación UCE - UTP según estado civil

Estado civil	UCE	UTP
Soltero	56,10%	54,55%
Casado – Pareja estable	20,73%	27,27%
Divorciado-Separado	21,95%	15,91%
Viudo	1,22%	2,27%

Gráfica 43: comparación UCE - UTP según estado civil



E. Situación Laboral:

La distribución de ambas muestras respecto a esta variable no es superponible (ver gráfica 44 y tabla 57), existiendo marcadas diferencias entre ambas.

$P= 0,00 (<0,05)$ por lo que existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la situación laboral entre los pacientes de ambas unidades.

Tabla 57: comparación UCE - UTP según situación laboral

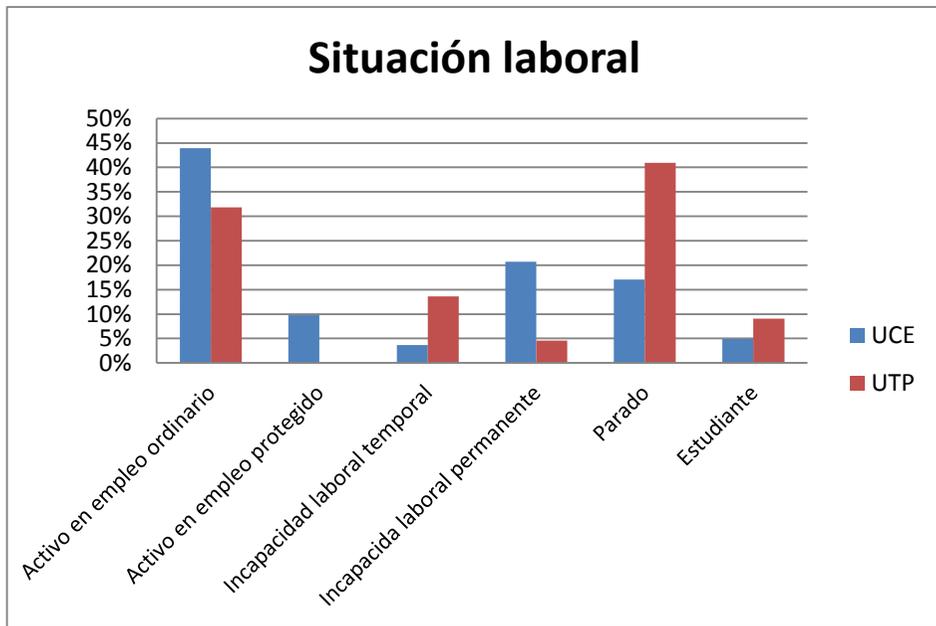
Situación laboral	UCE	UTP
Activo en empleo ordinario	43,90%	31,82%
Activo en empleo protegido	9,76%	0,00%
Incapacidad laboral temporal	3,66%	13,64%
Incapacidad laboral permanente	20,73%	4,55%
Parado	17,07%	40,91%
Estudiante	4,88%	9,09%

Las diferencias estadísticamente significativas afectan a los siguientes valores de la variable y en el sentido que indicamos:

1. El número de pacientes de UCE que se encuentran en activo pero en un empleo protegido es mayor, y esta diferencia es estadísticamente significativa, que el número de pacientes de UTP que se encuentran en esta situación.
2. El número de pacientes de UTP que se encuentran en situación de Incapacidad Laboral Temporal es mayor, de manera estadísticamente significativa, que el número de ellos que se encuentran en Incapacidad Laboral Temporal en UCE.
3. El número de pacientes de UCE con Incapacidad Laboral Permanente es mayor, y la diferencia es estadísticamente significativa, que el número de pacientes en UTP en esta situación.

4. Existe mayor número de pacientes en UTP en situación de desempleo que en UCE, y la diferencia es estadísticamente significativa.

Gráfica 44: comparación UCE - UTP según situación laboral



8.2. Comparación en función de variables de perfil clínico:

A. Cluster:

Al contrastar estadísticamente ambas poblaciones respecto a esta variable, se observa que sí que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas (ver gráfica 45 y tabla 58):

1. La proporción de pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad perteneciente al Tipo A es mayor en UCE, y esta diferencia es estadísticamente significativa, que la proporción de pacientes con un diagnóstico de este tipo en la UTP.
2. La proporción de pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad perteneciente al Tipo B es mayor en UTP, y la diferencia es

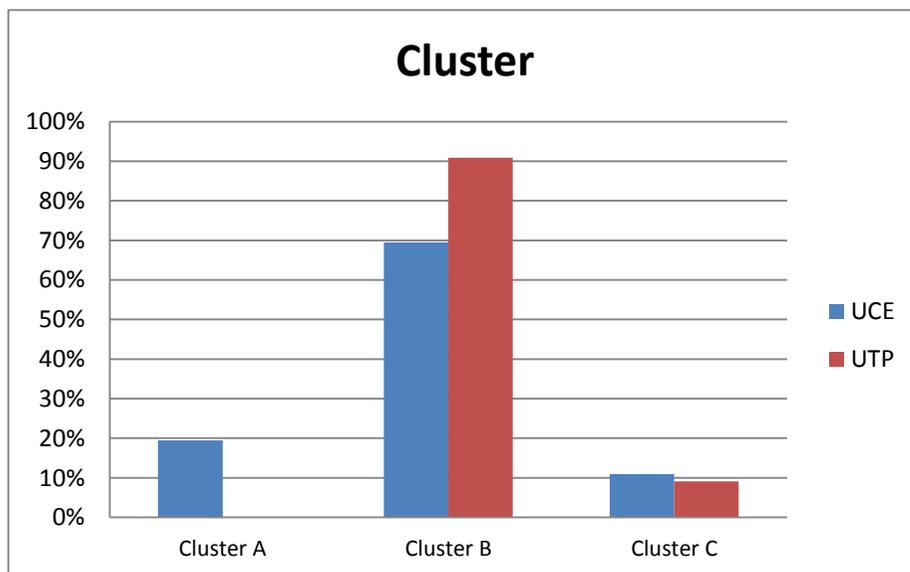
estadísticamente significativa, que la proporción de pacientes con un diagnóstico de este tipo en UCE.

P= 0,006 (<0,05) Existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la variable cluster entre ambas muestras.

Tabla 58: comparación UCE - UTP según cluster diagnóstico

Cluster	UCE	UTP
Cluster A	19,51%	0,00%
Cluster B	69,51%	90,91%
Cluster C	10,98%	9,09%

Gráfica 45: comparación UCE - UTP según cluster diagnóstico



B. Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad:

Al comparar ambas muestras respecto a esta variable, lo primero que nos llama la atención en la gráfica 46 y en la tabla 59 es la ausencia en la UTP de gran cantidad de diagnósticos específicos de Trastornos de la Personalidad, lo cual marca ya una clara diferencia respecto a la distribución de la muestra de la UCE. Al realizar el contraste estadístico se vio que existían diferencias

estadísticamente significativas entre ambas muestras respecto a esta variable. Dichas diferencias son las siguientes:

1. La proporción de pacientes con diagnóstico de Trastorno Paranoide de la Personalidad es estadísticamente mayor en UCE, que la proporción de pacientes con dicho diagnóstico en UTP.
2. La proporción de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad en UTP es mayor, y la diferencia es estadísticamente significativa, que la proporción de pacientes con dicho diagnóstico en UCE.
3. No se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución en ambas muestras de los otros dos trastornos del Cluster A (trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución en ambas muestras del resto de los Trastorno de la Personalidad del Cluster B (Trastorno Antisocial, Trastorno Histriónico) ni los del Cluster C (Trastorno Evitativo, Trastorno Dependiente, Trastorno Obsesivo).

P= 0,006 (<0,05) Por lo que existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución de esta variable entre ambas muestras.

Gráfica 46: comparación UCE - UTP según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad



C. Segundo diagnóstico en el Eje II:

Al observar el comportamiento de esta variable entre ambas muestras (ver gráfica 47 y tabla 60), lo que más llama la atención es como en la UCE existe una proporción más elevada (67,07%) de pacientes sin un segundo diagnóstico en el Eje II. Por el contrario en la UTP se observa que alrededor de dos tercios de los pacientes tienen un segundo diagnóstico en este Eje II. Al comparar estadísticamente las muestras respecto a esta variable se comprueba la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas, puesto que se obtiene $P= 0,000 (<0,05)$. Dichas diferencias las enumeramos a continuación.

Tabla 59: comparación UCE - UTP según diagnóstico específico de Trastorno de Personalidad

Diagnóstico específico de Trastorno de la personalidad	UCE	UTP
Trastorno Paranoide	13,41%	0,00%
Trastorno Esquizoide	2,44%	0,00%
Trastorno Esquizotípico	3,66%	0,00%
Trastorno Antisocial	4,88%	0,00%
Trastorno Límite	56,10%	84,09%
Trastorno Histriónico	8,54%	6,82%
Trastorno Narcisista	0,00%	0,00%
Trastorno por Evitación	1,22%	0,00%
Trastorno Dependiente	4,88%	9,09%
Trastorno Obsesivo	4,88%	0,00%

1. La proporción de pacientes con un segundo diagnóstico en el Eje II es mayor en UTP que la proporción de pacientes con un segundo diagnóstico en el Eje II en UCE. Esta diferencia es estadísticamente significativa.
2. En los casos en los que sí existe un segundo diagnóstico en Eje II, observamos que:

- a. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de pacientes a los que se les diagnostica un Trastorno Esquizoide de la personalidad como segundo diagnóstico en el Eje II en UCE y UTP. Siendo mayor la proporción de ellos en UTP.
- b. La proporción de pacientes con un Trastorno Narcisista de la Personalidad como segundo diagnóstico en el Eje II es mayor en UTP que esa misma proporción en UCE. Esta diferencia es estadísticamente significativa.
- c. Respecto al resto de posibles diagnósticos, no se observan diferencias estadísticamente significativas en su distribución en ambas muestras.

Gráfica 47: comparación UCE - UTP según segundo diagnóstico en Eje II

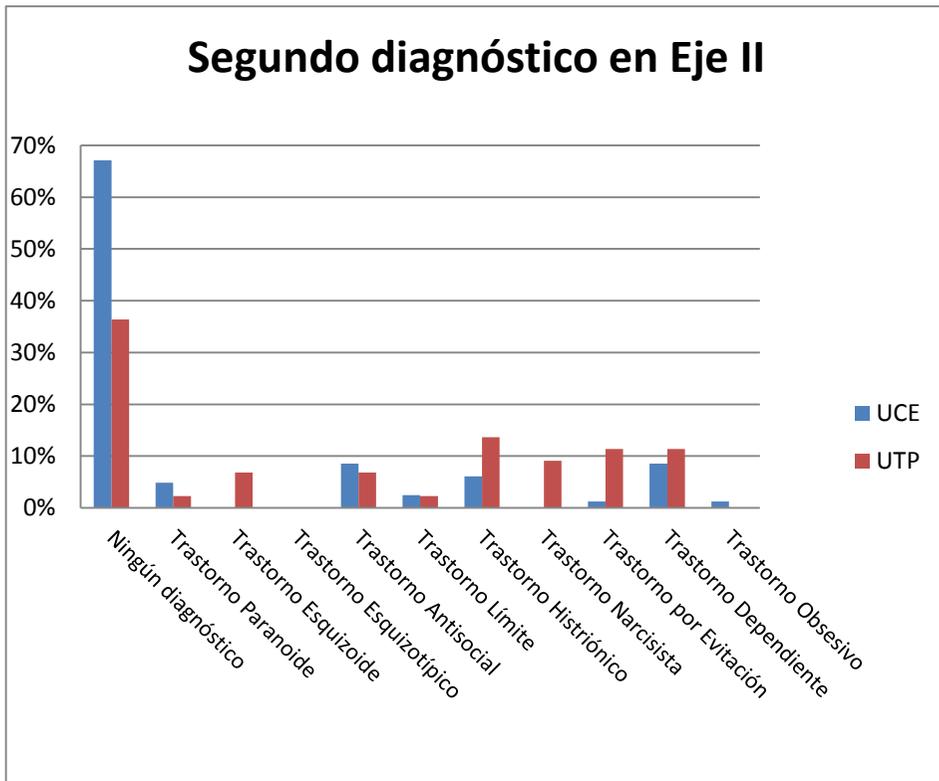


Tabla 60: comparación UCE - UTP según segundo diagnóstico en Eje II

Segundo diagnóstico en eje II		
	UCE	UTP
Ningún diagnóstico asociado	67,07%	36,36%
Trastorno Paranoide	4,88%	2,27%
Trastorno Esquizoide	0,00%	6,82%
Trastorno Esquizotípico	0,00%	0,00%
Trastorno Antisocial	8,54%	6,82%
Trastorno Límite	2,44%	2,27%
Trastorno Histriónico	6,10%	13,64%
Trastorno Narcisista	0,00%	9,09%
Trastorno por Evitación	1,22%	11,36%
Trastorno Dependiente	8,54%	11,36%
Trastorno Obsesivo	1,22%	0,00%

D. Comorbilidad Psiquiátrica:

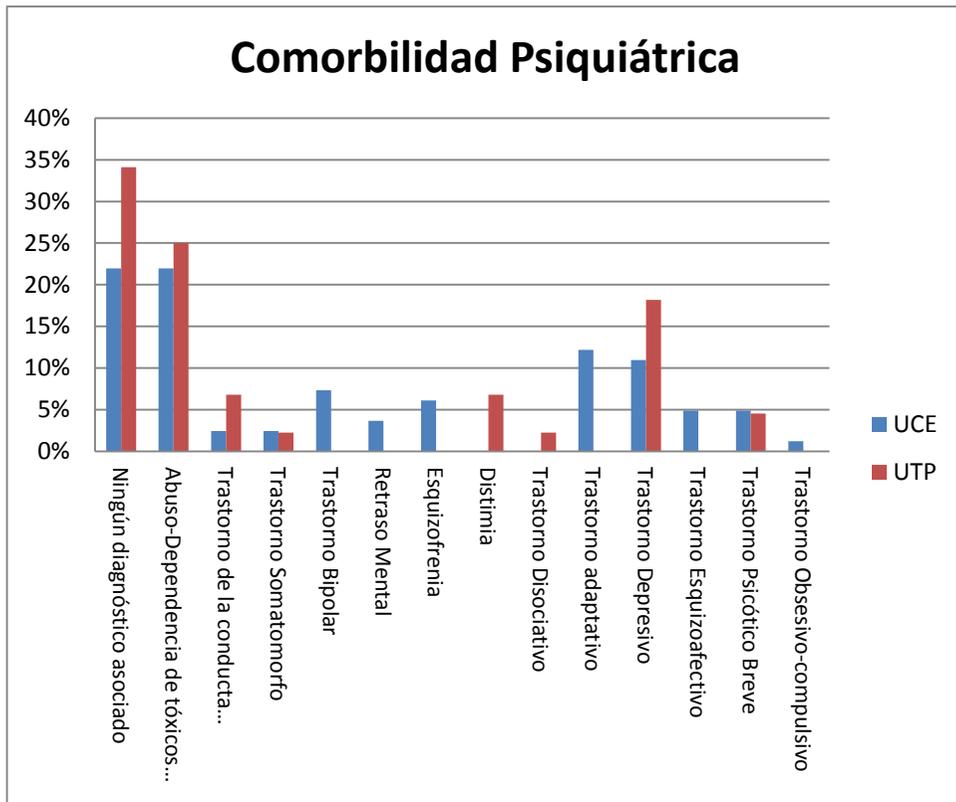
Observando la gráfica 48 y la tabla 61 vemos que existe mayor variedad en el tipo de patologías psiquiátricas comórbidas en la muestra de la UCE que en la de UTP, además estas patologías son de mayor gravedad (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastorno Esquizoafectivo...) en dicha unidad. También se observa que la proporción de pacientes de UTP con comorbilidad psiquiátrica es inferior a dicha proporción en UCE. Tras el análisis estadístico se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de esta variable entre ambas poblaciones. Dichas diferencias son:

1. La comorbilidad con el diagnóstico Distimia es más frecuente en UTP que en UCE. La diferencia es estadísticamente significativa.
2. La comorbilidad con el diagnóstico de Trastorno Adaptativo es más frecuente en UCE que en UTP. La diferencia es estadísticamente significativa.

3. Respecto al resto de los diagnósticos comórbidos, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

P= 0,004 (<0,05) Por lo tanto existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de esta variable entre ambas muestras.

Gráfica 48: comparación UCE - UTP según la comorbilidad psiquiátrica



Debemos añadir que si bien las diferencias encontradas en la distribución de los diagnósticos de Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo, entre ambas muestras, no son estadísticamente significativas, si asociamos dichos diagnósticos considerándolos Trastorno Mental Grave, sí que se encuentran diferencias estadísticamente significativas: existe mayor proporción de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave en UCE que en UTP.

Tabla 61: comparación UCE - UTP según la comorbilidad psiquiátrica

Comorbilidad Psiquiátrica		
	UCE	UTP
Ningún diagnóstico asociado	21,95%	34,09%
Abuso-Dependencia de tóxicos y/o alcohol	21,95%	25,00%
Trastorno de la conducta alimentaria	2,44%	6,82%
Trastorno Somatomorfo	2,44%	2,27%
Distimia	0,00%	6,82%
Trastorno Disociativo	0,00%	2,27%
Trastorno Bipolar	7,32%	0,00%
Retraso Mental	3,66%	0,00%
Esquizofrenia	6,10%	0,00%
Trastorno adaptativo	12,20%	0,00%
Trastorno Depresivo	10,98%	18,18%
Trastorno Esquizoafectivo	4,88%	0,00%
Trastorno Psicótico Breve	4,88%	4,55%
Trastorno Obsesivo-compulsivo	1,22%	0,00%

8.3. Comparación en función de variables de consumo de recursos y complejidad hospitalaria:

A. Uso de medidas de contención y tipo de las mismas:

Al comparar estadísticamente el comportamiento de ambas muestras respecto a esta variable, se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas (ver gráfica 49 y tabla 62). Estas diferencias se observan en lo siguiente:

1. La proporción de pacientes que no requieren ninguna medida de contención es mayor en la UTP que en la UCE. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

2. En caso de precisar medidas de contención:

a. La proporción de pacientes que precisan medidas psicológicas de contención es mayor en la UTP, y la diferencia es estadísticamente significativa, que en la UCE

b. La proporción de pacientes que precisan medidas de contención farmacológica es mayor en la UTP que en UCE. La diferencia es estadísticamente significativa.

c. La proporción de pacientes que precisan medidas de contención mecánica es mayor en UCE que en UTP. La diferencia es estadísticamente significativa.

$P= 0,000 (<0,05)$ Por lo tanto existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución de la variable medidas de contención en ambas muestras.

Gráfica 49: comparación UCE - UTP según el uso de medidas de contención

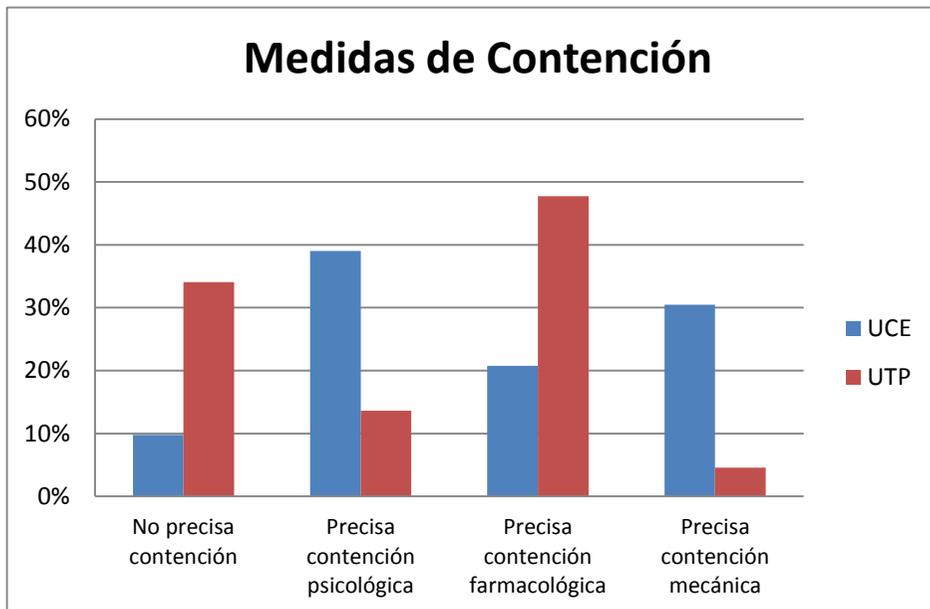


Tabla 62: comparación UCE - UTP según uso de medidas de contención

Medidas de Contención	UCE	UTP
No precisa contención	9,76%	34,09%
Precisa contención psicológica	39,02%	13,64%
Precisa contención farmacológica	20,73%	47,73%
Precisa contención mecánica	30,49%	4,55%

B. Pauta farmacológica:

Comenzaremos reflejando el contraste de ambas muestras respecto a cada uno de los grupos farmacológicos valorados en el estudio.

Respecto a los antidepresivos, ya en la gráfica 50 y en la tabla 63 se puede observar como la distribución de los pacientes en ambas unidades es muy similar. Posteriormente al realizar el análisis estadístico, se comprobó que realmente no existían diferencias estadísticamente significativas respecto a la proporción de pacientes que recibían tratamiento con Antidepresivos en ambas unidades.

P= 0,406 (p>0,05) Por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de esta variable en ambas muestras.

Gráfica 50: comparación UCE - UTP según uso de antidepresivos

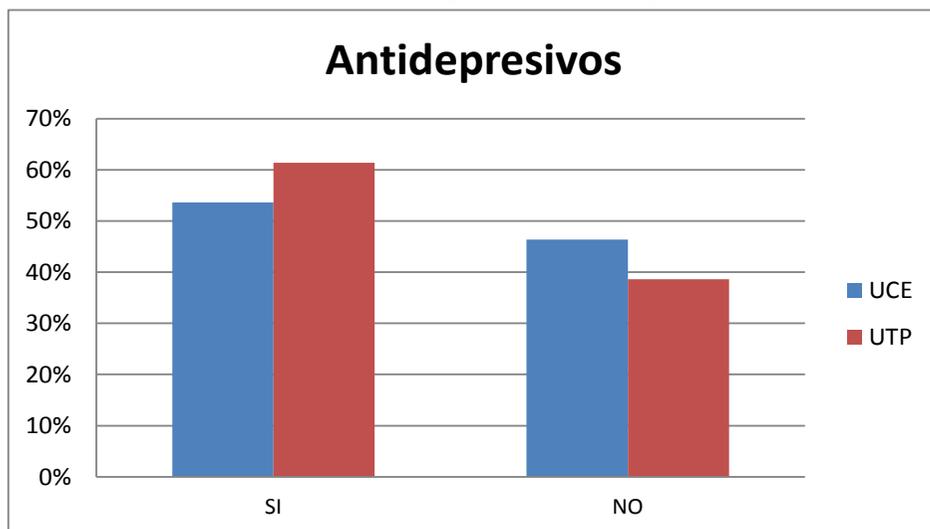


Tabla 63: comparación UCE - UTP según uso de antidepresivos

Antidepresivos	UCE	UTP
SI	53,66%	61,4%
NO	46,34%	38,6%

Al comparar la proporción de los pacientes que recibían tratamiento con Neurolépticos Típicos en UCE y en UTP, se observa en la gráfica 51 y en la tabla 64 que si bien la gran mayoría de los pacientes no lo recibían en ninguna de las dos unidades, sí que era superior el número de los que lo recibían en UCE. Al realizar el contraste estadístico de las muestras respecto a esta variable se comprobó que sí existían diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes con Neurolépticos Típicos pautados entre ambas muestras, siendo esta mayor en UCE que en UTP.

$P= 0,005$ ($p<0,05$) Por lo tanto existen diferencias estadísticamente significativas respecto al uso de neurolépticos típicos en ambas unidades.

Gráfica 51: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos típicos

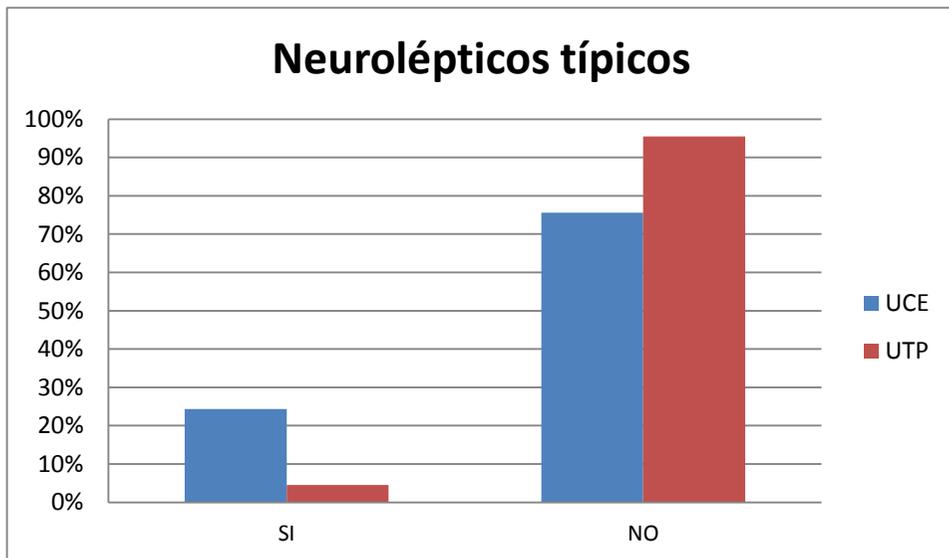


Tabla 64: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos típicos

Neurolépticos típicos	UCE	UTP
SI	24,39%	4,55%
NO	75,61%	95,45%

Al realizar el contraste de las muestras respecto al uso de Neurolépticos Atípicos se observó que no existían diferencias en la proporción de pacientes que los llevaban pautados en UCE y UTP. (Ver gráfica 52 y tabla 65)

$P= 0,808$ ($p>0,05$) Por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución de esta variable en ambas muestras.

Gráfica 52: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos atípicos

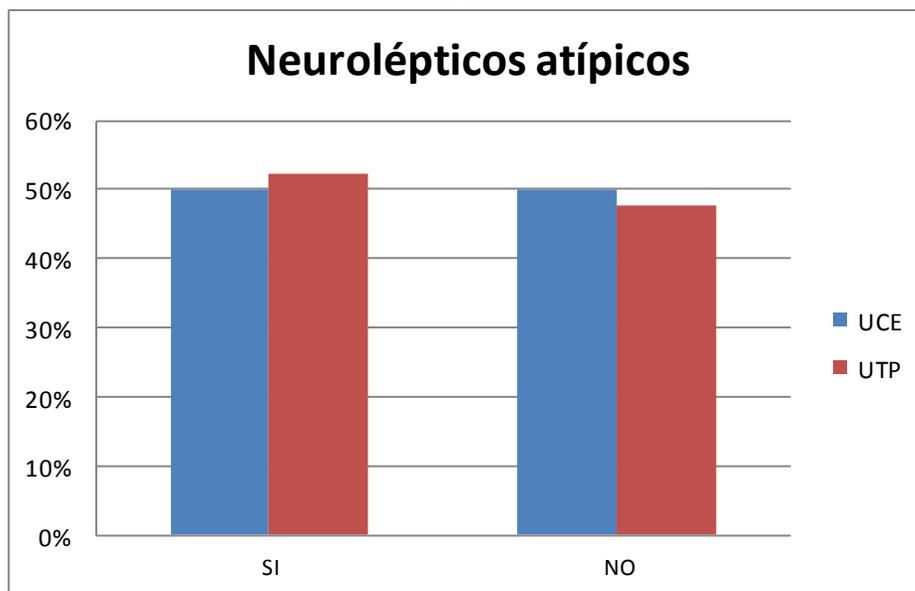


Tabla 65: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos atípicos

Neurolépticos atípicos	UCE	UTP
SI	50,00%	52,27%
NO	50,00%	47,73%

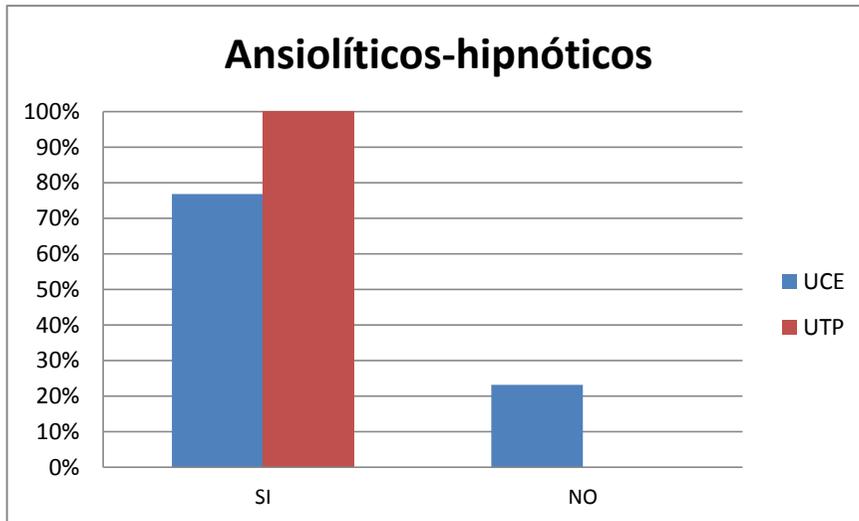
Respecto al uso de Ansiolíticos y/o hipnóticos se puede apreciar en la gráfica 53 y en la tabla 66 la diferencia en la distribución de ambas muestras, estando más generalizado el uso de las mismas en UTP que en UCE. Al realizar el contraste estadístico se comprobó que sí que existían diferencias estadísticamente significativas: la proporción de pacientes que recibían tratamiento con Ansiolíticos y/o hipnóticos era superior en la muestra de UTP que en la muestra de UCE.

P= 0,001 (<0,05) Por lo tanto existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de esta variable en ambas poblaciones

Tabla 66: comparación UCE - UTP según el uso de ansiolíticos-hipnóticos

Ansiolíticos - hipnóticos		
	UCE	UTP
SI	76,83%	100,00%
NO	23,17%	0,00%

Gráfica 53: comparación UCE - UTP según uso de ansiolíticos-hipnóticos



Al estudiar la distribución de ambas muestras respecto a la variable “Uso de Eutimizantes” se observa un mayor uso de los mismos en UTP que en UCE (ver gráfica 54 y tabla 67). Comprobamos si esta diferencia era estadísticamente significativa, encontrando que sí lo era: la proporción de pacientes con Eutimizantes pautados en su tratamiento era superior en UTP que en UCE.

P= 0,000 (<0,05) Por lo que existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de esta variable en ambas muestras.

Gráfica 54: comparación UCE - UTP según uso de eutimizantes

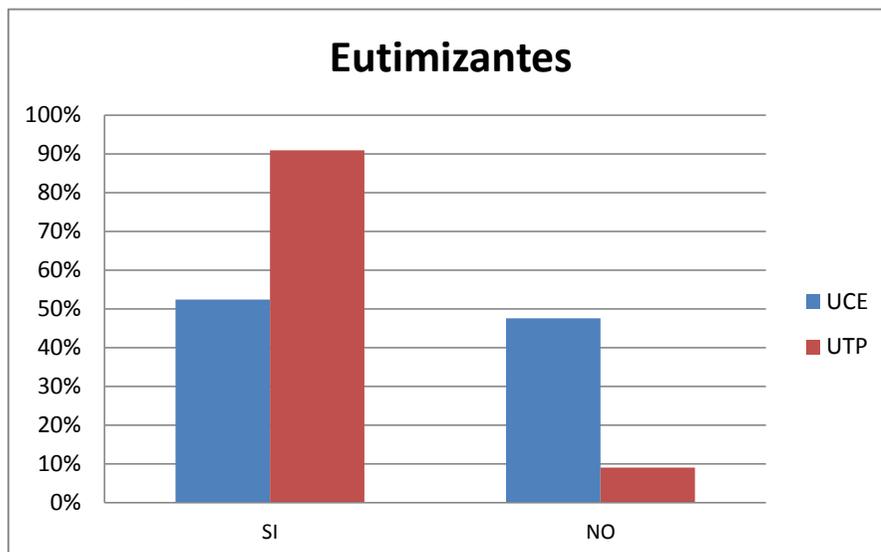


Tabla 67: comparación UCE - UTP según uso de eutimizantes

Eutimizantes	UCE	UTP
SI	52,44%	90,91%
NO	47,56%	9,09%

Tras realizar el estudio de los diferentes grupos farmacológicos, comparamos la distribución de ambas muestras respecto a la variable “Número de fármacos pautados por paciente y día”. De los datos recogidos y analizados durante el estudio descriptivo de cada una de las muestras, se extrae una distribución muy similar respecto a esta variable de ambas unidades, como se muestra en la gráfica 55 y en la tabla 68. Se observa que aumenta la diferencia entre ambas cuando el número de fármacos pautados por paciente y día es cinco o más, existiendo mayor proporción de pacientes en UCE (23,18%) con cinco o más fármacos pautados por día que en UTP (6,82%). Si bien tomando la totalidad de las categorías definidas para la variable y realizando el contraste estadístico, se comprueba que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras.

P= 0,449 (>0,05) Por lo tanto no hay diferencias estadísticamente significativas respecto al número de fármacos por paciente y día, utilizados en ambas unidades.

Gráfica 55: comparación UCE - UTP según número de fármacos por día

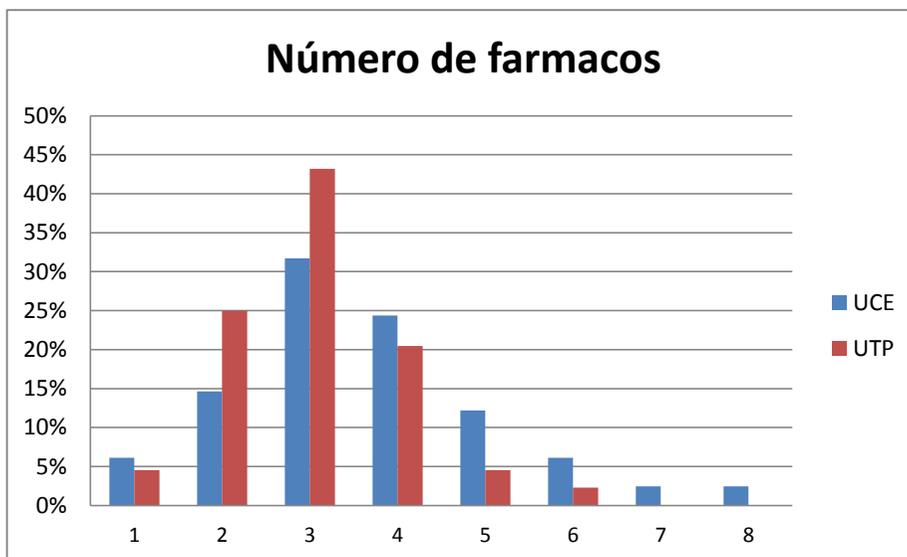


Tabla 68: comparación UCE - UTP según número de fármacos por día

Número de fármacos	UCE	UTP
1	6,10%	4,55%
2	14,63%	25,00%
3	31,71%	43,18%
4	24,39%	20,45%
5	12,20%	4,55%
6	6,10%	2,27%
7	2,44%	0,0%
8	2,44%	0,0%

C. Gasto farmacológico por paciente y día:

Como ya se ha comentado el gasto farmacológico por paciente y día en la muestra de UCE era de 4,88 Euros y la de la muestra de UTP era de 9,62 Euros, lo cual supone una clara diferencia (ver gráfica 56 y tabla 69). Se comprobó estadísticamente que esta diferencia observada era

estadísticamente significativa y se obtuvo un resultado positivo. Así la Media de gasto farmacológico por paciente y día es superior en la UTP, y la diferencia es estadísticamente significativa, que en la UCE.

-Test Levene: Significación 0,467 ($>0,05$) por lo tanto asumimos que las varianzas son iguales.

-T student: $P= 0,000$ ($<0,05$) Por lo tanto existen diferencias estadísticamente significativas respecto a las medias.

Gráfica 56: comparación UCE - UTP según gasto farmacológico/día/paciente

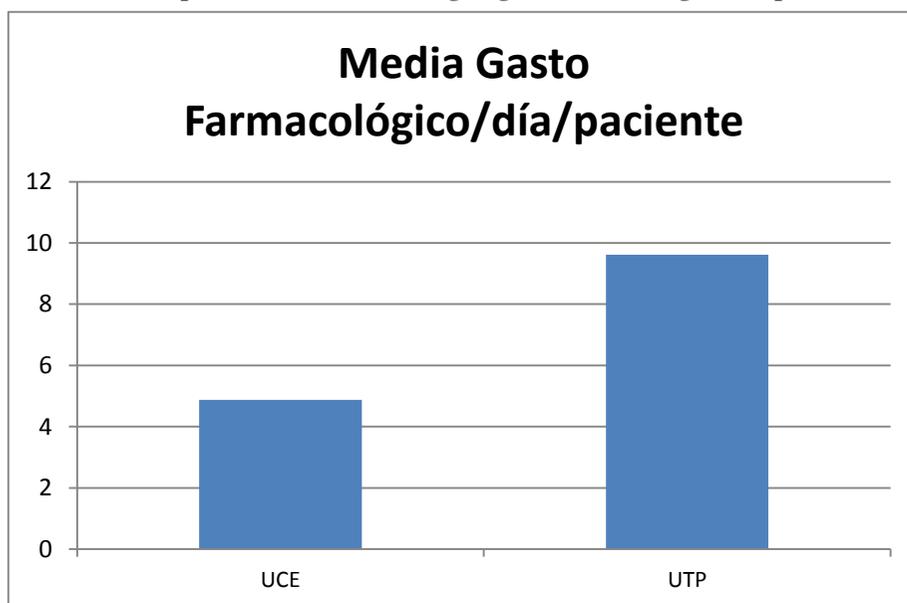


Tabla 69: comparación UCE - UTP según gasto farmacológico/día/paciente

Gasto farmacológico/día/Paciente		
	UCE	UTP
Nº casos validos	82	44
Media	4,88€	9,62€
Rango	24,469	20,276

9. COMPARACIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS RESPECTO A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA:

El último de los objetivos de nuestro estudio es comprobar las diferencias existentes, respecto al consumo de recursos sanitarios, entre los pacientes que sólo presentan un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad y los pacientes que presentan otras comorbilidades psiquiátricas asociadas. Esto lo hemos estudiado por separado en la muestra de UTP y en la muestra de UCE, valorando en cada caso las siguientes variables: necesidad de medidas de contención, gasto farmacológico medio por día y paciente (en base al tratamiento al alta) para UTP y también para UCE. En el caso de UCE se añadió la valoración de la duración media del ingreso en días.

9.1. Comparación del consumo de recursos respecto a la presencia o ausencia de comorbilidad psiquiátrica en UCE:

A. Duración del ingreso:

La muestra de UCE se dividió en dos submuestras, según la presencia o no de comorbilidad asociada al Trastorno de la Personalidad. Ya vimos como el 21,95% de los pacientes pertenecientes a esta muestra no presentaban otras comorbilidad psiquiátricas y el 78,05% de ellos sí presentaban alguna otra patología comórbida. Tras calcular la media de días que permanecían ingresados en UCE cada uno de estos grupos, obtuvimos 7,17 días de estancia media para los que no presentaban comorbilidad y 10,42 días de estancia media para los que sí presentaban comorbilidad (ver gráfica 57 y tabla 70). Al aplicar el T-Test se vio que no existían diferencias estadísticamente significativas en la duración del ingreso entre ambos grupos de pacientes.

1. T. Levene: significación = 0,233 (>0,05) por lo que asumimos varianzas iguales

2. T Test: $P= 0,316 (>0,05)$ por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Gráfica 57: duración ingreso en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica

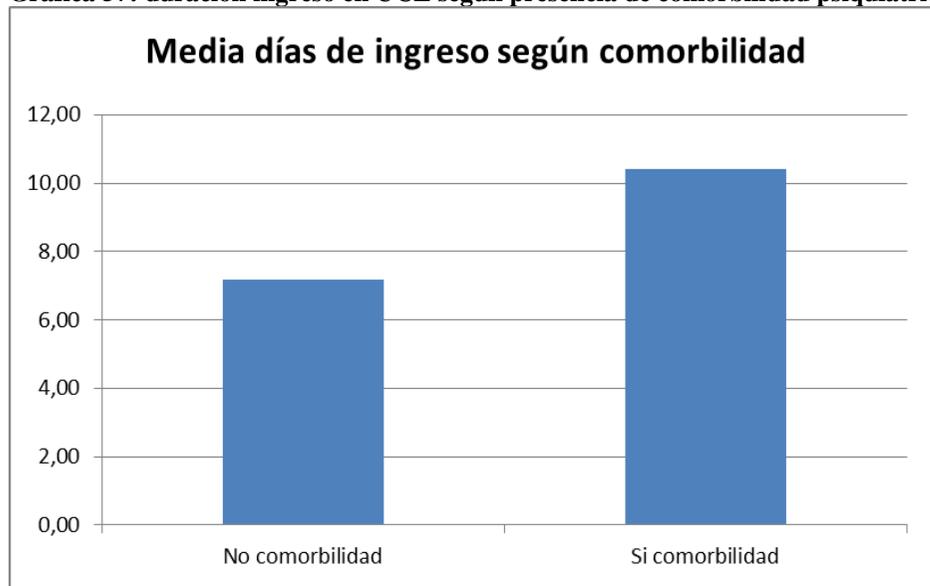


Tabla 70: duración ingreso en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica

Duración del ingreso según la comorbilidad	
	Media días de ingreso
Ninguna comorbilidad	7,17
Alguna comorbilidad	10,42

B. Necesidad de medidas de contención:

Comparamos los dos subgrupos de pacientes (presencia de comorbilidad y no presencia de comorbilidad), respecto al uso de medidas de contención y tipo de las mismas. La distribución de los mismos y los porcentajes obtenidos se pueden ver en la gráfica 58 y en la tabla 71. Al observarlas vemos como los sujetos con trastorno de la personalidad y sin otra patología comórbida precisan todos ellos de algún tipo de contención, mientras que los que sí tienen una patología comórbida, en un 12,50% de los casos no precisan de medidas de contención. También se observa diferencias en la distribución respecto a la contención farmacológica que es precisada con más frecuencia

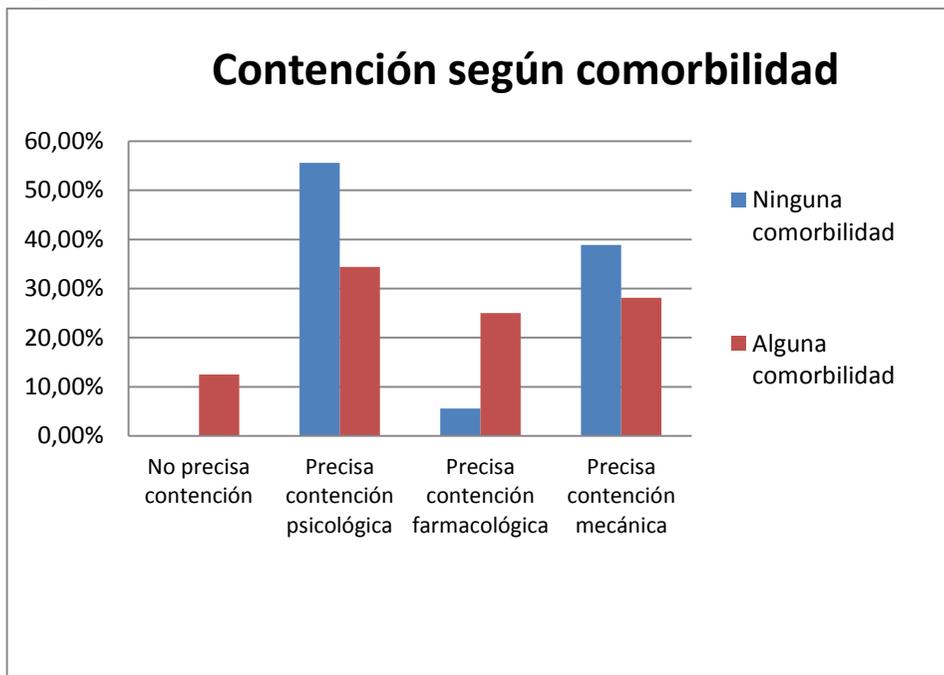
por los pacientes con alguna patología comórbida (25%) que por los que no tenían ninguna comorbilidad (5,60%). Se realizó un contraste estadístico de ambos grupos y se vio que estas diferencias no eran estadísticamente significativas y que el uso de las medidas de contención y el tipo de las mismas puede considerarse equivalente en ambos casos.

P= 0,77 (>0,05) Por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 71: medidas de contención en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica

Medidas de Contención según comorbilidad				
	No contención	Contención psicológica	Contención farmacológica	Contención mecánica
Ninguna comorbilidad	0,00%	55,60%	5,60%	38,90%
Alguna comorbilidad	12,50%	34,40%	25,00%	28,10%

Gráfica 58: medidas de contención en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica



C. Gasto farmacológico por día y paciente:

Nuevamente dividimos la muestra de UCE en dos subgrupos según la presencia o no de comorbilidad psiquiátrica, y comparamos ambos grupos respecto al gasto farmacológico por paciente y día (basado en el tratamiento pautado al alta). Podemos ver en la gráfica 59 y en la tabla 72 que aquellos que presentaban comorbilidad asociada tenían un gasto farmacológico medio por día de 6,49 euros mientras que los que no la presentaban tenían un gasto farmacológico medio por día de 4,57 euros. Tras comparar estadísticamente ambos grupos respecto a esta variable, se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas respecto al gasto farmacológico entre los pacientes con comorbilidad asociada y los que no presentaban dicha comorbilidad.

1. T. Levene: significación: 0,072 ($>0,05$) asumimos varianzas iguales
2. T. Test: $P= 0,172$ ($>0,05$) por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Gráfica 59: gasto farmacológico en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica

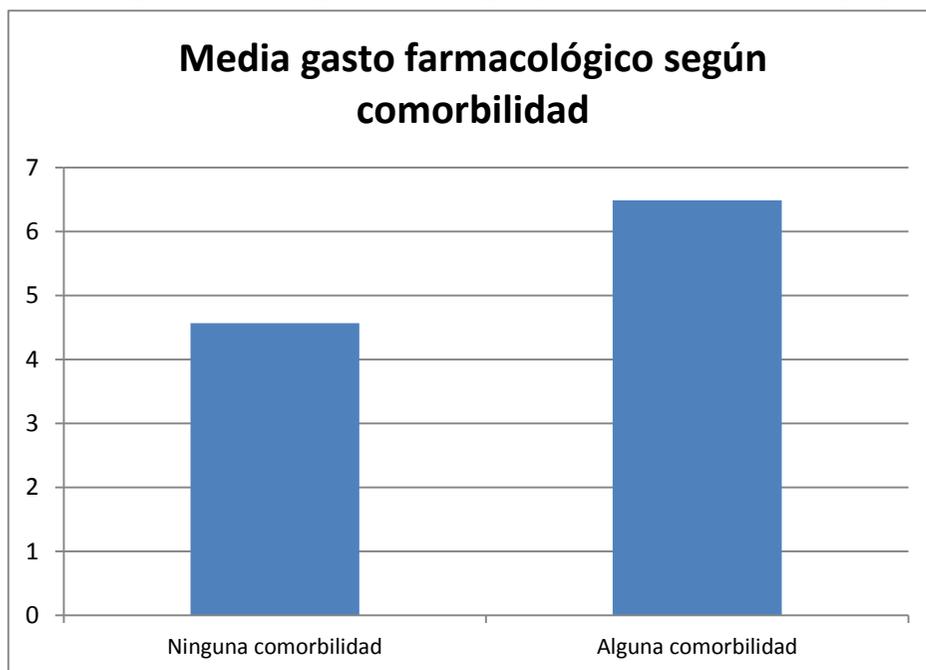


Tabla 72: gasto farmacológico en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica

Gasto farmacológico según comorbilidad	
	Media de gasto farmacológico/día/paciente
Ninguna comorbilidad	4,57 €
Alguna comorbilidad	6,49 €

9.2. Comparación del consumo de recursos respecto a la presencia de comorbilidad en UTP:

A. Necesidad de medidas de contención y tipo de las mismas:

Con la muestra originaria de UTP, se realizó la misma división comentada para la muestra de UCE: por un lado pacientes que tan sólo estaban diagnosticados de trastorno de la personalidad, y por otro, pacientes que además presentaban otras patologías psiquiátricas comórbidas. Estos subgrupos se compararon respecto a la variable necesidad de medidas de contención y tipo de las mismas, y se distribuían respecto a ella, como se ve en la gráfica 60 y en la tabla 73. La principal diferencia reside en la necesidad de contención mecánica, que existió en un 6,9% de los pacientes con algún tipo de comorbilidad y en ninguno de los que sólo estaban diagnosticados de trastorno de la personalidad. Comparando estadísticamente ambos grupos se vio que no existían diferencias estadísticamente significativas respecto al uso de las medidas de contención y el tipo de las mismas entre pacientes con comorbilidad y pacientes sin ella.

P= 0,954 (>0,05) Por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Gráfica 60: medidas de contención en UTP según la presencia de comorbilidad psiquiátrica

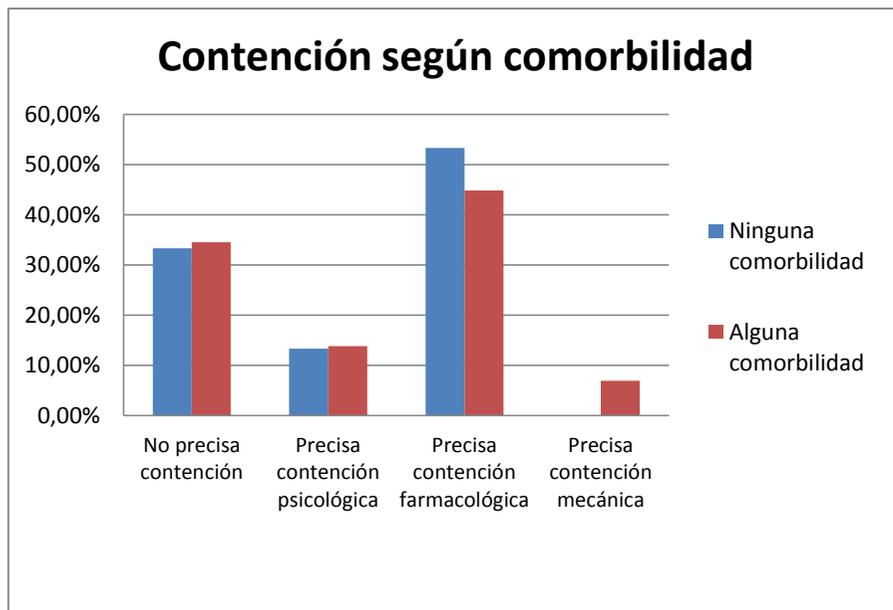


Tabla 73: medidas de contención en UTP según presencia de comorbilidad psiquiátrica

Medidas de contención según comorbilidad				
	No contención	Contención psicológica	Contención farmacológica	Contención mecánica
Ninguna comorbilidad	33,30%	13,30%	53,30%	0,00%
Alguna comorbilidad	34,50%	13,80%	44,80%	6,90%

B. Gasto farmacológico por día y paciente:

Comparando el grupo de pacientes de UTP que presentan alguna comorbilidad psiquiátrica asociada al trastorno de la personalidad con los que no la presentan, respecto a la variable gasto farmacológico medio por día y paciente (respecto a la pauta de tratamiento al alta), vemos en la gráfica 61 y en la tabla 74 como las medias son muy similares: 10,09 euros y 9,06 euros respectivamente. Realizando un contraste estadístico de ambos grupos respecto a esta variable, se comprueba como no existen diferencias

estadísticamente significativas respecto al gasto farmacológico medio por día y paciente entre ambos.

1. T. Levene: Significación 0,298 ($>0,05$) por lo tanto asumimos varianzas iguales.

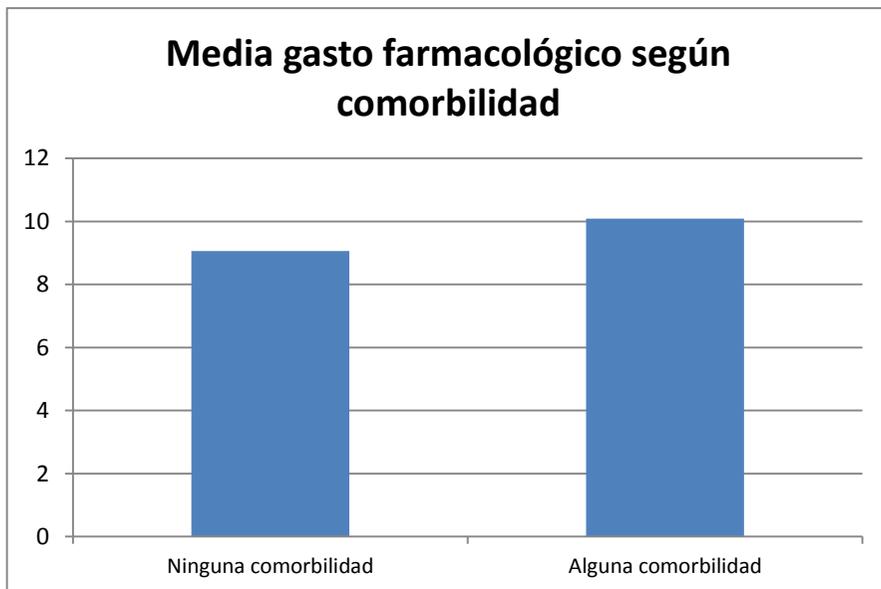
2. T Test: $P= 0,462$ ($>0,05$) Por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Así pues el gasto farmacológico no se ve afectado por el hecho de tener o no un diagnóstico psiquiátrico comórbido.

Tabla 74: gasto farmacológico en UTP según la presencia de comorbilidad psiquiátrica

Gasto farmacológico según comorbilidad	
	Media de gasto farmacológico/día/paciente
Ninguna comorbilidad	9,06 €
Alguna comorbilidad	10,09 €

Gráfica 61: gasto farmacológico en UTP según presencia de comorbilidad psiquiátrica





V.- DISCUSIÓN

1. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO:

Partimos de la ventaja que supone un estudio en el que ha intervenido un equipo multidisciplinar dentro del ámbito de la psiquiatría (psiquiatras, médicos, residentes de psiquiatría, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales...), y la posibilidad de revisión de estudios previos sobre el perfil sociodemográfico, el consumo de recursos y la complejidad hospitalaria, así como el perfil clínico de los pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad.

Nosotros hemos intentado por un lado comprobar la concordancia de dichos estudios previos con los datos obtenidos dentro de nuestro ámbito clínico y social, así como “completar” en algunos aspectos los mismos. En este sentido creemos que una de nuestras principales aportaciones es el haber realizado un estudio específico sobre la UTP de Zaragoza, puesto que en la actualidad, es una de las pocas Unidad Específicas de Tratamiento para pacientes con Trastornos de la Personalidad en régimen de ingreso completo que existen. Esto también supone una dificultad en cuanto a la posibilidad de comparación con otros estudios, dado que al revisar la bibliografía nos encontramos con escasas publicaciones sobre unidades de estas características, tratando la gran mayoría, sobre unidades específicas con ingresos parciales que siguen la estructura de un hospital de día.

También creemos que nuestro estudio, que engloba una amplia evaluación de diferentes áreas tanto de perfil clínico, sociodemográfico, como de consumo de recursos sanitarios, puede aportar nuevas posibilidades y abrir caminos de reflexión que optimicen la utilización de los recursos hospitalarios por parte de este grupo de población, quienes queda demostrado a lo largo de la bibliografía y la práctica clínica, consumen y saturan una elevada cantidad de los mismos. Esto favorecería la optimización del uso de los medios existentes, así como mejoraría la atención sanitaria de los pacientes con Trastorno de la Personalidad.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, en primer lugar debemos hacer referencia a la toma de la muestra ya que no hemos usado sistemas de aleatorización. Hemos optado por estudiar a los pacientes según su orden de ingreso, de forma consecutiva; incluyendo todos los que ingresaron en las dos

unidades a estudio durante el periodo de recogida de datos. Hemos preferido este sistema ya que al ser nuestra muestra relativamente escasa (su tamaño viene limitado por el periodo de recogida de datos), nos ha permitido hacer partícipes a todos los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad, sin exclusión de ninguno de ellos.

Como hemos comentado, otra limitación sería el tamaño de la muestra, que ha venido definido por un lado por las limitaciones temporales en la recogida de datos y también por otros factores como: el hecho de que la UTP de Zaragoza sea una unidad con seis camas y un ingreso programado de dos meses supone que la rotación de los pacientes sea baja, y el hecho de haber utilizado unos estrictos criterios diagnósticos (criterios diagnósticos DSM-IV TR y evaluación con la escala IPDE) a la hora de la inclusión de los pacientes de la UCE del Hospital San Jorge de Huesca, dirigidos a intentar lograr resultados lo más representativos posibles de la patología a estudio, y evitar los posibles falsos positivos. También para evitar falsos positivos y evitar la inclusión en el estudio de personas con rasgos vulnerables de personalidad pero que no cumplen criterios para el diagnóstico de un Trastorno de la Personalidad Específico, no se ha incluido en el estudio el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad no especificado.

Respecto a la muestra de UCE debemos comentar que nuestro estudio tiene en común con otros realizados en muestras ingresadas en unidades de agudos ¹⁰⁷ la siguiente posibilidad de mejora: el diagnóstico de trastorno de la personalidad puede estar sesgado por el estado mental alterado que presentaban los pacientes en el momento de la valoración, pudiendo dar lugar esto a una estimación aumentada (falsos positivos) de los casos de trastorno de la personalidad. Otra debilidad sería el no haber registrado el número total de pacientes ingresados en UCE durante el tiempo que duró el estudio, lo cual nos ha limitado e impedido calcular la prevalencia total del trastorno de la personalidad en dicha unidad, por lo que no hemos podido comparar este dato con estudios previos.

El estudio del consumo de recursos y la complejidad hospitalaria se ha realizado en base a una serie de variables, que si bien nos aportan una información limitada y dibujan la realidad de estos pacientes, permiten realizar una aproximación superficial al consumo sanitario existente. Por

supuesto reconocer que este punto requiere una mayor profundización, recogiendo datos sobre frecuentación de servicios de urgencias, coste de personal, coste de tratamientos ambulatorios, coste de las psicoterapias realizadas, coste de la estancia hospitalaria en sí, costes indirectos (mortalidad prematura, incapacidad temporal, invalidez, baja productividad). Además hemos intentado “objetivar” lo que consideramos variables de complejidad hospitalaria como “la necesidad de contención durante el ingreso y el tipo de la misma”, pero como es lógico, supone una aproximación por nuestra parte. Respecto al cálculo que hemos realizado del coste económico en base al gasto farmacológico, sabemos que supone tan sólo una pequeña parte del gasto socioeconómico total que esta patología supone. Según el “Libro Blanco sobre el estudio socioeconómico sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España” (1998), los costes directos supondrían el 38,8% y los indirectos el 61%, dentro de los primeros las consultas ambulatorias suponen el 10,4%, los gastos en farmacia el 7,8% y la hospitalización el 20,6%. Por tanto nosotros hemos evaluado ese < 8% del gasto socioeconómico total de los pacientes con trastorno de la personalidad, el cual aun siendo una pequeña parte del total, supone una aproximación hacia el mejor conocimiento del mismo.¹⁰⁸

El haber comparado dos muestras de dos poblaciones diferentes y con un funcionamiento distinto, como son una procedente de una “Unidad de Tratamiento Específico para Trastorno de la Personalidad” y una procedente de una “Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica”, también constituye en cierta forma un punto débil en nuestro estudio, puesto que la estabilidad clínica de los pacientes en dichas unidades no es comparable, así como tampoco lo son los objetivos planteados al ingreso en ambas. Aunque sí que nos aporta información sobre las características sociodemográficas que se mantienen constantes en ambas poblaciones, así como de los perfiles clínicos que las diferencian en unos casos y las igualan en otros. Existen estudios previos sobre Trastornos de la Personalidad basados en la comparación de muestras originarias de distintos medios: Koenigsberg (1982), Korfine (2009). Este último justifica este tipo de estudios con lo siguiente: “A menudo se obtienen participantes para un estudio de diferentes medios (hospitales, comunidad, pacientes ambulatorios...). Es una asunción común, pero a menudo sin constatar, que los participantes que comparten criterios diagnósticos para un trastorno determinado, tenderán a manifestar un perfil similar de síntomas,

incluso teniendo orígenes diferentes. Sin embargo esto puede no ser así, y más particularmente en el caso de los Trastornos de la Personalidad, puesto que individuos con este diagnóstico y origen en diferentes medios clínicos, pueden generar diferentes perfiles clínicos, diferente severidad o diferente comorbilidad”.¹⁰⁹ Por el contrario el haber comparado poblaciones procedentes de dichas unidades tan diferentes constituye el punto más novedoso de nuestro estudio, puesto que revisando la bibliografía no hemos encontrado estudios previos que comparen una muestra o población de una Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica con una muestra o población de una Unidad Específica de Tratamiento, por lo que si bien esto nos ha obstaculizado a la hora de poder comparar las diferencias y similitudes halladas en nuestro estudio, también aporta nuevos datos que contribuyen a un mejor conocimiento de los pacientes aquejados de un trastorno de la personalidad.

Respecto a la realización de un estudio descriptivo transversal, si bien puede presentar desventajas respecto a los estudios longitudinales, hemos considerado sus ventajas: es un tipo de estudio que permite una buena selección de los sujetos incluidos, requiere poco tiempo de ejecución y bajo coste económico, al realizarse sobre una muestra y al no existir un seguimiento en el tiempo de los individuos. Además supone un buen paso inicial en la elaboración de posteriores estudios de cohorte. Como inconvenientes de este tipo de estudio destacar que: no analiza la dinámica de los eventos (no identifica relaciones causales), se basa sólo en prevalencias, y por supuesto reconocer, que la realización de un estudio longitudinal nos habría dado más información sobre la evolución a lo largo del tiempo de ambas poblaciones y de sus características.

2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA MUESTRA DE UCE:

2.1. Perfil sociodemográfico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UCE:

Género:

Dentro de la muestra originaria de UCE, la distribución respecto al género está bastante equilibrada si bien existe una mayor proporción de hombres (55%) que de mujeres (45%). Estos datos encontrados en nuestro estudio, se corresponden con los hallados en la bibliografía respecto a la distribución en el medio comunitario, según los cuales, el diagnóstico en general de Trastorno de la Personalidad es más frecuente en hombres que en mujeres pero con diferencias muy pequeñas. Si bien comparando nuestra muestra con otros estudios realizados con pacientes ingresados Unidades Psiquiátricas Generales, vemos como en estos, la diferencia entre hombres y mujeres es algo mayor, suponiendo los hombres alrededor de 2/3 de los pacientes ingresados con Trastorno de la Personalidad^{107, 110, 111, 112}, salvo en un estudio epidemiológico realizado en nuestro medio (Hospital Clínico Universitario de Zaragoza) por el Seva et al en 1995. En este se encuentra un 58% de varones y un 42% de mujeres, cifras mucho más próximas a las nuestras.⁸

Edad:

En nuestra muestra se encontró una edad media de 35 años. En la literatura revisada sobre estudios comunitarios, se refleja cómo los Trastornos de la Personalidad son más frecuentes entre los individuos jóvenes, marcándose una edad media para el mismo de entre 25 y 44 años. Cifras con las que coincide nuestra edad media muestral. Al comparar nuestra media de edad muestral con las encontradas en otros estudios sobre Trastornos de la Personalidad ingresados en Unidades de Psiquiatría Generales, vemos como coinciden todas ellas en el mismo rango (25-44 años). Gabbard en su estudio del año 2000, refleja una media de edad de 37,9 años¹¹³; Steinert en su estudio del año 2008, refleja una media de edad de 33 años¹¹⁴; Estas cifras para la edad media también son encontradas en estudios realizados en

poblaciones no Occidentales, así Thuo en su estudio de 2008 realizado en Kenia reflejó una edad media de 31 años ¹¹², por tanto no parece existir un sesgo transcultural en este sentido. También se encuentra concordancia respecto a la edad media al estudio realizado en la UCE del Hospital Clínico de Zaragoza, donde la edad media era de 30 años ⁸. Al comparar la distribución de nuestra muestra por grupos de edad con otros estudios, vemos que si bien coinciden en ser una población joven, 89,01% son menores de 43 años ¹¹⁵, existen diferencias respecto a la distribución. Nuestra muestra presenta una mayor proporción de pacientes con edad algo más avanzada, comprendidas entre 38 y 42 años, que lo que reflejan los estudios revisados ¹¹⁶. Esta diferencia podría explicarse por el hecho de que nuestra muestra clínica proviene de un medio social cuya población presenta una marcada tendencia al envejecimiento.

Lugar de residencia:

Comparando los datos obtenidos respecto al lugar de residencia en nuestro estudio, con los hallados en otros estudios similares, vemos que existen algunas diferencias aunque mínimas: la proporción de pacientes que convivían con su familia (considerando familia tanto padres y hermanos como pareja e hijos) en nuestro estudio es algo inferior (63,41%) a la mostrada en otros estudios, mientras que la proporción de pacientes que vivían solos en su propio domicilio (26,83%) era similar, y era superior la proporción de pacientes que vivían con compañeros de piso (4,88%) o en medios residenciales o institucionales (4,88%). Stevenson en su estudio de 2011 encontraba un 75% de pacientes que convivían con su familia, un 21,05% de pacientes que vivían solos, un 1,50% de pacientes convivían con compañeros de piso y un 2,26% vivían en un medio residencial o institución.

¹¹⁷

Estado Civil:

Como se comentó en la introducción, lo más frecuente es que los pacientes con trastorno de la personalidad, permanezcan solteros o sin pareja estable, y que en caso de casarse, se divorcien o se separen. Esta tendencia se confirma en los datos que respecto al estado civil hemos hallado en la muestra clínica de la UCE: solteros 56,10%; divorciados-separados 21,95%; casados- pareja estable 20,73% y viudos 1,22%. Al compararlos con estudios realizados en

medios clínicos, exactamente en Unidades de Psiquiatría General, vemos que también se mantiene esta tendencia con cifras del 69% de solteros en el estudio de Hayward de 2007¹⁰⁷; o 70,8% de solteros en el estudio de Zanarini de 2001¹¹⁸. Estas proporciones de solteros superan ampliamente las encontradas en nuestra muestra, si bien en otros estudios, las proporciones halladas se aproximan más a ellas: Mulder en su estudio de 1991 en Nueva Zelanda¹¹⁶ encuentra: 58,50% de solteros, 24% de casados y 17,50% de divorciados. Stevenson en su estudio de 2011¹¹⁷ encuentra: 43,61% de solteros, 34,59% de casados, 18,05% de divorciados y 3,75% de viudos.

Situación Laboral:

Comentamos en el apartado de resultados como sólo el 4,88% de los individuos de nuestra muestra estaban estudiando en el momento previo al ingreso, no ha de sorprender esta baja cifra tanto por la edad media de la muestra (35 años) como por la tendencia existente dentro de los trastorno de la personalidad y ampliamente descrita en la bibliografía, a presentar un nivel educativo inferior al de la población general. En la bibliografía también se describen unas tasas de desempleo para este tipo de pacientes de entre el 20% y el 40%. En nuestra muestra la proporción de desempleo es algo inferior a esta (17,07%), y tampoco se corresponde con las encontradas en estudios realizados en Unidades de Psiquiatría General: 63,90% de desempleados¹¹⁷ y 35% de desempleados¹⁰⁷. Tampoco coinciden nuestras cifras de sujetos en activo, que en cómputo global (sumando el empleo ordinario y el empleo protegido) asciende a un 53,66% de los pacientes, frente a un 36,10% de pacientes en activo en la bibliografía revisada¹¹⁷. La proporción de pacientes en situación de Incapacidad Laboral Permanente también es inferior en nuestra muestra (20,73%) que la hallada en la bibliografía (45%)¹¹⁷. Estas diferencias indican que nuestra muestra a estudio, presentaba una situación laboral más normalizada que las muestras sobre las que se realizaron otros estudios, lo cual nos habla de una mejor adaptación y ajuste social previos al ingreso. En los estudios consultados no se recogía la proporción de pacientes en activo pero en empleo protegido de manera concreta, pero la proporción de los mismos hallada en nuestra muestra (9,76%) también puede justificar la existencia de menos pacientes desempleados y en situación de Incapacidad Laboral Temporal, puesto que estos que tienen un empleo protegido, de no tenerlo pasarían a sumarse a una de estas otras categorías.

Tabla 75: resumen discusión variables sociodemográficas UCE

RESUMEN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-UCE	DIFERENCIAS RESPECTO A OTROS ESTUDIOS
SEXO	No diferencias significativas
EDAD	No diferencias en Edad Media Población joven, pero por grupos de edad mayor proporción de sujetos en grupo 38-42 años.
LUGAR DE RESIDENCIA	No diferencias significativas
ESTADO CIVIL	No diferencias significativas
SITUACIÓN LABORAL	Menos desempleados Mas activos laboralmente Menos sujetos con ILP

2.2. Perfil clínico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UCE:

Al comparar los perfiles clínicos obtenidos en nuestra muestra con los descritos en los estudios existentes en la bibliografía, nos hemos encontrados con algunas dificultades debido a diferentes metodologías y diseños de estudios utilizados, los cuales pueden dar lugar a sesgos a la hora de la interpretación y comparación de los mismos. Algunos de los estudios revisados partían de diferentes diseños de estudio puesto que: no diferenciaban entre diagnóstico de trastorno de la personalidad principal y secundario, de tal forma que los contabilizaban todos por igual a la hora de calcular las prevalencias. Cuando sí que diferenciaban el diagnóstico principal, algunos de los estudios consultados no utilizaban el sistema clasificadorio DSM-IV sino usaban el CIE-10 o el DSM-III, para intentar minimizar los efectos de usar clasificaciones diferentes y facilitar la comparación, utilizamos un índice de correspondencias CIE-10-DSM-IV ¹¹⁹. Todo esto ha dado lugar a diferencias en la distribución de nuestra muestra respecto a la variable cluster y diagnóstico específico de trastorno de la personalidad (diferencias que pueden deberse a este sesgo más que a unas diferencias reales), y dificultades para comparar la distribución respecto a la variable segundo diagnóstico en el Eje II, puesto que no se reflejaba una distribución de los segundos diagnósticos al no haberlos diferenciado. Esta diferencia en la metodología, la hemos encontrado también al estudiar la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas. Algunos de los estudios sólo

reflejan la prevalencia de la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas, sin especificar de qué patologías se tratan. También aquí hemos encontrado estudios en los que no se diferenciaban diagnósticos específicos sino sólo grupos de patologías como trastornos afectivos o trastornos por ansiedad, lo que no nos ha permitido realizar una comparación minuciosa de los datos encontrados en nuestro estudio respecto a esta variable. Por otro lado, en nuestro estudio, a la variable comorbilidad se le dio el mismo trato que a los diagnósticos específicos de trastorno de la personalidad: se diferenció el diagnóstico principal comórbido de otros posibles diagnósticos concurrentes, registrando tan sólo el principal. Puesto que en otros estudios se registraron todos los diagnósticos comórbidos existentes sin realizar esta diferenciación, también con esta variable encontramos un posible sesgo que nos limita a la hora de obtener conclusiones en la comparación de nuestro estudio con los existentes en la bibliografía.

Por lo tanto debemos tener en cuenta este posible sesgo en la comparación de los resultados de nuestra muestra con los datos encontrados en la bibliografía.

Cluster:

En nuestro estudio vimos como en UCE el Cluster más frecuente era el B (69,51%) seguido del Cluster A (19,51%) y del Cluster C (10,98%). Comparando estos resultados con los encontrados en estudios previos realizados en unidades de psiquiatría general, vemos como nuestra muestra sigue la tendencia en ellos descritos: una preponderancia del Cluster B sobre los otros dos ^{107, 110, 111, 112, 120, 121}. Si bien existen discrepancias respecto a la frecuencia del Cluster A y Cluster C puesto que encontramos artículos en los que, al igual que en nuestro estudio, es el Tipo de los sujetos Extraños más prevalente que el Tipo de los sujetos Temereros ^{107, 110, 121}, pero también encontramos otros en los que se describe la tendencia contraria ^{111, 118}. En el estudio realizado en la UCE del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza ⁸, encontramos la misma distribución respecto al Cluster que la hallada en nuestro estudio, salvo que con una menor proporción de Cluster B (55,14%) y Cluster C (6,08%), y una proporción algo mayor de Cluster A (38,78%). La mayor presencia de sujetos del Cluster B y del Cluster A en nuestra muestra, puede ser explicada por las características clínicas de los mismos.

Ambos grupos de pacientes tiene mayor tendencia a sufrir ingresos psiquiátricos por ser frecuente en ellos los intentos autolíticos, el consumo de sustancias, las descompensaciones de tipo psicótico y las alteraciones de conducta en general.

Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad:

Al estudiar el trastorno de la personalidad específico diagnosticado, en nuestra muestra vemos con el más frecuente es el Trastorno Límite de la personalidad (56,10%), seguido del Trastorno Paranoide de la personalidad (13,41%) y el Trastorno Histriónico de la personalidad (8,54%). El resto de ellos aparecen pero en una proporción mucho menor, salvo el Trastorno Narcisista de la personalidad que no fue diagnosticado, al menos como diagnóstico principal, a ningún paciente. Los tres diagnósticos más prevalentes pertenecen dos de ellos al Cluster B y uno de ellos al Cluster A. Como ya se ha comentado antes, que estos diagnósticos sean los más frecuentes en UCE es relativamente esperable, puesto que son pacientes que tienden a presentar descompensaciones psicopatológicas y crisis que requieren ingresos en unidades de psiquiatría con frecuencia. Al comparar nuestros resultados con los datos encontrados en la planta de psiquiatría del Hospital Clínico de Zaragoza ⁸, vemos que existen diferencias: El Trastorno Límite de personalidad (24,33%) no es el más prevalente, aunque sigue siendo el segundo en frecuencia. El Trastorno Esquizoide de la personalidad es el más diagnosticado (30,42%), mientras que nosotros sólo lo encontramos en un 2,44% de los pacientes. El Trastorno Histriónico de la personalidad, al igual que en nuestra muestra, es el tercero en frecuencia aunque en una mayor proporción (16,35%). Existe una menor prevalencia del Trastorno Paranoide de la personalidad (8,36%), mientras que nosotros lo hallamos con el segundo más prevalente. Por último, el Trastorno Antisocial de la Personalidad, que en nuestra muestra estaba presente en un 4,88% de los casos, en ese estudio está presente en el 14,44% de los casos. Las diferencias encontradas entre nuestro estudio y el realizado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, pueden ser explicadas por el paso del tiempo y los cambios sociales acaecidos, puesto que este estudio con el que nos comparamos está basado en datos recogidos entre 1975 y 1995, es decir, once años previo al nuestro. Si comparamos nuestra muestra con los resultados

reflejados en otros estudios más recientes ^{107, 110, 114, 120, 122} realizados entre el año 2000 y el 2008, comprobamos que el Trastorno Límite de la personalidad aparece en ellos como el más prevalente (49,01%-70%), al igual que en nuestro estudio. El Trastorno Antisocial de la personalidad es en éstos también más prevalente que en nuestra muestra, siendo diagnosticado en entre un 25% y un 39% de los pacientes. El Trastorno Esquizoide tiene una baja prevalencia igual que en nuestro estudio, llegando a estar ausente en algunos de los estudios consultados. El Trastorno Histriónico de la personalidad es diagnosticado en menor proporción (1,5%) que en nuestra muestra, salvo en un estudio realizado en Argentina ¹²⁰ donde también era el tercer diagnóstico más prevalente. Seguramente esta similitud en este trastorno está relacionada con las similitudes existentes entre nuestra sociedad y nuestra cultura con las hispanas. Por último, respecto al Trastorno Paranoide de la personalidad, se observan discrepancias entre los estudios, apareciendo bien como el segundo diagnóstico más frecuente o bien como el cuarto o quinto diagnóstico más frecuente. Las diferencias encontradas respecto al Trastorno Antisocial de la personalidad, requerirían de más estudios que confirmasen si ingresan menos en la UCE porque recae más su tratamiento sobre unidades de tipo penitenciario debido a la elevada frecuencia de conductas delictivas. También harían falta más estudios para poder explicar la diferencia existente respecto a la prevalencia en UCE del Trastorno Paranoide de la personalidad. Por último, no debemos olvidar el posible sesgo a la hora de comparar los resultados, y que puede dar lugar a similitudes y diferencias inexistentes, creado por la diferente metodología existente entre nuestro estudio y los estudios previos, la cual ya ha sido comentada previamente.

Segundo diagnóstico en Eje II:

En nuestro estudio hallamos que tienen más de un diagnóstico específico de trastorno de la personalidad el 32,93% de los pacientes ingresado en UCE. Cuando un segundo diagnóstico era realizado, los que aparecían en mayor proporción de pacientes eran: Trastorno Antisocial de la personalidad (8,54%), Trastorno Dependiente de la personalidad (8,54%) y Trastorno Histriónico de la personalidad (6,10%). No hemos podido comparar la distribución de nuestra muestra respecto a esta variable con otros estudios previos, puesto que como ya se comentó, en ellos no se diferencia entre

diagnóstico principal y secundarios sino que son tomados todos juntos en una sola variable. Sí que hemos podido comparar la proporción de pacientes de nuestra muestra que tienen dos o más diagnósticos de trastorno de la personalidad, con dicha proporción en otros estudios. En ellos^{107, 110, 111, 117} hemos encontrado una marcada variedad al respecto, con cifras que van desde un 6% a un 78% de los pacientes con dos o más diagnósticos de trastorno de la personalidad asociados. Es un rango amplio en el cual queda englobada nuestra proporción.

Con el fin de permitir una mejor comparación de nuestra muestra con los estudios previos, hemos agrupado las variables: “Diagnóstico específico de Trastorno de la personalidad” y “Segundo diagnóstico en el Eje II”, tal y como se valoró en otros estudios el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Al hacerlo, se redistribuyó nuestra muestra como se ve en la tabla 76.

Tabla 76: asociación diagnóstico principal y secundario de Trastorno de la Personalidad en UCE

ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y SECUNDARIO EN EJE II	
Trastorno Paranoide	18,29%
Trastorno Esquizoide	2,44%
Trastorno Esquizotípico	3,65%
Trastorno Antisocial	14,41%
Trastorno Límite	58,53%
Trastorno Histriónico	14,63%
Trastorno Narcisista	0,00%
Trastorno Evitativo	2,44%
Trastorno Dependiente	14,41%
Trastorno Obsesivo-compulsivo	6,10%

Al comparar esta nueva distribución con los estudios antes comentados^{8, 107, 110, 114, 120, 122}, vemos como las similitudes encontradas se mantienen. Respecto a las diferencias, el principal cambio lo encontramos en el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la personalidad que al presentar ahora en nuestra muestra una prevalencia de 14,41% iguala la encontrada en el estudio del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. en su estudio y se aproxima mucho más a las referidas en otros estudios más recientes. Respecto al Trastorno Histriónico de la personalidad continua estando

presente en una proporción de pacientes mucho mayor que en otros estudios, salvo el realizado en Argentina. . No podemos olvidar, que si bien al valorar conjuntamente el diagnóstico principal y el diagnóstico secundario de trastorno de la personalidad en nuestra muestra, podemos hacer una comparación más fiable con otros estudios, ésta sigue siendo sólo aproximativa puesto que continúan faltando en nuestra muestra otros diagnósticos asociados dentro del Eje II que si se han contabilizado en los estudios consultados.

Comorbilidad psiquiátrica:

Al estudiar en nuestra muestra la presencia comórbida de otras patologías psiquiátricas junto al trastorno de la personalidad, observamos que el 78,05% de los pacientes la presentaban. Esta alta cifra se corresponde con la referida en la bibliografía y con las halladas en otros estudios ^{110, 114} realizados en unidades de psiquiatría general revisados: 68%-73,8%. Los diagnósticos comórbidos que encontramos con mayor frecuencia fueron: Trastornos del Animo (30,50% que se obtiene de sumar el Trastorno Depresivo, el Trastorno Bipolar y el Trastorno Adaptativo); Abuso-Dependencia de tóxicos/alcohol (21,95%); y Esquizofrenia (6,10%). Comparando estos datos con los reflejados en otros estudios revisados ^{110, 111, 112, 114, 115, 117} vemos como, en la gran mayoría de ellos estas son, las tres patologías comórbidas más frecuentes si bien no en todos ellos en este orden. En alguno de los estudios, la frecuencia de los Trastornos debidos al consumo de sustancias es superior a la de los Trastornos del Ánimo ¹¹⁰, y en otros, no aparecen como trastornos comórbidos ni la esquizofrenia ni otros trastornos psicóticos porque presentar dichos diagnósticos era un criterio de exclusión para el estudio ¹¹⁵. Los Trastornos de Ansiedad aparecían en estudios revisados ^{110, 115, 117} como patología comórbida entre el 0,75% y el 12,5% de los casos, cifras que coinciden con las halladas en nuestro estudio para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (1,22%). Como diferencias a reseñar con estos estudios destacaríamos la baja proporción (2,44%) de pacientes diagnosticados de Trastorno de la Alimentación en nuestra muestra en comparación con otros estudios ^{117, 118} en los que llega a aparecer como la tercera patología comórbida en frecuencia. A pesar de esta ausencia entre los diagnósticos recogidos en nuestra muestra, no podemos aseverar que ningún paciente de la misma presentara un Trastorno de la alimentación, sino sólo que no lo

presentaban como patología comórbida principal. Las diferencias y semejanzas comentadas debemos recordar que no pueden ser del todo tomadas en cuenta, puesto que con esta variable, nos sucede lo mismo que con las previas; en los estudios consultados se han contabilizado todos los diagnósticos comórbidos al trastorno de la personalidad, y no sólo el principal como hicimos nosotros en nuestro estudio. Esto supone una limitación a la hora de la comparación y puede inducir a errores en la interpretación.

Tabla 77: resumen discusión variables clínicas UCE

RESUMEN VARIABLES CLINICAS- UCE	DIFERENCIAS RESPECTO A OTROS ESTUDIOS
CLUSTER	- No diferencias significativas
DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE T. PERSONALIDAD	- Igual distribución del Tr. Límite. - Mayor proporción del Tr. Histriónico. - Menor proporción del Tr. Antisocial - Respecto a Tr. Paranoide, discrepancias entre estudios revisados.
SEGUNDO DIAGNÓSTICO EN EJE II	- Proporción de pacientes con 2 o más diagnósticos en Eje II similar. - No se ha podido comparar la distribución.
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	- No diferencias en la proporción de pacientes con diagnósticos comórbidos. - No diferencias respecto a la distribución de los tres más frecuentes (Tr. Animo, Abuso de sustancias, Esquizofrenia). - Menor proporción de Tr. Alimentación.

2.3. Consumo de recursos y complejidad hospitalaria de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UCE:

Motivo de ingreso:

Al estudiar los motivos de ingreso en UCE más frecuentes para los trastornos de la personalidad, vimos como los dos más frecuentes eran: el intento o ideación autolítica (30,49%) y las alteraciones conductuales o heteroagresividad (30,49%). Seguidos de episodio depresivo (10,98%) y episodio psicótico (9,76%). Al comparar estos datos con los aportados en la bibliografía y otros estudios existentes vemos que se corresponden con nuestros hallazgos puesto que el intento autolítico o la ideación autolítica es el motivo más frecuente de ingreso en los trastornos de la personalidad, seguido de las alteraciones conductuales o heteroagresividad, si bien en la mayoría de los estudios la clínica psicótica es reflejada como motivo de ingreso más frecuente que el episodio depresivo, al contrario que lo observado por nosotros, aunque en nuestra muestra la diferencia entre ambos es mínima, un 1%. También al igual que en nuestro estudio, se ve cómo los Trastornos por Ansiedad suponen una baja proporción de los motivos de ingreso^{107, 112, 114, 123, 124, 125}. Es esperable que el principal motivo de ingreso hallado sea el intento o ideas autolíticas, puesto que, como se reconoce ampliamente en la bibliografía^{123, 126}, uno de los principales valores de la hospitalización para estos pacientes es precisamente la prevención de los mismos. Además, la existencia de intentos autolíticos durante el año previo es el principal factor determinante de ingreso¹¹⁴. Por último no podemos olvidar que el intento o ideación autolítica es junto a la clínica psicótica, las primeras causas de ingreso en los pacientes con Trastorno Mental en general¹²⁷.

Duración del ingreso:

Como ya comentamos en el apartado de resultados, la estancia media encontrada en nuestra muestra era de 9 días y medio. La estancia media reflejada en los estudio realizados en la Unidad de Agudos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, es de entre 14 y 16 días, por lo tanto

superior a la nuestra ^{8, 108}. En otros estudios consultados, también hemos constatado una duración media del ingreso superior a la de nuestra muestra, entre 22 y 25 días ^{107, 128, 129, 130}. La corta duración del ingreso en nuestra muestra, queda justificada y abalada desde la literatura, donde se refleja como: la mejor estrategia para superar las dificultades y resistencias que muchas veces ponen este tipo de pacientes a los ingresos e intervenciones terapéuticas, es proponerles una serie de intervenciones en crisis. Realizar hospitalizaciones de corta duración, de mutuo acuerdo con el paciente, con objetivos concretos y pactados previamente y una rápida vuelta a la comunidad ^{123, 124}. Si comparamos nuestra duración del ingreso agrupada por días con otros estudios, también vemos como en nuestra muestra hay mayor proporción de pacientes que permanecen menos días ingresados: Así en comparación con un 63,88% de pacientes que están menos de 23 días ingresados en la bibliografía ¹³¹ en nuestra muestra encontramos que un 93,9% de pacientes permanecen ingresados menos de 21 días. Respecto a la estancia media según el cluster diagnóstico en nuestra muestra de UCE hallamos que los pacientes pertenecientes al cluster A eran los que tenían la estancia media más larga (10,12 días), en segundo lugar los pacientes del cluster B (9,86 días) y por último los pacientes del cluster C (7,11 días). Esto contrasta con los datos encontrados en la bibliografía, donde en general se considera a los trastornos de la personalidad del cluster B, y en especial al Trastorno Límite de la personalidad, los que mayor cantidad de recursos sanitarios consumen. En varios estudios consultados ^{118, 132, 133} encontramos cómo los pacientes del cluster B permanecen más tiempo ingresados que los pertenecientes al Cluster A o C. Esto no se cumple en nuestra muestra, puesto que son los pacientes del Cluster A los que tienen la estancia media más larga. Esta diferencia puede deberse a que o bien los pacientes del cluster A ingresan por episodios psicóticos que requieren un ingreso más largo para ser estabilizados, o bien los pacientes del cluster B realizan ingresos breves, pactados y con objetivos concretos tal y como se recomienda en la bibliografía.

Medidas de contención:

En la muestra obtenida en UCE encontramos que tan sólo un 9,76% de los pacientes no había precisado ningún tipo de contención durante el ingreso en la unidad. El resto de los pacientes sí que precisaron en algún momento uno o

varios de los tres tipos de contención planteados en el diseño del estudio. Lo más frecuente era que precisaran contención de tipo psicológico (39,02%), seguida de la necesidad de contención mecánica (30,49%) y por último la farmacológica (20,73%). Estos datos nos desvelan cómo en la gran mayoría de los casos que requirieron contención de algún tipo, bastó con la de tipo psicológico, si bien cuando esta no fue suficiente la de tipo farmacológico tampoco lo fue, teniéndose que recurrir a la de tipo mecánico. Al revisar los estudios existentes en la bibliografía sobre el uso de medidas de contención en pacientes con trastorno de la personalidad, encontramos cómo: la presencia de un trastorno de la personalidad, así como otros factores como la juventud, la esquizofrenia u otras psicosis, el trastorno bipolar y la larga estancia en el hospital, es uno de los principales predictores de una contención mecánica ¹³⁴. Reflejándose cómo el 44% de la totalidad de medidas de contención realizadas fueron en pacientes con trastorno de la personalidad ¹³⁵ o cómo el 25% de los pacientes contenidos en una unidad de agudos psiquiátrica presentaban un trastorno de la personalidad ¹³⁶. La proporción de pacientes con trastorno de la personalidad que en nuestra muestra, 30,49%, requirieron contención mecánica, es superior a la proporción de pacientes con dicho diagnóstico que se refleja en los estudios consultados: 20-22% ^{114, 134, 137, 138}. Para explicar esta diferencia encontrada habría que conocer las diferentes estructuras y organización existentes en las unidades en las que se realizaron estos estudios, las cuales no eran reflejadas. Hubiera resultado de interés comparar si la necesidad de medidas de contención mecánica dependía o tenía relación con el diagnóstico específico de trastorno de la personalidad, dato que no hemos recogido en nuestro estudio y que tampoco hemos encontrado reflejado en los estudios consultados. Así mismo quedaría pendiente examinar la necesidad de medidas de contención mecánica según el sexo, puesto que en la bibliografía se recogen datos que abalan que la presencia de un trastorno de la personalidad se asocia a un aumento de las conductas agresivas en mujeres pero no así en hombres ¹³⁹. Respecto a la utilización de medidas de contención psicológica o farmacológica en pacientes con trastornos de la personalidad ingresados en unidades psiquiátricas, no hemos encontrado datos con los que comparar los nuestros.

Tratamiento farmacológico (Grupos terapéuticos):

Dado que en nuestro estudio tomamos la pauta farmacológica al alta del paciente, hemos considerado más adecuado comparar los datos de ella derivados con datos relativos a pautas farmacológicas ambulatorias, puesto que la pauta al alta se corresponde con la que seguirá tomando el paciente de nuevo en la comunidad y no con la que ha estado recibiendo durante la fase de desestabilización en que ha permanecido ingresado en UCE. Al estudiar la pauta farmacológica al alta de los pacientes con trastorno de la personalidad ingresados en UCE encontramos: que el grupo farmacológico más utilizado eran los ansiolíticos-hipnóticos (77%), seguidos de los antidepresivos (53,66%), los eutimizantes (52%), los neurolépticos atípicos (50%) y por último los neurolépticos típicos (24,39%). Al comparar estos resultados con otros estudios existentes^{125, 130, 132, 140, 141, 142, 143, 144, 145} vemos cómo en éstos, los ansiolíticos-hipnóticos no son el grupo terapéutico más pautado sino el segundo en frecuencia y con una proporción inferior a la hallada en nuestra muestra (28%-60%). Esta diferencia puede ser debida: primero a que nosotros consideramos tanto los ansiolíticos e hipnóticos benzodiazepínicos como los no benzodiazepínicos, no se refleja en los estudios consultados si estos últimos fueron considerados; y segundo a que nosotros recogimos tanto las pautas fijas diarias como aquellas pautas que se indicaban sólo en caso de necesitarse puntualmente, este último caso tampoco queda claro si ha sido recogido en los estudios consultados. Respecto a los antidepresivos, en otros estudios suponen el grupo farmacológico pautado con más frecuencia a los pacientes con trastornos de la personalidad, en una proporción que oscila entre el 23% y el 80% de los pacientes, rango en el que se encuentra englobada la proporción de pacientes que los llevan prescritos en nuestro estudio. La proporción de pacientes que reciben tratamiento con eutimizantes es algo inferior a la encontrada por nosotros, siendo aproximadamente un 30% en la mayoría de los estudios. El mayor uso de eutimizantes en nuestra muestra podría deberse a una diferente distribución de los pacientes respecto al diagnóstico específico de trastorno de la personalidad en la misma, y queda justificada por el beneficio que aportan sobre la sintomatología propia de estos trastornos, sobre todo en el trastorno límite de la personalidad^{76, 146}. El mayor uso de neuroléptico atípicos que de típicos hallado en nuestra muestra, se da también en otros estudios consultados, y es esperable puesto que los neurolépticos atípicos

son, en general, mejor tolerados por los pacientes y por lo tanto conllevan unas menores tasas de abandono del tratamiento.

Número de fármacos por paciente y día:

Respecto al número de fármacos prescritos por paciente, en nuestra muestra vimos cómo había una marcada tendencia a la polifarmacia, tan sólo un 6,10% recibían tratamiento con un solo fármaco y lo más frecuente era que recibieran tratamiento con tres (31,71%) o con cuatro (24,39%) fármacos simultáneamente. Esta tendencia a la polifarmacia vemos que se corresponde con la encontrada en los estudios revisados ^{118, 132, 142, 144}, donde también se refleja una baja proporción de pacientes en tratamiento con un solo fármaco, un 38% de pacientes con tres fármacos y un 23% de pacientes en tratamiento con cuatro fármacos. Esta práctica suele ser habitual y se ve reflejada en la bibliografía ^{75, 77}, estos pacientes tienden a recibir varios fármacos, de diferentes grupos farmacológicos, puesto que los tratamientos pautados intentan paliar y controlar los síntomas de su trastorno, y al ser estos múltiples y variables se generaliza esta práctica de asociación farmacológica.

Gasto farmacológico por paciente y día:

En la muestra de UCE encontramos un gasto farmacológico por día y paciente de 4,88 €. Nos ha resultado difícil encontrar estudios con los que poder comparar nuestro resultado puesto que son escasos los que reflejan el gasto farmacológico, siendo más frecuente aquellos que muestran el gasto sanitario directo e indirecto. Al compararnos con los que sí lo reflejaban, vemos que nuestro gasto farmacológico es superior al expresado en ellos ^{79, 147, 148, 149, 150, 151}, puesto que muestran un gasto farmacológico por día y paciente que oscila entre 1€ y 3,62€. Esta diferencia puede ser debida a varios factores, por un lado ya comentamos en el apartado de “grupos farmacológicos”, como en nuestra muestra el uso de eutimizantes era mayor, lo cual puede suponer un aumento del gasto farmacológico por el elevado precio que suelen tener los modernos antiepilépticos incluidos en este grupo terapéutico. Además si bien consideramos que el tratamiento al alta es el que continuará el paciente una vez en su domicilio, es esperable que con el paso del tiempo y el mantenimiento de la estabilidad clínica dicho tratamiento se reduzca en dosis y número de fármacos, por lo que disminuirá su coste,

aproximándose al hallado en otros estudios de tipo ambulatorio. En la bibliografía revisada ¹⁵² vemos como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se asocian con un mayor gasto médico directo que los otros tipos de trastornos de la personalidad, así que sean en nuestra muestra el trastorno límite y el paranoide los más frecuentes puede justificar un mayor gasto farmacológico. Por último no se ha podido comparar las dosis administradas de cada fármaco en nuestra muestra con las de otros estudios: Unas dosis más elevadas explicarían un mayor coste farmacológico.

Tabla 78: resumen discusión variables de consumo de recursos UCE

RESUMEN VARIABLES CONSUMO DE RECURSO-UCE	DIFERENCIAS RESPECTO A OTROS ESTUDIOS
MOTIVO DE INGRESO	- No diferencias significativas.
DURACIÓN DEL INGRESO	- Menor tiempo de ingreso de media. - Cluster A mayor duración del ingreso que Cluster B.
MEDIDAS DE CONTENCIÓN	- Leve mayor uso de contención mecánica. - No se pudo comparar el uso de contención psicológica y farmacológica.
GRUPOS FARMACOLÓGICOS	- Mayor proporción de pacientes con Ansiolíticos-Hipnóticos. - Mayor proporción de pacientes con Eutimizantes. -No diferencias respecto a Antidepresivos y Neurolépticos.
NÚMERO DE FÁRMACOS/DÍA/PACIENTE	- No diferencias significativas
GASTO FARMACOLÓGICO	- Mayor gasto farmacológico/día/paciente.

3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA MUESTRA DE UTP:

A la hora de comparar nuestro estudio con otras unidades específicas para el tratamiento de trastornos de la personalidad, como ya se explicó, nos encontramos con la dificultad de que existen pocas unidades específicas que

funcionen con un ingreso completo de los pacientes, ya que la mayoría lo hacen como hospital de día. Tradicionalmente, este funcionamiento residencial se ha venido realizando en el Reino Unido. Allí nació la concepción de la comunidad terapéutica desde la que se origina la UTP, en el Henderson Hospital de Londres. Este centro especializado en el tratamiento específico de los trastornos de la personalidad cerró sus puertas en el año 2008. Otro centro con similares características es el Francis Dixon Lodge, desde donde se ofrecen diferentes modalidades terapéuticas para los trastornos de la personalidad, incluida una residencial pero sólo de lunes a viernes. Por último, The Cassel Hospital de Londres tiene, dentro de su unidad para trastornos de la personalidad, dos de esos escasos programas específicos con ingreso completo, además de otros en formato hospital de día y de atención ambulatoria. La estructura de uno de sus programas de atención residencial, sigue una estructura en “dos pasos” (un primer periodo de ingreso total y un segundo periodo de seguimiento ambulatorio), que puede considerarse superponible al que desarrolla la UTP. Por ello y siempre que sea posible, compararemos primero los resultados de nuestro estudio con los datos disponibles del Cassel Hospital, y posteriormente con datos correspondientes a otros programas bien de tipo residencial bien de tipo hospital de día, que funcionan en otros centros específicos para el tratamiento de los trastornos de la personalidad.

3.1. Perfil sociodemográfico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UTP:

Género:

La distribución de la muestra de UTP respecto a la variable sexo, daba lugar a un predominio de las mujeres (64%) sobre los hombres (36%). Esta no corresponde con la encontrada en los estudios epidemiológicos comunitarios, comentados en la introducción, pero sí que se aproxima más a la distribución por sexos que se da en otras unidades específicas de tratamiento. Así en The Cassel Hospital presenta entre un 79% y un 72% de mujeres, según el año del estudio ^{153, 154, 155}. En otros estudios realizados en otras unidades u hospitales de día que realizan tratamiento específico para trastornos de la

personalidad se encuentran cifras de entre 70 y 80% de mujeres^{156, 157, 158, 159, 160}.

Edad:

La edad media de los pacientes estudiados en la UTP era de 27 años y medio. La muestra respecto a la edad se distribuía de tal modo que el 50% de los sujetos tenían igual o menos de 27 años. Esta media de edad se corresponde con la hallada a nivel comunitario (entre 25-44 años). Al compararlo con los estudios existentes en la bibliografía, comprobamos como nuestra media de edad es levemente inferior a la de otras unidades de tratamiento específico. Así en Cassel^{153, 161, 162} es entre 31 y 33 años según el año del estudio y en otras unidades tipo hospital de día es entre 33 y 35 años^{152, 156, 159, 163}, con una distribución muestral tal que sólo el 30% de los pacientes tienen o son menores de 30 años¹⁶⁴.

Lugar de residencia:

Respecto al lugar de residencia y con quien convivían los pacientes en el momento previo al ingreso en UTP, encontramos diferencias entre los resultados de nuestro estudio y los datos de la bibliografía consultada. Así mientras que en nuestra muestra, el 70,45% de los pacientes convivían con sus padres y/o hermanos, sólo el 14% lo hacían en Cassel y el 4-22% en otras unidades tipo hospital de día, siendo lo más frecuente que los pacientes viviesen solos, cuando nosotros sólo encontramos un 6,82% de pacientes en UTP que lo hacían^{153, 158, 161}. Estas diferencias pueden ser explicadas por las diferencias antes ya comentadas respecto a la edad media de la muestra y la distribución de la misma respecto a esta variable. Siendo nuestra población más joven, no es de extrañar que mayor proporción de pacientes continúen viviendo con su familia de origen. También es muy probable que exista influencia de las diferentes estructuras socio-familiares existentes entre una sociedad mediterránea y una sociedad anglosajona o escandinava (a las cuales pertenecen los recursos con los que nos comparamos: Gran Bretaña, Holanda, Noruega, Suecia...), puesto que la unidad familiar mediterránea es más estable y contenedora.

Estado civil:

Al estudiar el estado civil, encontramos en la muestra de UTP como el 54,55% de los pacientes estaban solteros, sólo un 27,27% casados o con pareja estable, y un 15,91% divorciados o separados. Lo cual confirma la tendencia general respecto a esta patología, que afirma que es más frecuente que permanezcan solteros y en caso de casarse que terminen divorciándose o separándose. Al comparar nuestros datos con los de otros estudios vemos que en todos ellos se sigue la misma tendencia si bien con proporciones más elevadas de solteros y más bajas de casados. En el Cassel Hospital encontramos 69%-75% de solteros y 9%-15% de casados^{154,161, 162}. También encontramos cifras similares en las otras unidades estudiadas: solteros 65%-63% y casados 22%-37%^{152, 158, 159}.

Situación laboral:

En la muestra de UTP observamos un 31,82% de los pacientes se encontraban en activo laboralmente y un 40,91% están en situación de desempleo, tasa que se corresponde con la esperada para los pacientes con trastorno de la personalidad a nivel comunitario. Al comparar nuestros resultados sobre la situación laboral con los hallados en la bibliografía, vimos que en Cassel presentaban unas tasas de desempleados superiores a las nuestras, alrededor del 80-90% de los pacientes ingresados^{154, 165}, mientras que en estudios realizados en otros recursos tipo hospital de día, se mencionaban cifras del 78% de pacientes en activo y 18% de desempleados¹⁵⁷. Existe una marcada diferencia tanto con nuestros resultados, como entre los otros estudios entre sí, respecto a esta variable. Estas diferencias son posiblemente debidas al diferente nivel de desadaptación previa de los pacientes de cada muestra, así como al diferente nivel de gravedad en su patología. Sin olvidar las diferentes estructuras sociales y situación económica en cada una de las comunidades, así como los diferentes momentos temporales en los que se realizaron los estudios.

Tabla 79: resumen discusión variables sociodemográficas UTP

RESUMEN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-UTP	DIFERENCIAS RESPECTO A OTROS ESTUDIOS
SEXO	No diferencias significativas.
EDAD	Edad Media menor Población más joven
LUGAR DE RESIDENCIA	Más frecuente vivir con familia de origen Menos frecuente vivir solo
ESTADO CIVIL	No diferencias significativas.
SITUACIÓN LABORAL	Menos desempleados Mas activos laboralmente

3.2. Perfil clínico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UTP:

Al igual que comentamos en el apartado de la discusión del perfil clínico de la muestra de UCE, también aquí hemos encontrado dificultades a la hora de comparar nuestros resultados con los datos existentes en otros estudios consultados. Esto es debido a que en ellos no se diferenciaban diagnóstico principal y secundario ni de trastorno de la personalidad ni de las patologías comórbidas. Cuando dicha diferenciación existía en el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, hemos encontrado estudios que seguían la siguiente norma: “prioridad de los diagnósticos del cluster A, seguidos de los diagnósticos del cluster B, y por último los diagnósticos del cluster C”. Por el contrario en nuestro estudio se priorizaron aquellos diagnósticos que tenían mayor peso y repercusión clínica. Por otro lado y como ya se comentó, encontramos uso de sistemas clasificatorios diferentes del DSM-IV, por lo que utilizamos un índice de correspondencias CIE-10-DSM-IV¹¹⁹ para permitir la comparación de los datos.

No nos extendemos más puesto que todo ello se comentó extensamente antes, sólo recalcar los posibles sesgos que las diferencias metodológicas pueden crear.

Cluster:

En nuestra muestra en encontró un predominio del Cluster B muy marcado (90,91%), perteneciendo el 9,09% de los pacientes restantes al Cluster C y sin que existiese ningún paciente perteneciente al Cluster A. Esta distribución si bien presenta marcadas diferencias entre los tres tipos de trastornos de la personalidad, se ve justificada y se hace comprensible desde la bibliografía. Una Unidad de Tratamiento Específico para los Trastornos de la personalidad, busca que los pacientes puedan llegar a entender y a enmendar respuestas psicológicas, cognitivas y conductuales habituales. Esto requiere elevado nivel de exposición frente al otro, así como de introspección personal. Tal tratamiento es improbable que sea buscado o tolerado por personas cuyo trastorno pertenezca al Cluster A. Es más probable que los pacientes pertenecientes al Cluster B expresen sus angustias buscando ayuda profesional y puedan tolerar este tipo de tratamiento. Las personas con un trastorno de la personalidad perteneciente al Cluster C, son capaces de realizar un tratamiento de este tipo, si presentan el suficiente control para soportar el sufrimiento que les supone vivir en un contexto comunitario ¹⁶⁶. Comparando nuestros resultados con otros estudios previos, nos encontramos con varios de ellos que muestran una distribución similar a la hallada por nosotros: Una mayoría de pacientes que pertenecían al Cluster B (60%-76,6%), siendo el Cluster C el segundo en frecuencia diagnóstica (50%-53%) y apareciendo el Cluster A como el más minoritario (23%-28%) ^{159, 160, 167}. Aunque también encontramos otros en los que la distribución respecto a esta variable es distinta de la nuestra, así por ejemplo en el Cassel Hospital encontramos un predominio de diagnósticos del Cluster C (81%), seguidos en frecuencia por los pertenecientes al Cluster B (75%) y finalmente por los del Cluster A (45%) ^{153, 162}. Los porcentajes referidos de la bibliografía no suman 100 por haberse contabilizado conjuntamente todos los diagnósticos de cada uno de los sujetos, por lo que el número de diagnósticos excede al número de miembros que conforman la muestra. Lo cual como ya se ha comentado, puede suponer un sesgo en la comparación de los datos y hace que las diferencias encontradas puedan no corresponderse con la situación real.

Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad:

Los resultado hallados al estudiar el diagnóstico específico de trastorno de la personalidad fueron los siguientes: El diagnóstico principal más frecuente fue

el Trastorno Límite de la Personalidad (84%), seguido del Trastorno Dependiente de la personalidad (9%) y del Trastorno Histriónico de la personalidad (7%), estando ausentes el resto de los diagnósticos específicos. Como se ha comentado antes, el tipo de tratamiento realizado en UTP, justifica que la gran mayoría de los pacientes pertenezcan al Cluster B, y especialmente dentro de este, al diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad puesto que son el tipo de paciente que mejor se suele ajustar a las características terapéuticas. No es de extrañar que esté ausente el Trastorno Antisocial de la personalidad, aun perteneciendo al Cluster B, puesto que estos sujetos pueden buscar ayuda y tratamiento, pero suelen tomar más conciencia de esta necesidad durante los periodos de encarcelamiento, lo que les lleva a recibirla en unidades penitenciarias o de alta seguridad ¹⁶⁶. Además la ausencia de dicho diagnóstico es condición requerida para poder ingresar en la UTP. Así este diagnóstico era también o inexistente o se presentaba en muy baja proporción en los estudios comparados ^{152, 154, 163}, salvo en aquellos realizados en unidades específicas de tratamiento pero penitenciarias, donde pasaba a ser el diagnóstico específico de trastorno de la personalidad más frecuente seguido del Trastorno Límite de la Personalidad ¹⁶⁸. Si recordamos cómo el 64% de los pacientes ingresados en UTP eran mujeres, tampoco resulta sorprendente encontrar como diagnósticos principales los tres que se han descrito en la bibliografía como más prevalentes en mujeres: Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno Dependiente de la Personalidad y Trastorno Histriónico de la personalidad. Comparando nuestros resultados con otros estudios existentes, vemos como en la gran mayoría de ellos, tanto de unidades de tipo residencial como hospital de día, el diagnóstico específico de trastorno de la personalidad más frecuente es el Trastorno Límite (87%-59%), si bien el Trastorno Dependiente de la Personalidad en ellos pasa a ser el tercero en frecuencia (41-11%) siendo más frecuente que este el Trastorno Evitativo de la personalidad. Las principales diferencias las encontramos respecto al Trastorno Histriónico de la personalidad, que en otros estudios es diagnosticado en muy baja proporción de los pacientes (1%-13%), y respecto a la mayor presencia en dichos estudios del Trastorno Paranoide de la Personalidad (27%-10%) ^{154, 156, 159, 162, 169}. Las diferencias encontradas podrían deberse en parte, al hecho de que en una cultura mediterránea como es la nuestra, existe mayor tendencia a rasgos de carácter expansivos que en una cultura anglosajona, de la que provienen los estudios comparados. Por

otro lado no debemos olvidar el posible sesgo a la hora de comparar los resultados, creado por la diferente metodología existente entre nuestro estudio y los estudios previos, la cual ya ha sido comentada previamente.

Segundo diagnóstico en Eje II:

En nuestro estudio hallamos que tienen más de un diagnóstico específico de trastorno de la personalidad el 63,64% de los pacientes ingresado en UTP. Dentro de éstos, los diagnósticos más frecuentes son: Trastorno Histriónico de la personalidad (13,64%); Trastorno Evitativo de la personalidad (11,36%); Trastorno Dependiente de la personalidad (11,36%); y Trastorno Narcisista de la Personalidad (9,09%). La comorbilidad de varios Trastornos de la Personalidad es frecuente. No hemos podido comparar si esta distribución de nuestra muestra se corresponde con la de otros estudios, puesto que ya hemos comentado, en ellos no se diferencia entre diagnóstico principal y secundarios sino que son tomados todos juntos en una sola variable. Sí que hemos podido comparar la proporción de pacientes que tiene dos o más diagnósticos de trastorno de la personalidad, con las proporciones existentes en varias unidades específicas tipo hospital de día noruegas y con una unidad específica con ingreso completo italiana, donde se daban una cifras de entre el 30%- 41% para las primeras y el 62% para la segunda ^{156, 163, 167}. Nuestra proporción se asemeja más a la encontrada en Italia, dato esperable por la mayor similitud de su estructura social y cultural. En la gran mayoría de los artículos revisados hemos encontrado datos sobre la media de diagnósticos de trastorno de la personalidad por paciente, esto no lo hemos podido comparar con la muestra de UTP puesto que no se recogió más que dos de los diagnósticos existentes: uno como principal y otro como secundario.

Para permitir una mejor comparación de nuestra muestra con los estudios previos, hemos agrupado las variables: “Diagnóstico específico de trastorno de la personalidad” y “Segundo diagnóstico en el Eje II”, tal y como se valoró en otros estudios el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Al hacerlo, se redistribuyó nuestra muestra tal y como se ve en la tabla 80.

Tabla 80: asociación diagnóstico principal y secundario de Trastorno de la Personalidad en UTP

ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y SECUNDARIO EN EJE II	
Trastorno Paranoide	2,27%
Trastorno Esquizoide	6,82%
Trastorno Esquizotípico	0,00%
Trastorno Antisocial	6,82%
Trastorno Límite	86,36%
Trastorno Histriónico	20,45%
Trastorno Narcisista	9,09%
Trastorno Evitativo	11,36%
Trastorno Dependiente	20,45%
Trastorno Obsesivo-compulsivo	0,00%

Esta nueva distribución, hace que se asemeje más a las encontradas en la bibliografía. Aparecen gran cantidad de diagnósticos que inicialmente parecían ausentes en nuestra muestra. El Trastorno Evitativo de la personalidad se convierte en el cuarto diagnóstico más frecuente, aumentado así las similitudes con los estudios antes comentados^{152, 153, 154, 156, 159, 162, 169}, donde era o el segundo o el tercero más frecuente. Aumenta la proporción de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la personalidad, lo que también aumenta las semejanzas. Aparecen pacientes diagnosticados de trastornos pertenecientes al Cluster A (Trastorno paranoide y Trastorno Esquizoide), aunque como es esperable por sus características intrínsecas lo hacen en bajas proporciones, esto también aumenta las similitudes con otros estudios. Se sigue manteniendo como principal diferencia la elevada proporción de pacientes con diagnóstico de Trastorno Histriónico de la personalidad, que no se refleja en otros estudios sobre unidades específicas. No podemos olvidar, que si bien al valorar conjuntamente el diagnóstico principal y el diagnóstico secundario de trastorno de la personalidad en nuestra muestra, podemos hacer una comparación más fiable con otros estudios, esta sigue siendo sólo aproximativa puesto que continúan faltado en nuestra muestra otros diagnósticos asociados dentro del Eje II que sí se han contabilizado en los estudios consultados.

Comorbilidad psiquiátrica:

Los pacientes de la muestra originaria de UTP tenían un diagnóstico comórbido asociado en un 65,91% de los casos. Esta proporción coincide con la comentada en la introducción y reflejada en los estudios epidemiológicos, de entre el 4% y el 96% según el origen de la muestra. Al compararla con otros estudios en unidades específicas vemos como en el Cassel Hospital se refleja presencia de comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos en el 88% de los casos ¹⁵⁵, mientras que en otros centro de tratamiento específico este porcentaje oscila entre el 94% y el 43% ^{156, 160}, cifras entre las que también queda comprendida la comorbilidad hallada en nuestra muestra. Dentro de los que tenían un diagnóstico comórbido asociado, vimos que las patologías presentadas en nuestra muestra, ordenadas por frecuencia eran: el abuso-dependencia de tóxicos/alcohol (25%) y Trastornos del ánimo (25%, que se obtiene de sumar el 18,18% de trastornos depresivos y el 6,82% de distimia); Trastorno de la alimentación (6,82%); Trastorno Psicótico Breve (4,55%); Trastorno Somatomorfo (2,27%); y Trastorno Disociativo (2,27%). Al comparar estos diagnósticos con los que se reflejan como comórbidos en otras unidades de tratamiento específico ^{153, 156, 157, 158, 160, 161, 163, 170}, vemos como en todas ellas los diagnósticos que con mayor frecuencia se asociaban, al trastorno de la personalidad, eran los Trastornos del Ánimo, mientras que en nuestra muestra el diagnóstico asociado más frecuentemente era el de Abuso-Dependencia de tóxicos/alcohol. Este diagnóstico en la bibliografía aparece como comórbido en menor frecuencia que en nuestra muestra, siendo el tercer o cuarto diagnóstico más asociado según el estudio consultado. En nuestra muestra los Trastornos del Ánimo resultaban el segundo diagnóstico asociado con mayor frecuencia. Los trastornos de la alimentación que era el tercer diagnóstico comórbido encontrado en nuestra muestra con mayor frecuencia, en los estudios previos aparecen en proporciones similares, constituyendo el tercero o el cuarto diagnóstico comórbido más frecuente, según el estudio consultado. El trastorno Somatomorfo y el Trastorno Disociativo no aparecían como patologías comórbidas en ninguno de los estudios consultados. El Trastorno Psicótico Breve tan sólo era registrado en un estudio ¹⁶⁰ realizado en una unidad de tratamiento específico sueca donde tenía una frecuencia del 8,5%, algo superior a la hallada por nosotros. La ausencia en los demás estudios previos, de Trastornos Psicóticos y/o Esquizofrenia es fácilmente explicable puesto que en ellos se define como

criterio de exclusión al estudio el presentar una patología de este tipo. Debe señalarse que si bien en la mayoría de los estudios revisados, los Trastornos por Ansiedad eran el segundo diagnóstico más frecuentemente asociado al Trastorno de la Personalidad, en nuestra muestra no se encontró dicho diagnóstico, al menos como diagnóstico comórbido principal. Esto no significa que los pacientes de nuestra muestra no presentasen trastornos del espectro ansioso, sino que los podrían presentar asociados a otras patologías, bien del estado de ánimo o bien por abuso de sustancias, a las que se les dio prioridad como diagnóstico comórbido principal. Respecto a la elevada proporción de pacientes que presenta un diagnóstico comórbido de Abuso-Dependencia de tóxicos/alcohol, puede ser debido a la elevada predominancia en nuestra muestra de los trastornos del Cluster B, puesto que es con este tipo en especial de trastornos de la personalidad con los que tiende a asociarse esta patología. Las diferencias comentadas debemos recordar que no pueden ser del todo tomadas en cuenta, puesto que con esta variable, nos sucede lo mismo que con las previas. Por este motivo, no se han reflejado los porcentajes de cada patología comórbida puesto que superan el 100 y no nos permiten una comparación con los porcentajes de nuestro estudio.

Tabla 81: resumen discusión variables clínicas UTP

RESUMEN VARIABLES CLINICAS-UTP	DIFERENCIAS RESPECTO A OTROS ESTUDIOS
CLUSTER	<ul style="list-style-type: none"> - Discrepancia entre los estudios previos. - Distribución similar a muchos de ellos.
DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE T. PERSONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Igual distribución del Tr. Límite. - Mayor proporción del Tr. Histriónico. - Menor proporción del Tr. Evitativo. - Menor proporción del Tr. Paranoide.
SEGUNDO DIAGNÓSTICO EN EJE II	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción de pacientes con 2 o más diagnósticos en Eje II similar. - No se ha podido comparar la distribución.
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	<ul style="list-style-type: none"> - No diferencias en la proporción de pacientes con diagnósticos comórbidos. - Mayor frecuencia de Abuso de sustancias. - Menor frecuencia de Trastornos del Ánimo. - Menor frecuencia de Tr. de ansiedad. - Mayor frecuencia de: Tr. Somatomorfo, Tr. Disociativo, Tr. Psicótico.

3.3. Consumo de recursos y complejidad hospitalaria de los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en UTP:

Cumplimentación del ingreso programado:

En nuestra muestra de UTP encontramos cómo el 68% de los pacientes cumplimentaban el tiempo de ingreso programado, abandonando el tratamiento antes de tiempo un 32% de ellos. Revisando la bibliografía existente sobre el tema vemos que se reflejan tasas de abandono del tratamiento, en Unidades Específicas de tratamiento tipo residencial, del 44-66%¹⁷¹. Estas cifras son superiores a la encontrada por nosotros en nuestra muestra. En los estudios realizados en el Cassel Hospital^{153, 154, 155, 171} se muestran unas tasas de abandonos de entre el 40% y el 50%, superiores a la nuestra y similares a las esperadas según la bibliografía. Comparando nuestra muestra con Unidades Específicas de tipo Hospital de Día^{157, 158, 159} vemos como en ellos las tasas de abandono son menores: 23,95%-29,7%, que las de los dispositivos en los que se realiza ingreso completo del paciente, incluida nuestra muestra. La mayor tasa de abandonos encontrada en aquellos dispositivos que siguen un sistema de ingreso completo respecto a los que siguen uno de hospital de día, ha sido ya descrita en la bibliografía¹⁷², y es justificable porque suponen un mayor nivel de exigencia y de compromiso a los pacientes, que no siempre puede ser mantenido en el tiempo por los mismos. Los motivos de abandono que se reflejan más habitualmente son: la existencia de expectativas poco realistas por parte del personal respecto a los pacientes; realización de valoraciones erróneas de las presiones a las que se veían sometidos los pacientes, regímenes terapéuticos inflexibles y rutinarios que los pacientes no tenían capacidad para cambiar; falta de privacidad; problemas de relación tanto con el personal como con otros pacientes; y circunstancias externas desfavorables^{166, 167, 173}. También se ha visto cómo el realizar un ingreso en una Unidad Específica tipo Residencial más breve y seguido de un seguimiento posterior de tipo ambulatorio, se asocia con menores tasas de abandonos¹⁶⁶. Este último modelo es el seguido en UTP, lo cual explicaría la menor tasa de abandono de tratamiento encontrada en nuestra muestra.

Medidas de contención:

Al estudiar la variable “Uso de medidas de contención” vimos como la utilizada con mayor frecuencia en nuestra muestra de UTP, era la de tipo farmacológico (47,73%), seguida de la psicológica (13,64%). Un 34,09% de los pacientes no precisaron de ninguna de las medidas de contención valoradas. La contención mecánica fue precisa en un 4,55% de los casos: Este porcentaje se corresponde con dos pacientes que precisaron contención mecánica en el contexto de ser trasladados a la Unidad de Agudos existente en el mismo hospital y que posteriormente no retomaron el programa terapéutico de la UTP. No hemos encontrado artículos en la bibliografía revisada que hagan referencia al uso de medidas de contención en Unidades de Tratamiento Específicas para Trastorno de la Personalidad. Sí que hay que comentar las referencias halladas sobre la existencia de alteración conductuales y/o agresivas así como incumplimientos de normas que daban lugar a la expulsión del programa terapéutico ¹⁵⁸; así como la necesidad de ingresar en una Unidad de Agudos Psiquiátrica al 11% de los pacientes durante el tratamiento ¹⁵⁹. Esta última situación se correspondería con el 4,55% hallado en nuestra muestra que requirió contención mecánica e ingreso en Unidad de Agudos, siendo menos frecuente en nuestro estudio la necesidad de dichas medidas. Por último destacamos un estudio realizado en una Unidad de Agudos de Psiquiatría pero especializada en el tratamiento de trastornos de la personalidad exclusivamente, en el que se refleja uso de medidas de contención y/o aislamiento en el 13,3% de los pacientes ingresados ¹¹⁴.

Tratamiento farmacológico (Grupos terapéuticos):

Tal y como ya comentamos respecto a la muestra de UCE, como en nuestro estudio tomamos la pauta farmacológica al alta del paciente, hemos considerado más adecuado comparar los datos de ella derivados con datos relativos a pautas farmacológicas ambulatorias, puesto que la pauta al alta se corresponde con la que seguirá tomando el paciente una vez de vuelta a la comunidad y no con la que ha estado recibiendo durante el tiempo que ha permanecido ingresado en UTP. En nuestra muestra de UTP vimos como el grupo farmacológico más utilizado era el de los Ansiolíticos-Hipnóticos (100%), seguido de los Eutimizantes (91%), los Antidepresivos (61%), los

Neurolépticos atípicos (52%) y con un uso muy escaso los Neurolépticos típicos (4,55%). El elevado uso de Ansiolíticos-Hipnóticos es comprensible ya que como se explicó en el apartado “Pacientes y Método”, se recogió no sólo las pautas fijas de dichos fármacos sino también las indicaciones puntuales o de rescate, lo cual da lugar a un elevado porcentaje de pacientes en tratamiento que no corresponde con el porcentaje real que los toma diariamente. En los estudios revisados ^{125, 130, 132, 140,141, 142, 143, 144, 145, 174} hemos encontrado una menor proporción de pacientes en tratamiento con Ansiolíticos-Hipnóticos: 28-60%. Esta diferencia puede explicarse por la recogida realizada en nuestro estudio tanto de pautas fijas como puntuales, hecho que no se recogió en los estudios consultados o bien no se refleja si se hizo; también puede contribuir a dicha diferencia el hecho de que nosotros consideramos tanto los ansiolíticos-hipnóticos benzodiazepínicos como los no benzodiazepínicos, en los estudios consulados no se refleja si estos últimos fueron considerados. Respecto al uso de Eutimizantes, existe una marcada diferencia entre la proporción de pacientes que reciben tratamiento con ellos en nuestra muestra y los datos reflejados en los estudios antes reseñados, en los que se refleja un uso en alrededor del 30%. Dicho mayor uso en nuestro estudio podría deberse a una diferente distribución de los pacientes respecto al diagnóstico específico de trastorno de la personalidad, así como al hecho de provenir de una unidad específica de tratamiento y constituir el sector de mayor gravedad dentro de los propios trastornos de la personalidad. El elevado uso de este grupo farmacológico queda justificado por el beneficio que aporta sobre la sintomatología propia de estos pacientes, sobre todo en el trastorno límite de la personalidad ^{76, 146, 175}. La proporción de pacientes en tratamiento con antidepresivos se corresponde con los datos hallados en los estudios consultados, donde son pautados al 23%-80% de los pacientes. Respecto al uso de neurolépticos, en otros estudios vemos que son administrados al 29%-60% de los pacientes, cifras similares a las nuestras, con marcado predominio del uso de los neurolépticos atípicos sobre los típicos (86% de los pacientes en tratamiento con neurolépticos recibían neurolépticos atípicos) al igual que en nuestra muestra. El predominio de los neurolépticos atípicos en las pautas farmacológicas, queda justificada por ser en teoría mejor tolerados por los pacientes y por lo tanto conllevar un menor tasa de abandonos del tratamiento.

Número de fármacos por paciente y día:

Al estudiar el número de fármacos pautados por paciente al día, observamos en nuestra muestra de UTP una marcada tendencia a la polifarmacia. Sólo el 4,55% de los pacientes recibían tratamiento con un solo fármaco y lo más frecuente era que recibieran tratamiento con tres fármacos (43,18%), con dos fármacos (25%) y con cuatro fármacos (20,45%). Esta tendencia a la polifarmacia la hemos encontrado en proporciones similares en los estudios revisados ^{118, 132, 142, 144}. En ellos también existía una baja proporción de pacientes en tratamiento con un solo fármaco y hallábamos que el 38% de los pacientes recibían tratamiento con tres fármacos y el 23% con cuatro fármacos, cifras muy similares a las encontradas en nuestro estudio. Esta práctica suele ser habitual y se ve reflejada en la bibliografía ^{75, 77}, estos pacientes tienden a recibir varios fármacos, de diferentes grupos farmacológicos, puesto que los tratamientos pautados intentan paliar y controlar los síntomas de su trastorno, y al ser estos múltiples y variables aparece esta práctica de asociación farmacológica.

Gasto farmacológico por paciente y día:

En la muestra de UTP encontramos un gasto farmacológico por día y paciente de 9,62 €. Calculado en base al tratamiento pautado al alta. Nos ha resultado difícil encontrar estudios con los que poder comparar nuestro resultado puesto que son escasos los que reflejan el gasto farmacológico, siendo más frecuente aquellos que muestran el gasto sanitario directo e indirecto. Al compararnos con los que sí lo reflejaban, vemos que nuestro gasto farmacológico es superior al expresado en ellos ^{79, 147, 148, 149, 150, 151}, donde se muestra un gasto farmacológico por día y paciente que oscila entre 1€ y 3,62€. Esta diferencia puede ser debida a varios factores. Por un lado ya comentamos en el apartado de “grupos farmacológicos”, como en nuestra muestra el uso de eutimizantes era mayor, lo cual puede suponer un aumento del gasto farmacológico por el elevado precio que suelen tener los modernos antiepilépticos incluidos en este grupo terapéutico. Además si bien consideramos que el tratamiento al alta es el que continuará el paciente una vez en su domicilio, es esperable que con el paso del tiempo dicho tratamiento se reduzca en dosis y número de fármacos por lo que disminuirá su coste, aproximándose al hallado en otros estudios de tipo ambulatorio.

Tampoco podemos olvidar que al tratarse de una Unidad Específica de Tratamiento para trastornos de la personalidad, el perfil de pacientes que ingresan en ella son de mayor gravedad clínica que los que por general sólo precisan de tratamiento ambulatorio común, dicha gravedad justifica un mayor gasto farmacológico de cara a mejorar su estado psicopatológico y lograr un mayor control sintomático. En la bibliografía revisada queda justificado el uso de psicofármacos asociados a las intervenciones psicoterapéuticas específicas para trastornos de la personalidad, puesto que con la asociación de ambos se logra una disminución de los abandonos precoces del tratamiento, se puede realizar un tratamiento más efectivo y con mejores resultados finales para el paciente ^{141, 174}. También en la bibliografía ¹⁵² se muestra cómo el trastorno límite de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, están asociados a un mayor gasto médico directo que los otros tipos de trastornos de la personalidad, dado que en nuestra muestra hay un marcado predominio de los pacientes con trastorno límite, esto podría también contribuir al mayor gasto farmacológico. Por último no se ha podido comparar las dosis administradas de cada fármaco en nuestra muestra con las de otros estudios: Unas dosis más elevadas explicarían un mayor coste farmacológico.

Tabla 82: resumen discusión variables de consumo de recursos UTP

RESUMEN VARIABLES CONSUMO DE RECURSOS-UTP	DIFERENCIAS RESPECTO A OTROS ESTUDIOS
COMPLIMENTACIÓN DEL INGRESO	- Menor tasa de abandonos.
MEDIDAS DE CONTENCIÓN	- Escasez de estudios con los que comparar. - Menos contención mecánica y traslado a Unidades de Agudos Psiquiátricas.
GRUPOS FARMACOLÓGICOS	- Mayor proporción de pacientes con Ansiolíticos-Hipnóticos. - Mayor proporción de pacientes con Eutimizantes. -No diferencias respecto a Antidepresivos y Neurolépticos.
NÚMERO DE FÁRMACOS/DÍA/PACIENTE	- No diferencias significativas.
GASTO FARMACOLÓGICO	- Mayor gasto farmacológico/día/paciente.

4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA COMPARACIÓN DE LAS MUESTRAS ORIGINARIAS DE UCE Y DE UTP:

Como ya hemos comentado al inicio de la discusión, no hemos hallado en la bibliografía revisada estudios que comparen las características de los pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad en una Unidad de Agudos de Psiquiatría con las de aquellos ingresados en una Unidad Específica de Tratamiento, por lo que no hemos podido contrastar los resultados que en este punto hemos encontrado en nuestro estudio. Por otro lado, si bien se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las muestras de ambas poblaciones, es previsible que dichas diferencias se ampliaran si las muestras tuvieran un tamaño mayor.

Genero:

Al comparar la distribución de ambas muestras respecto al “sexo” se observó que había diferencias estadísticamente significativas, siendo superior el número de hombres en UCE que en UTP y por tanto superior el número de mujeres en UTP que en UCE. La mayor presencia de varones en UCE puede estar relacionada con la mayor tendencia de estos a las alteraciones conductuales de tipo heteroagresivo que pueden requerir de ingreso, así como a la mayor presencia en UCE que en UTP de diagnósticos del cluster A, sobre todo de trastorno paranoide de la personalidad, los cuales son más frecuentes en hombres que en mujeres ¹⁴. El predominio de mujeres en la muestra de UTP puede estar relacionado con la mayor presencia en UTP de diagnósticos del cluster B respecto a UCE, especialmente trastorno límite de la personalidad, el cual es más frecuente en mujeres que en hombres ¹⁷⁶.

Edad:

Respecto a la “edad” de los pacientes pertenecientes a ambas muestras, la edad media en UCE era de 35 años y la edad media en UTP era de 27 años y medio, esta diferencia es estadísticamente significativa. La muestra de UTP está compuesta por pacientes más jóvenes, lo cual puede deberse a: la UCE está ubicada en la provincia de Huesca donde existe una marcada tendencia al envejecimiento poblacional; los pacientes con trastorno de la personalidad

que buscan y aceptan tratamiento en una Unidad Específica, son aquellos más jóvenes y con menor historial de fracasos previos en su intento de “sanar”, con mejor motivación para el cambio; los pacientes que realizan tratamiento en UTP son aquellos con mayor repercusión clínica personal y para su medio, esto es más frecuente en los primeros años del trastorno puesto que con el paso de los años se ha comprobado cómo, sobre todo los diagnosticados de trastorno límite, se van atemperando en sus manifestaciones clínicas e incluso logran la remisión del trastorno ¹⁷⁶. Dado el marcado predominio del trastorno límite de la personalidad en UTP, esta diferencia respecto a la edad media se puede explicar por la existencia de una relación inversa de este trastorno y la edad, ya que se da una marcada disminución de las tasas de prevalencia a partir de los 44 años ¹⁷⁷.

Lugar de residencia:

Comparando ambas muestras respecto al “lugar de residencia”, vemos que existen diferencias estadísticamente significativas en dos de las categorías valoradas dentro de esta variable: existe mayor proporción de pacientes en UCE que en UTP viviendo solos en su propio domicilio; existe mayor proporción de pacientes en UTP que en UCE viviendo con sus padres y/o hermanos, es decir con su familia de origen. Esto puede ser debido a la diferencia en la edad de cada una de las muestras. Siendo la muestra de UTP bastante más joven es lógico esperar que estos pacientes todavía vivan con su familia de origen, mientras que los pacientes de UCE dada su edad han abandonado ya el domicilio familiar y se han establecido de manera independiente. El hecho de que estos pacientes vivan en una elevada proporción solos, es comprensible por la frecuencia de solteros encontrada en la muestra.

Estado civil:

Respecto al “estado civil” no hallamos diferencias en la distribución de ambas muestras. Sólo destacar que la elevada proporción de pacientes solteros encontrada tanto en UCE como en UTP es comprensible dadas las marcadas dificultades que estos pacientes tienen a la hora de establecer y mantener relaciones interpersonales.

Situación laboral:

Al comparar la distribución de ambas muestras respecto a la “situación laboral”, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los siguientes puntos: mayor proporción de pacientes en activo en un empleo protegido en UCE que en UTP, y mayor proporción de pacientes en situación de Incapacidad Laboral Permanente en UCE que en UTP. Esto puede deberse a que los pacientes ingresados en UCE presentan comorbilidad psiquiátrica con trastornos mentales más graves y que crean un mayor deterioro, por lo que justifica su inserción en programas de empleo protegido y la concesión de incapacidades permanentes. Mayor proporción de pacientes en situación de Incapacidad Laboral Temporal en UTP que en UCE, lo cual puede deberse a que el ingreso en UTP es programado por lo que el paciente previamente a la fecha concertada arregla su situación laboral cogiendo una incapacidad temporal, mientras que siendo el ingreso en UCE urgente por lo general, el paciente no tiene posibilidad de hacer esto. Mayor proporción de pacientes en situación de desempleo en UTP que en UCE, lo cual puede estar relacionado con la mayor proporción de pacientes que en UCE se encuentran en activo pero en un empleo protegido y en situación de Incapacidad Laboral Permanente, puesto que de no estar en esta situación fácilmente pasarían a englobarse en los desempleados.

Cluster:

Al comparar la distribución de ambas muestras respecto a la variable “cluster”, vemos que sí existen diferencias estadísticamente significativas, y que son las siguientes: la proporción de pacientes con un diagnóstico perteneciente al cluster A es mayor en UCE que en UTP, y la proporción de pacientes con un diagnóstico perteneciente al cluster B es mayor en UTP que en UCE. La preponderancia de cada uno de estos clusters en cada muestra ya hemos comentado que se correlaciona con la distribución que tienen las muestras respecto al sexo, así como a los diferentes motivos de ingreso en UCE y en UTP. La mayor presencia de diagnósticos del cluster A en UCE respecto a UTP podemos explicarla primero por la tendencia de estos sujetos a presentar descompensaciones puntuales de tipo psicótico que requieren de ingreso en Unidades de Agudos de Psiquiatría, y por la ya comentada poca tolerancia de este tipo de pacientes a los tratamiento especializados que

impliquen ingreso total con estrecha convivencia con otros pacientes y alto grado de implicación ¹⁶⁶. La mayor proporción de cluster B en UTP que en UCE, incluso siendo en UCE el cluster B el más frecuente, también es comprensible por ser los pacientes pertenecientes a este grupo los más tendentes a buscar activamente tratamiento especializado e intentar resolver sus conflictos por el alto grado de malestar intrapsíquico que les produce y las dificultades interpersonales que les genera ¹⁶⁶.

Diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad:

Al comparar ambas muestras respecto al “diagnóstico específico de trastorno de la personalidad”, lo primero que destacaba era la ausencia de todos los diagnósticos pertenecientes al cluster A. Lo cual ya hemos comentado previamente al hablar del cluster y en la discusión de los datos descriptivos referentes a la UTP. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras en dos puntos: mayor proporción de pacientes con Trastorno Paranoide de la Personalidad en UCE que en UTP; y mayor proporción de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad en UTP que en UCE. Tras observar esto podemos decir que las diferencias encontradas entre ambas muestras respecto a la variable cluster, eran debidas fundamentalmente a las diferencias existentes entre estos dos diagnósticos. Y al igual que comentamos antes, la mayor presencia de Trastorno Paranoide de la personalidad en UCE puede ser debido por un lado a la mayor tendencia a presentar episodios psicóticos que requieran ingreso en Unidades de Agudos Psiquiátricas, y a la dificultad de estos pacientes para adaptarse y tolerar tratamiento especializados, sobre todo los que implican un ingreso total ¹⁶⁶. La mayor presencia de Trastorno Límite de la personalidad en UTP se explica en base a su mayor tendencia a la búsqueda activa de tratamientos especializados ¹⁶⁶, lo cual queda reflejado también en la preponderancia de dicho diagnóstico en otros estudios realizados en unidades de tratamiento específicas que ya se han comentado a lo largo de la discusión ^{153, 154, 159, 161, 167, 169, 171}. Este uso elevado que hacen los pacientes con trastorno límite de la personalidad de los recursos especializados de tratamiento, ha dado lugar en los últimos diez años a un incremento de los tratamientos específicos para este trastorno así como a un elevado número de protocolos centrados en el mismo ¹⁷⁸.

Segundo diagnóstico en Eje II:

Respecto a la variable “segundo diagnóstico en eje II” vemos como también encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras: existe una mayor proporción de pacientes en UTP con un segundo diagnóstico en el Eje II, existe una mayor proporción de pacientes en UTP con diagnóstico de Trastorno Esquizoide de la personalidad y Trastorno Narcisista de la personalidad como segundos diagnósticos en el Eje II en la UTP. Esta mayor presencia de un segundo diagnóstico en general y en particular de los dos nombrados, puede ser debida a que al no ser la UCE una unidad especializada en este tipo de trastornos, no se realiza un estudio tan pormenorizado de la patología de la personalidad, y su personal no tiene el grado de especialización en el tema que tiene el de la UTP, lo cual puede llevar a infradiagnosticar patología en el Eje II. También podemos relacionarlo con un diferente perfil clínico de los pacientes en cada una de las unidades, predominando en UTP pacientes con patología del Eje II más compleja y grave y en UCE pacientes con patología del Eje II asociada a otras comorbilidades psiquiátricas graves. Por último comentar como la ausencia del Trastorno Narcisista de la personalidad en UCE, puede relacionarse con la contraindicación que supone dicho diagnóstico para algunos autores a la hora de realizar ingresos en Unidades de Agudos de Psiquiatría⁵.

Comorbilidad psiquiátrica:

Al comparar ambas muestras respecto a la variable “comorbilidad psiquiátrica” encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas. Existía una mayor proporción de pacientes en UTP con diagnóstico de distimia y una mayor proporción de pacientes con Trastorno Adaptativo en UCE. La distimia es una alteración del estado del ánimo mantenida a lo largo del tiempo, mientras la afectación anímica del trastorno adaptativo es recortada en el tiempo y relacionada con un evento externo. El predominio de la distimia en UTP nos habla de pacientes con un hábito depresivo crónico y mantenido, mientras que los pacientes de UCE que sufren trastorno adaptativo son pacientes con problemas afectivo temporales y secundarios a estresores externos, lo que puede indicar mayor inestabilidad emocional y dificultades adaptativas en los pacientes de UTP. Una vez más hablamos de

una mayor gravedad del trastorno de la personalidad ingresado en dicha unidad que el ingresado en UCE. Como ya comentamos, y seguramente debido al tamaño pequeño de las muestras, tomando por separado los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno Esquizoafectivo, no existían diferencias estadísticamente significativas, pero al asociarlos como Trastorno Mental Grave las diferencias estaban presentes. El Trastorno Mental Grave es más frecuente en UCE que en UTP. Los pacientes de UCE presentan por el contrario, una mayor carga psicopatológica en el Eje I que los de UTP, algo esperable a priori por las diferentes características y objetivos de cada una de estas unidades.

Medidas de contención:

Respecto al uso de “medidas de contención” encontramos las siguientes diferencias estadísticamente significativas: mayor proporción de pacientes en UTP que en UCE que no precisan de ningún tipo de medida de contención; mayor proporción de pacientes en UTP que en UCE que precisan contención psicológica; mayor proporción de pacientes en UTP que en UCE que precisan contención farmacológica; mayor proporción de pacientes en UCE que en UTP que precisan contención mecánica. Así el uso de las medidas de contención es muy diferente en ambas unidades. Como ya comentamos, y es habitual en la clínica, a la hora de recoger los datos se tuvo en cuenta el tipo más coercitivo de medida tomado con cada paciente, así aquellos que reciben contención farmacológica previamente habían recibido también contención psicológica en la mayoría de los casos, y los que reciben contención mecánica habían recibido casi siempre también psicológica y farmacológica. Las diferencias encontradas indican que los pacientes de UTP son con mayor frecuencia controlables con medidas psicológicas o farmacológicas, mientras que los de UCE en muchos de los casos precisan de la contención mecánica por fallar los otros tipos de contención previamente. Además los pacientes de la UTP presentan en menor proporción conductas disruptivas que requieren del uso de cualquier tipo de medida de contención. Estas diferencias encontradas, están claramente relacionadas con el diferente perfil clínico de los pacientes, el hecho de que cuando están en UCE se encuentran en situación de descompensación psicopatológica franca, incluso sufriendo episodios psicóticos o cuadros de abstinencia a tóxicos, y además en algunas ocasiones han sido ingresados en UCE de manera involuntaria.

Tratamiento farmacológico (Grupos terapéuticos):

Al comparar la distribución de ambas muestras respecto a los “grupos farmacológicos” pautados en el tratamiento al alta comprobamos como no existían diferencias estadísticamente significativas en el uso de antidepresivo ni en el uso de neurolépticos atípicos, mientras que sí existían diferencias estadísticamente significativas en el uso de neurolépticos típicos, ansiolíticos-hipnóticos y eutimizantes. Existía mayor proporción de pacientes con neurolépticos típicos en la muestra de UCE que en la de UTP, este mayor uso puede estar motivado por el diferente perfil clínico que presentan estos pacientes en ambas unidades y que ya se ha comentado, así como por el hecho de que en la UCE se prima un tratamiento agudo de estabilización sobre el hecho de lograr una adherencia al tratamiento a medio-largo plazo, siendo lo esperable que estos tratamiento sean modificados posteriormente a nivel ambulatorio una vez se halla asegurado dicha estabilización psicopatológica. Existía una mayor proporción de pacientes en tratamiento con ansiolíticos-hipnóticos en UTP que en UCE, lo cual también puede relacionarse con el diferente perfil clínico de los pacientes y la diferente comorbilidad psiquiátrica que presentaban, así como con el hecho de que en la gran mayoría de los casos este grupo farmacológico era pautado como rescate y no como pauta fija. También en este caso es esperable que dicha pauta fuera suprimida progresivamente, manteniendo dichos tratamientos de manera recortada en el tiempo, durante el periodo posterior de seguimiento ambulatorio que se realiza directamente desde la unidad de trastornos de la personalidad, lo cual permite un seguimiento más controlado de la farmacoterapia con adecuados reajustes de dosis y trabajo de la adherencia a la misma. Existía mayor proporción de pacientes en tratamiento con eutimizantes en la muestra de UTP que en la de UCE, dicha diferencia es fácilmente relacionable con el hecho de que la primera sea una unidad específica de tratamiento que busca una estabilización global del estado del paciente y su trastorno de la personalidad, aspecto en el que está ampliamente demostrada la utilidad de los eutimizantes, mientras que la segunda es una unidad que pretende realizar una intervención en crisis sin los objetivos a medio-largo plazo implicados en la UTP.

Número de fármacos por paciente y día:

Al contrastar el “número de fármacos” pautados por paciente y día al alta, observamos como no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras, si bien si sólo tenemos en cuenta los pacientes que toman cinco o más fármacos (23,18% en UCE y 6,82% en UTP) sí que se observa que la proporción de los mismos es mucho más elevada en UCE que en UTP. Así existe mayor proporción de pacientes en UCE con una polifarmacia masiva que en UTP. Esta diferencia podemos relacionarla con el hecho de que en una unidad específica existe la capacidad de aplicar otros tratamientos psicoterapéuticos alternativos al farmacológico, por lo cual no es necesario recurrir a la asociación de un número de fármacos tan elevado como en recursos no especializados ¹⁴⁴. Como ya se ha comentado en otros apartados, el que esta diferencia no sea estadísticamente significativa puede estar muy relacionado con el tamaño pequeño de las muestras, pero no se puede descartar que con un mayor número de sujetos a estudio dichas diferencias se convirtieran en estadísticamente significativas.

Gasto farmacológico por paciente y día:

Respecto al “gasto farmacológico” por paciente y día calculado en base al tratamiento al alta, vemos que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras, siendo el gasto superior para UTP que para UCE. El mayor gasto observado en UTP es explicable por el mayor uso de eutimizantes que en UCE puesto que los modernos antiepilépticos incluidos en esta categoría tienen un precio elevado, así como por el mayor uso de neurolépticos típicos en UCE, los cuales suelen tener un coste reducido. Como ya se comentó, este diferente uso farmacológico que da lugar a un diferente gasto está totalmente justificado en base al diferente perfil clínico existente en cada una de las unidades, así como a los objetivos diferentes que presentan las mismas y que llevan a utilizar diferentes estrategias terapéuticas incluidas las farmacológicas. No podemos olvidar que si bien la presencia en general de un trastorno de la personalidad supone un mayor coste sanitario, dentro de esta patología la presencia en particular de un trastorno límite de la personalidad se asocia con un todavía mayor coste ¹⁵², y en UTP ya vimos que el diagnóstico predominante era el trastorno límite de la personalidad. También nos gustaría reseñar que el momento del

alta de UTP supone un momento de especial estrés para los pacientes, quienes tienen que volver a enfrentarse a sus condiciones vitales habituales e intentar afrontarlas usando los nuevos mecanismos de adaptación y herramientas que acaban de adquirir, en este sentido es fácil comprender que sea necesario una posible mayor contención psicofarmacológica, la cual es fácil presuponer podrá ir siendo retirada progresivamente a lo largo del seguimiento ambulatorio. Dicho seguimiento ambulatorio que se incluye en el programa de tratamiento de la UTP constituye también uno de los pilares fundamentales donde poder sustentarse el paciente y que facilita dicha reincorporación a su vida diaria.

Tabla 83: resumen diferencias estadísticamente significativas entre UCE y UTP

EXISTEN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE UCE Y UTP RESPECTO A
Sexo
Edad
Lugar de residencia
Situación laboral
Cluster
Diagnóstico específico de Tr. Personalidad
Segundo diagnóstico en el Eje II
Comorbilidad psiquiátrica
Uso de Medidas de contención
Grupos farmacológicos pautados al alta
Gasto farmacológico/paciente/día

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA COMPARACIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS RESPECTO A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA:

El último apartado de la discusión sobre nuestro estudio consiste en la valoración de la existencia de diferencias en el consumo de recursos realizado por los pacientes con Trastorno de la Personalidad, en dependencia de presentar o no otra comorbilidad psiquiátrica asociada. Lo hemos analizado por separado en cada una de las muestras. Hemos considerado adecuado realizarlo así, puesto que ya hemos comentado, el perfil clínico de ambas es diferente y dentro de éste existen diferencias en la comorbilidad psiquiátrica existente en ellas, lo cual podría haber dado lugar a la presencia de diferencias en una de las muestras y ausencia de las mismas en la otra.

Nos pareció interesante el estudio de dicha posible relación puesto que tradicionalmente se ha correlacionado la existencia de un Trastorno de la Personalidad y la existencia de otras patologías psiquiátricas comórbidas, haciendo referencia a la relación en el sentido inverso al considerado por nosotros; valorando la influencia del trastorno de la personalidad sobre la evolución, pronóstico, consumo de recursos, adhesión al tratamiento... de otras patologías psiquiátricas. Siendo infrecuente el estudio de la influencia de la presencia de otras patologías psiquiátricas sobre la evolución, pronóstico, consumo de recursos... de los trastornos de la personalidad.

En el apartado de resultados ya expusimos cómo no existían diferencias estadísticamente significativas ni en la muestra de UTP, ni en la muestra de UCE respecto a las variables estudiadas, entre los pacientes que tan sólo presentaban un trastorno de personalidad y los pacientes que al mismo tiempo tenían asociada otra comorbilidad psiquiátrica. En esta ocasión también debemos recalcar que es posible que el tamaño pequeño de la muestra influyese en no encontrar dichas diferencias estadísticamente significativas, por lo que se precisarían de estudios con mayor tamaño muestral para poder afirmar la ausencia de las mismas.

En este sentido y si bien las diferencias no son estadísticamente significativas, sí que parece interesante reseñar cómo en la muestra originaria de UCE: los pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica permanecen ingresados unos tres días más de media que los que no la presentan; En el uso de medidas de contención vemos cómo es más frecuente el uso de contención psicológica con los pacientes que no presentan comorbilidad psiquiátrica, mientras que los que sí la presentan precisan con mayor frecuencia contención de tipo farmacológico; Existen 2€ más de gasto farmacológico por día y paciente al alta, en aquellos pacientes que tienen comorbilidad psiquiátrica que en los que no la presentan. Todos estos datos parecen indicar un posible mayor consumo de recursos y complejidad hospitalaria por parte de los pacientes que presentan otras patologías psiquiátricas asociadas al trastorno de la personalidad ingresados en UCE, si bien como se ha comentado, el tamaño muestral ha podido influir en no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Igualmente en la muestra originaria de UTP debemos reseñar que si bien el uso de medidas de contención es muy similar exista o no comorbilidad psiquiátrica, sí que encontramos diferencia en el uso de la contención de tipo mecánico, puesto que ésta no es requerida por ningún paciente de aquéllos que no presentan comorbilidad psiquiátrica, y por el contrario es precisada por casi un 7% de aquellos que sí la presentan. Respecto al gasto farmacológico, si bien es muy similar en ambos grupos, también aquí vemos como los pacientes con comorbilidad psiquiátrica tienen un gasto farmacológico por paciente y día, al alta, superior en 1€ a los que no la presentan. Estos datos también parecen indicar la existencia de ciertas diferencias marcadas por la presencia de comorbilidad psiquiátrica, si bien el tamaño muestral ha podido impedirnos concluir que dichas diferencias son estadísticamente significativas.

En la bibliografía revisada hemos encontrado escasas referencias sobre este tema y en algunos casos contradictorias entre sí. Karterud et al en su estudio de 2009¹⁵⁸, reflejan cómo la presencia de Trastornos por abuso de sustancias asociados al Trastorno de Personalidad dan lugar a un aumento de las alteraciones conductuales, la agresividad y el incumplimiento de normas, las cuales serían motivo de expulsión del programa o bien de uso de medidas de contención. Keown et al en su estudio de 2005¹⁷⁹, reflejan cómo la mayor

duración de la estancia en Unidades de Agudos Psiquiátricas se ha asociado tanto con la presencia de un Trastorno psicótico como con la presencia de un Trastorno de la personalidad. En los casos en los que están ambos presentes, la duración del ingreso es mayor que en aquellos en los que sólo se da uno de ambos diagnósticos. Comtois et al en su estudio de 2003 ¹⁸⁰ por el contrario reflejaba cómo la presencia de comorbilidad psiquiátrica no se asociaba con el hecho de que un paciente con Trastorno Límite de la personalidad fuera un hiperfrecuentador de los servicios de salud mental o no, salvo para el diagnóstico de Trastorno por Ansiedad que sí se asociaba con mayor uso de recursos sanitarios; si bien, al igual que en nuestro caso, valoraban la posible influencia del pequeño tamaño de su muestra sobre la ausencia de dichas diferencias respecto a otros diagnósticos recogidos en su estudio. Chiesa y Fonagy en su estudio de 2007 ¹⁸¹, reflejan la no existencia de diferencias en relación a la presencia de comorbilidad psiquiátrica, al valorar la mejoría clínica lograda por los pacientes con trastorno de la personalidad tras tratamiento específico en su unidad. Por último, también Chiesa y Fonagy en su estudio de 2002 ¹⁶² reflejan cómo la asociación de un Trastorno Depresivo al Trastorno Límite de la Personalidad tan sólo da lugar a un incremento leve del consumo de recursos y que no es significativo.



VI.- CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES:

1. Los pacientes con Trastorno de la Personalidad ingresados en la Unidad de Corta Estancia (del Hospital San Jorge de Huesca) presentan un perfil socio-demográfico diferente a los ingresados en la Unidad de Trastornos de la Personalidad (del Hospital Provincial Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza): mayor número de varones, la edad media es superior, y viven solos con mayor frecuencia.
2. La mayoría de los pacientes con un Trastorno de la Personalidad ingresados tanto en la Unidad de Corta Estancia como en la Unidad de Trastornos de la Personalidad presentan un diagnóstico del Cluster B de la clasificación DSM-IV-TR, siendo el diagnóstico más frecuente en ambas unidades el Trastorno Límite de la personalidad.
3. Los pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad del Cluster A (Paranoide, Esquizotípico, Esquizoide) ingresan con frecuencia en la Unidad de Corta Estancia pero no en la Unidad de Trastornos de la Personalidad.
4. La comorbilidad dentro del propio Eje II es habitual en ambas unidades, si bien es más prevalente en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, donde además se diagnostica con mayor frecuencia el Trastorno Esquizoide de la personalidad y el Trastorno Narcisista de la personalidad.
5. La comorbilidad psiquiátrica asociada al Trastorno de la Personalidad es habitual tanto en la Unidad de Corta Estancia como en la Unidad de Trastornos de Personalidad, siendo el Trastorno por Abuso de sustancias y/o tóxicos el diagnóstico comórbido más frecuente.
6. Los intentos autolíticos y las alteraciones conductuales son los principales motivos de ingreso en la Unidad de Corta Estancia de los pacientes con Trastorno de la Personalidad, presentando la estancia media más larga aquellos pacientes con un diagnóstico del Cluster A, seguidos de los del Cluster B y la más breve para los del Cluster C.

7. Dos terceras partes de los pacientes con Trastorno de la Personalidad que ingresan en la Unidad de Trastornos de la Personalidad finalizan el ingreso programado, existiendo una baja tasa de abandonos.

8. El uso de algún tipo de medida de contención durante el ingreso es más frecuente en la Unidad de Corta Estancia que en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, precisándose también con mayor frecuencia el uso de la contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia.

9. Los psicofármacos más pautados en ambas unidades al alta, son los Ansiolíticos-hipnóticos, mientras que los pautados en menos ocasiones son los Neurolépticos Típicos. La polifarmacia es la pauta más habitual en ambas unidades.

10. La presencia de comorbilidad psiquiátrica asociada al Trastorno de la Personalidad no produce un mayor consumo de recursos hospitalarios (duración del ingreso, uso de medidas de contención, gasto farmacológico) en ninguna de las dos unidades.



VII.- BIBLIOGRAFÍA

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1. McClelland DC. Is personality consistent? In: Rabin AI, Zucker R, Aronoff J, editors. Further exploration in personality. New York: Wiley; 1981. p. 87-113.
- 2. Seva A, editor. Psicología Médica: Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad. Zaragoza: INO Reproducciones; 1994.
- 3. Allport G. Personality: A psychological interpretation. New York: Holt; 1937.
- 4. Cattell R. El análisis científico de la personalidad. Barcelona: Fotanella; 1972.
- 5. Roca Bennasar M. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2004.
- 6. García López MT, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010; 30(106): 263-278.
- 7. Schneider K. Psychopathic personalities. London: Cassell; 1950.
- 8. Rubio Larrosa V, Pérez Urdaniz A. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier; 2003.
- 9. Seva A, editor. Psiquiatría Clínica. Barcelona: Espaxs; 1979.
- 10. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: A review. Harv Rev Psychiatry. 2004; 12 (2): 94-104.
- 11. Fonagy P. An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. Bull Menninger Clin. 1998; 62: 147-69.
- 12. Millon T. Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004.

- 13. Lambert MC, Weisz JR, Knight F. Over and undercontrolled clinic referral problems of Jamaican and American children and adolescents: the culture general and the culture specific. *J Consult Clin psychol.* 1989; 57: 467- 72.
- 14. Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de psiquiatría.* 9ªed. Madrid: Wawerly Hispánica; 2004.
- 15. Paris J. Cultural factors in the emergence of borderline pathology. *Psychiatry.* 1996; 59 (2): 185- 192.
- 16. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. *Tratado de los Trastornos de la Personalidad.* Barcelona: Masson; 2007.
- 17. Casey PR, Tyrer PJ. Personality, functioning and symptomatology. *J Psychiatr Res.* 1986; 20: 363-374.
- 18. Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: A biology x sex x environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Dev Psychopathol.* 2009; 21 (3):735-770.
- 19. Torgersen S. The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol.* 2009; 50: 624-632.
- 20. Cohen BJ, Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR, et al. Personality disorder in later live: a community study. *Br J Psychiatry.* 1994; 165: 493-9.
- 21. Oltmanns T, Balsis S. Personality disorders in later life: Questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011; 7: 321-349.
- 22. Lewis G, Booth M. Regional differences in mental health in Great Britain. *J Epidemiol Community Health.* 1992; 46 (6): 608-11.
- 23. Livesley WJ. *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment.* New York: Guilford Press; 2001.

- 24. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ*. 1996; 313 (7071): 1524-1527.
- 25. Kim Y, Tyrer P. Controversies surrounding classification of personality disorder. *Psychiatry Investig*. 2010; 7:1-8.
- 26. Perez Urdaniz A, Vega Fernandez FM, Martin Navarro N, Molina Ramos R, Mosqueira Terron I, Rubio Larrosa V. Discrepancias diagnósticas entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005; 33(4): 244-253.
- 27. Melendo JJ, Cabrera C. *Guía del Trastorno Límite de la Personalidad*. Madrid: MIC; 2009.
- 28. Maruottolo C. Los Trastornos de Personalidad y los cambios propuestos en la reconceptualización para el DSM-V. *Controversias y coincidencias. Avances en Salud Mental Relacional [Revista en internet]*. 2011 [Consultado 20 agosto 2012]; 10(1). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/index/>
- 29. Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Martinez J. Impact of deleting 5 DSM-IV personality disorders on prevalence, comorbidity, and the association between personality disorder pathology and psychosocial morbidity. *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(2): 202-207.
- 30. Russell B. *Historia de la Filosofía*. Barcelona: RBA; 2005.
- 31. Ribot T. *The Psychology of the emotions*. Montana: Kessinger Publishing; 2006.
- 32. McDougall W. *Introduction to social psychology*. New York: Scribners; 1932.
- 33. Kraepelin E. *Lectures on clinical psychiatry*. New York: Wood; 1904.
- 34. Freud S. *Collected Papers (vol.4 y vol. 5)*. London: Hogarth; 1950.

- 35. Abraham K. Selected papers on psychoanalysis. London: Hogarth; 1927.
- 36. Kernberg OF. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. London: Yale University Press; 1993.
- 37. Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford; 1990.
- 38. McLemore CW, Brokaw DW. Personality disorders as dysfunctional interpersonal behaviour. *J Pers Disord.* 1987; 1 (3): 270-285.
- 39. Tyrer P, Stein G. Personality disorder reviewed. London: Gaskell; 1993.
- 40. Gaw AC. Cross-cultural psychiatry concise guide. Washington: American Psychiatric Pubs; 2001.
- 41. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58: 590-596.
- 42. Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. Culture and the epidemiology of personality disorders. In Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M, editors. *Personality disorders and culture: clinical and conceptual interactions.* New York: John Wiley; 1998. p. 71-107.
- 43. Pérez Urdániz A, Santos García JM, Molina Ramos R, Rubio Larrosa V, Carrasco Perera JL, Mosqueira Terrón I, et al. Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001; 29(1):47-57.
- 44. Van Velzen CJ, Emmelkamp PM. The assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy. *Behav Res Ther.* 1996; 34(6): 655-668.
- 45. Livesley WJ, Jackson D. The internal consistency and factorial structures of behaviours judged to be associated with DSM-III personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1988; 139: 1360-1361.

- 46. Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Comorbidity of borderline personality disorders. *Arch Gen psychiatry*. 1988; 45: 348-352.
- 47. Lamont S, Brunero S. Personality Disorder Prevalence and Treatment Outcomes: A Literature Review. *Issues Ment Health Nurs*. 2009; 30: 631-637.
- 48. McDermut W, Zimmerman M. Personality disorders, personality traits, and defense mechanism measures. In: Rush AJ, Blacker D, editors. *Handbook of psychiatry measures*. Washington: American Psychiatric Pub; 2008. p. 687-727.
- 49. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 225-245.
- 50. Shrouf PE, Spitzer RL, Fleiss JL. Quantification in psychiatric diagnosis revisited. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44: 172-177.
- 51. Loranger AW, Lenzenweger MF, Gartner AF, Susman VL, Herzig J, Zammit GK, et al. Trait-state artefacts and the diagnosis of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48: 720-728.
- 52. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-years follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(11):2108-2114.
- 53. Kahn AA, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2005;186:190-196.
- 54. Vilaplana M, McKenney K, Riesco MD, Autonell J, Cervilla JA. Comorbilidad depresiva en los trastornos de la personalidad. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010; 3 (1):4-12.

- 55. Jones-Bowden O, Iqbal MZ, Tyrer P, Seivewright N, Cooper S, Judd A, et al. Prevalence of personality disorder in alcohol and drugs services and associated comorbidity. *Addiction*. 2004; 99: 1306-1314.
- 56. Miller FT, Abrams T, Dulit R, Fyer M. Psychotic symptoms in patients with personality disorder and concurrent axis I disorder. *Hosp Community Psychiatry*. 1993; 44: 59-61.
- 57. Girolamo G, Dotto P. Epidemiology of personality disorders. In: Gelder M, López-Ibor JJ, Andreassen N, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry [Libro Electrónico]*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 58. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110: 416-420.
- 59. Tyrer P, Kendall T, Bateman A, Bayliss L, Bouras N, Burbeck R, et al. *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. Draft NICE Guidelines for Consultation [En Internet]*. 2009 [Consultado 8 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk>.
- 60. Duggan C, Pilling S, Adshead G, Brown A, Coid J, Connelly N, et al. *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention. Draft NICE Guidelines for Consultation [En Internet]*. 2010 [Consultado 8 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk>.
- 61. Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 120: 373-377.
- 62. Barnicot K, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder- a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 123: 327-338.
- 63. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Thunissen M, Ziegler UM, Dekker J, et al. Patients with cluster A personality disorders in

psychotherapy: An effectiveness study. *Psychother Psychosom.* 2011; 80: 88-99.

- 64. Soeteman DI, Busschbach JV, Eerheul R, Hoomans T, Kim JJ. Cost-Effective psychotherapy for personality disorders in The Netherlands: The value of further research and active implementation. *Value Health.* 2011; 14: 229-239.

- 65. Ryle A. Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder. The model and the method. Chichester: John Wiley and Sons; 1997.

- 66. Kernberg OF. The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *J Am Psychoanal Assoc.* 2003; 51 (2): 517-545.

- 67. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JL, Kernberg OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Per Disord.* 2001; 15 (6): 487-495.

- 68. Hori A. Pharmacotherapy for personality disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998; 52: 13-19.

- 69. Kapfhammer HP, Hippus H. Pharmacotherapy in personality disorders. *J Pers Disord.* 1998; 12: 277-288.

- 70. Silk KR. Overview of biologic factors. *Psychiatr Clin North Am.* 2000; 23: 61-75.

- 71. Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to borderline personality disorder: A comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry.* 2010; 55(2): 74-81.

- 72. Vita A, De Peri L, Sacchetti E. Antipsychotics, Antidepressants, Anticonvulsants, and Placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2011; 31(5): 613-624.

- 73. Keshavan M, Shad M, Soloff P, Schooler N. Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. *Schizophr Res.* 2004; 71: 97-101.
- 74. Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ. Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011; 14: 1257-1288.
- 75. Paris J. Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008; 31: 517-526.
- 76. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2010; 196: 4-12.
- 77. Paris J. Pharmacological treatments for personality disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2011; 23: 303-309.
- 78. Marín JL, Fernández Guerrero MJ. Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud.* 2007; 18(3): 259-285.
- 79. Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry.* 2003; 160(1): 169-171.
- 80. Kisely S. Psychotherapy for severe personality disorder: exploring the limits of evidence based purchasing. *Br Med J.* 1999; 318: 1410-1412.
- 81. Campling P. Therapeutic Communities. *Adv Psychiatr Treat.* 2001; 7: 365-372.
- 82. Oldham J, editor. Guía práctica de tratamiento para el trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Ars Medica, American Psychiatric Association; 2002.
- 83. Rubio Larrosa V. Perfil clínico del trastorno límite de la personalidad y de los trastornos del grupo A. Barcelona: Prous; 2002.

- 84. Moran P, Rendí A, Jenkins R, Tylle A, Mann A. The impact of personality disorders in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychol Med.* 2001; 31: 1447-1454.
- 85. Zanarini MC, Jacoby RJ, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of social security disability income reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *J Pers Disord.* 2009; 23(4): 346-356.
- 86. Percudani M, Fattore G, Belloni GC, Gerzeli S, Contini A. Service utilization and costs of first-contact patients in a community psychiatric service in Italy. *Eur Psychiatry.* 2002; 17: 434-442.
- 87. Rendu A, Moran P, Patel A, Knapp M, Mann A. Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *Br J Psychiatry.* 2002; 181: 62-66.
- 88. Barret B, Byford S. Costs and outcomes of an intervention programme for offenders with personality disorders. *Br J Psychiatry.* 2012; 200: 336-341.
- 89. Avramenko A, Evers S, Philipse M, Chakhssi F, Ament A. Cost of care of patients with personality disorders in forensic psychiatric hospital in the Netherlands. *Crim Behav Ment Health.* 2009; 19: 165-177.
- 90. Kosky N, Thorne P. Trastornos de personalidad. Las reglas del contrato. *J Psych Clin Pract (Ed Esp).* 2002; I (I): 19-22.
- 91. Haigh R. Psychosocial treatment programmes for personality disorders: service developments and research. *Br J Psychiatry.* 2000; 177: 280-283.
- 92. Dhawan N, Kunik ME, Oldham J, Coverdale J. Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Compr Psychiatry.* 2010; 51: 333-339.
- 93. Bender DS, Skodol AE, Pagano ME, Dyck IR, Grilo CM, Shea MT, et al. Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatr Serv.* 2006; 57: 254-257.

- 94. Ogrodniczuk JS. New directions in treatment research for personality disorders: Effectiveness of different levels of care. *Psychother Psychosom.* 2011; 80: 65-69.
- 95. Tyrer P, Mulder R. Management of complex and severe personality disorders in community health services. *Curr Opin Psychiatry.* 2006; 19: 400-404.
- 96. Tyrer P, Simmonds S. Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2003; 182(44): s15-s18.
- 97. Winship G, Hardy S. Perspectives on the prevalence and treatment of personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007; 14: 148-154.
- 98. McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui K. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry.* 2010; 10: 33.
- 99. Waters E, Merrick SK, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev.* 2000; 71: 684-9.
- 100. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 29-35.
- 101. Dozier M, Lomax L, Tyrell C, Lee SW. The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attach Hum Dev.* 2001; 3: 62-76.
- 102. Paumard C, Rubio Larrosa V, Granada JM. Programas especializados en trastornos de la personalidad. *Norte de Salud Mental.* 2007; 27: 65-72.
- 103. López Ibor J, Pérez Urdániz A, Rubio Larrosa V. Examen Internacional de los Trastornos de personalidad: Módulo DSM-IV y CIE-10. Versión española. Madrid: OMS;1996.

- 104. American Psychiatric Association, APA. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV-Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- 105. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization, drug abuse and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 215-224.
- 106. Argyrakis G. *Statistics for research: with a guide to SPSS*. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: SAGE publications; 2005.
- 107. Hayward M, Moran P. Personality disorder and pathways to inpatient psychiatric care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42: 502-506.
- 108. Seva A. El coste de las patologías psiquiátricas en España. Un seguimiento de 26 años y 10.974 ingresos en una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia de un hospital general. *Eur J Psychiatr*. 2002; 18(1): 57-67.
- 109. Korfine L, Hooley JM. Detecting individuals with borderline personality disorder in the community: An ascertainment strategy and comparison with a hospital sample. *J Pers Disord*. 2009; 23(1): 62-75.
- 110. Kantojarvi L, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Herva A, Karvonen JT, et al. Comparison of hospital-treated personality disorders and personality disorders in a general population sample. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58 (5): 357-362.
- 111. Pilgrim J, Mann A. Use of ICD-10 version of the Standardized Assessment of Personality to determine the prevalence of personality disorder in psychiatric in-patients. *Psychol Med*. 1990; 20: 985-992.
- 112. Thuo J, Ndeti DM, Maru H, Kuria M. The prevalence of personality disorders in a Kenyan inpatient sample. *J Pers Disord*. 2008; 22(2): 217-220.

- 113. Gabbard GO, Coyne L, Allen JG, Spohn H, Colson DB, Vary M. Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. *Psychiatr Serv.* 2000; 51: 893-898.
- 114. Steinert T, Eisele F, Goeser U, Tschoeke S, Uhlmann C, Schmid P. Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008; 4: 27.
- 115. Loranger AW. Dependent Personality Disorder: Age, sex, and Axis I Comorbidity. *J Nerv Ment Dis.* 1996; 184(1): 17-21.
- 116. Mudler RT. Personality disorders in New Zealand Hospitals. *Acta Psychiatr Scand.* 1991; 84: 197-202.
- 117. Stevenson J, Datyner A, Boyce P, Brodaty H. The effect of age on prevalence, type and diagnosis of personality disorder in psychiatric inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011; 26: 981-987.
- 118. Zanarini MC, Frankenburg RF, Khera SK, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry.* 2001; 42(2): 144-150.
- 119. Schulte-Markwort M, Marutt K, Riedesser P. *Correspondencias CIE-10 – DSM-IV-TR.* Barcelona: J&C Ediciones Médicas; 2005.
- 120. Matusевич D, Ruiz M, Vairo M, Girard P, Rozadilla G, Castagnola G, et al. Therapeutic community model in short psychiatric hospitalization. Descriptive study on the dynamic psychiatric inpatient unit of the Italian hospital of Buenos Aires. *Vertex.* 2006; 17(65): 55-64.
- 121. Hayward M, Slade K, Moran PA. Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(4): 538-543.
- 122. Montgomery C, Lloyd K, Holmes J. The burden of personality disorder: A district-based survey. *Int J Soc Psychiatry.* 2000; 46(3): 164-169.
- 123. Links PS. Developing effective services for patients with personality disorders. *Can J Psychiatry.* 1998; 43: 251-259.

- 124. Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *J Pers Disord.* 2004; 18(3): 240-247.
- 125. Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, Gines JM, Gurrea A, Martín-Santos R, et al. Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(9): 1199-1204.
- 126. Litman RE. Suicide prevention in a treatment setting. Special issue: suicide prevention toward the year 2000. *Suicide Life Threat Behav.* 1995; 25: 70-81.
- 127. Richly P, Xamena P, Surur C, Espert J, Pavlovsky F. Operative data of a psychiatric inpatient unit of general hospital during one year. *Vertex.* 2006; 17(67): 182-187.
- 128. Jiménez RE, Lam RM, Marot M, Delgado A. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Serv Res.* 2004; 4(1): 4.
- 129. Magallón-Neri EM, Canalda G, De la Fuente JE, Forns M, Garcia R, Gonzalez E, et al. The influence of personality disorders on the use of mental health services in adolescents with psychiatric disorders. *Compr Psychiatry.* 2012; 53: 509-515.
- 130. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis.* 1983; 171 (7): 405-410.
- 131. Warnke I, Rossler W, Herwig U. Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services. *BMC Psychiatry.* 2011; 11: 120.
- 132. Zanarini MC, Frankenburg R, Hennen J, Silk KR. Mental Health Service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II

comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 28-36.

- 133. Horz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich BD, Fitzmaurice G. Ten-Year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other Axis II disorders. *Psychiatr Serv*. 2010; 61(6): 612-616.

- 134. Dumais A, Larue C, Drapeau A, Menard G, Allard G. Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; 18: 394-402.

- 135. Salib E, Ahmed AG, Cope M. Practice of seclusion: a five-year retrospective review in North Cheshire. *Med Sci Law*. 1998; 38(4): 321-327.

- 136. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatri Serv*. 2011; 62(11): 1310-1317.

- 137. Swett C. Inpatient seclusion: Description and causes. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1994; 22(3): 421-430.

- 138. Raja M, Azzoni A, Lubich L. Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997; 32: 428-434.

- 139. González-Juárez C, González-Hidalgo M, Martínez GS, De Gregorio CG, De León JH, Mouriño CS, et al. Conductas transgresoras en hospitalización psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*. 2000;12(1):21-28.

- 140. Olsson I, Dahl AA. Personality problems are considerably associated with somatic morbidity and health care utilization. *Eur Psychiatry*. 2009; 24: 442-449.

- 141. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-Blind, placebo-controlled study of dialectical behavior

therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1221-1224.

- 142. Heinze M, Andreae D, Grohmann R. Pharmacotherapy of personality disorders in German speaking countries: State and changes in the last decade. *Pharmacopsychiatry*. 2005; 38: 201-205.

- 143. Bond M, Perry JC. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194 (1): 21-26.

- 144. Crawford MJ, Kakad S, Rendel C, Mansour NA, Crugel M, Liu KW, et al. Medication prescribed to people with personality disorder: the influence of patient factors and treatment setting. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124: 396-402.

- 145. Plante DT, Zanarini MC, Frankenburg FR, Frizmaurice GM. Sedative-Hypnotic use in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *J Pers Disord*. 2009; 23(6): 563-571.

- 146. Pérez-Urdaniz A, Rubio V, Vega FM, Martín N, Molina R, Rubio I. Estudio sobre la eficacia y la seguridad de la gabapentina en el trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatr Biol*. 2005; 12(1): 1-7.

- 147. Van Asset ADI, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry*. 2007; 22: 354-361.

- 148. Barrett B, Byford S, Seivewright H, Cooper S, Tyrer P. Service costs for severe personality disorder at a special hospital. *Crim Behav Ment Health*. 2005; 15(3): 184-190.

- 149. Baker-Glenn E, Steels M, Evans C. Use of psychotropic medication among psychiatric out-patients with personality disorder. *Psychiatrist*. 2010; 34: 83-86.

- 150. Hall J, Caleo S, Stevenson J, Meares R. An economic analysis of psychotherapy for borderline personality disorder patients. *J Ment Health Policy Econ.* 2001; 4: 3-8.
- 151. Feenstra DJ, Hutsebaut J, Laurensen E, Verheul R, Busschbach JJ, Soeteman DI. The burden of disease among adolescents with personality pathology: Quality of life and costs. *J Pers Disord.* 2012; 26(4): 593-604.
- 152. Soeteman DI, Hakkarrat-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JV. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69(2): 259-265.
- 153. Chiesa M, Fonagy P. Cassel personality disorder study: Methodology and treatment effects. *Br J Psychiatry.* 2000; 176: 485-491.
- 154. Chiesa M, Fonagy P, Gordon J. Community-based psychodynamic treatment program for severe personality disorders: Clinical description and naturalistic evaluation. *J Psychiatr Pract.* 2009; 15: 12-24.
- 155. Chiesa M. Hospital adjustment in personality disorder patients admitted to a therapeutic community milieu. *Br J Med Psychol.* 2000; 73: 259-267.
- 156. Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S. An investigation of the validity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition avoidant personality disorder construct as prototype category and the psychometric properties of the diagnostic criteria. *Compr Psychiatry.* 2006; 47: 376-383.
- 157. Karterud S, Vaglum S, Friis S, Irion T, Johns S, Vaglum P. Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: An empirical evaluation of the containment function. *J Nerv Ment Dis.* 1992; 180: 238-243.
- 158. Karterud S, Arefjord N, Andresen NE, Pedersen G. Substance use disorders among personality disordered patients admitted for day hospital

treatment. Implications for service developments. *Nord J Psychiatry*. 2009; 63: 57-63.

- 159. Wilberg T, Friis S, Karterud S, Mehlum L, Urnes O, Vaglum P. Patterns of short-term course in patients treated in a day unit for personality disorders. *Compr Psychiatry*. 1998; 39(2): 75-84.

- 160. Werbart A, Forsstrom D, Jeanneau M. Long-term outcomes of psychodynamic residential treatment for severely disturbed young adults: A naturalistic study at a Swedish therapeutic community. *Nord J Psychiatry*. 2012; 64: 1-9.

- 161. Chiesa M, Bateman A, Wilberg T, Friis S. Patients' characteristics, outcome and cost-benefit of hospital-based treatment for patient with personality disorder: A comparison of three different programmes. *Psychol Psychother*. 2002; 75: 381-392.

- 162. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, Drahorad C, Harrision-Hall A. Health service use costs by personality disorder following specialist and nonspecialist treatment: A comparative study. *J Pers Disord*. 2002; 16(2): 160-173.

- 163. Wilberg T, Hummelen B, Pedersen G, Karterud S. A study of patients with personality disorder not otherwise specified. *Compr Psychiatry*. 2008; 49: 460-468.

- 164. Halsteinli V, Karterud S, Pedersen G. When costs count: The impact of staff size, skill mix and treatment intensity on patient outcome for psychotherapeutic day treatment programmes. *Health Policy*. 2008; 86: 255-265.

- 165. Beecham J, Slead M, Knapp M, Chiesa M, Drahorad C. The costs and effectiveness of two psychosocial treatment programmes for personality disorder: a controlled study. *Eur Psychiatry*. 2006; 21: 102-109.

- 166. Rutter D, Tyrer P. The value of therapeutic communities in the treatment of personality disorder: A suitable place for treatment? *J Psychiatr Pract.* 2003; 9: 291-302.
- 167. Martino F, Menchetti M, Pozzi E, Berardi D. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012; 66: 180-186.
- 168. Fortune Z, Barret B, Armstrong D, Coid J, Crawford M, Mudd D, et al. Clinical and economic outcomes from the UK pilot psychiatric services for personality-disordered offenders. *Int Rev Psychiatry.* 2011; 23(1): 61-69.
- 169. Davies S, Campling P. Therapeutic community treatment of personality disorder: service use and mortality over 3 years' follow-up. *Br J Psychiatry.* 2003; 182 (44): s24-s27.
- 170. Chiesa M, Sharp R, Fonagy P. Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the outcome of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Psychother Psychosom.* 2011; 80: 100-109.
- 171. Chiesa M, Drahorad C, Longo S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital: Quantitative and qualitative study. *Br J Psychiatry.* 2000; 177: 107-111.
- 172. Crawford MJ, Price K, Gordon F, Jossion M, Taylor B, Bateman A, et al. Engagement and retention in specialist services for people with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 119: 304-311.
- 173. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 1989; 177(1): 38-42.
- 174. Antikainen R, Hintikka J, Lehtonen J, Koponen H, Arstila A. A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder inpatients. *Acta Psychiatr Scand.* 1995; 92: 327-335.

- 175. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, MaGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 295-302.
- 176. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Lineham M, Bahus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004; 364: 453-461.
- 177. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69: 533-545.
- 178. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Ziegler UM, Dekker J, Rossum BV, et al. Effectiveness of outpatient, day hospital and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with Cluster B personality disorders. *Psychother Psychosom*. 2011; 80: 28-38.
- 179. Keown P, Holloway F, Kuipers E. The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 42-49.
- 180. Comtois KA, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P. Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*. 2003; 54: 1149-1154.
- 181. Chiesa M, Fonagy P. Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychother psychosom*. 2007; 76: 347-353.



VIII.- ANEXOS

1. ANEXO I: FICHA RECOGIDA DE DATOS (UCE)

1/ Datos sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Relación de pareja:
 - Casado o relación estable
 - Separado-divorciado
 - Soltero
 - Viudo
- Convivencia:
 - Domicilio solo
 - Domicilio con padres y/o hermanos
 - Domicilio con pareja
 - Domicilio con hijos
 - Domicilio con compañeros de piso
 - institución o residencia
- Actividad laboral:
 - Activo: Empleo Ordinario
 - Activo: Empleo Protegido
 - Desempleado
 - Incapacidad laboral temporal
 - Incapacidad laboral permanente
 - Estudiante

2/Perfil Clínico:

- Cluster diagnóstico: (A, B, C)
- Diagnóstico concreto de Trastorno de la Personalidad principal: (Según criterios DSM-IV-TR)
- Segundo diagnóstico en el Eje II: (Según criterios DSM-IV-TR)

- Comorbilidad con otras patologías psiquiátricas: (recoger sólo la principal)

3/Consumo de recursos y complejidad hospitalaria:

- Motivo de ingreso: (recoger causa concreta en cada caso)
- Tratamiento farmacológico al alta (recoger pauta diaria del mismo):
 - o Ansiolíticos o hipnóticos
 - o Antidepresivos
 - o Neurolépticos típicos
 - o Neurolépticos atípicos
 - o Eutimizantes
- Incidencias durante el ingreso:
 - o No requiere contención:
 - o Requiere contención psíquica:
 - o Requiere contención química:
 - o Requiere contención mecánica:
- Días de duración del ingreso:.....

COMENTARIOS DEL CASO

2. ANEXO II: FICHA RECOGIDA DE DATOS (UTP)

1/ Datos sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Relación de pareja:
 - Casado o relación estable
 - Separado-divorciado
 - Soltero
 - Viudo
- Convivencia:
 - Domicilio solo
 - Domicilio con padres y/o hermanos
 - Domicilio con pareja
 - Domicilio con hijos
 - Domicilio con compañeros de piso
 - institución o residencia
- Actividad laboral:
 - Activo: Empleo Ordinario
 - Activo: Empleo Protegido
 - Parado
 - Incapacidad laboral temporal
 - Incapacidad laboral permanente
 - Estudiante

2/ Perfil Clínico:

- Cluster diagnóstico (A, B, C):
- Diagnóstico específico de Trastorno de la personalidad principal (Según criterios DSM-IV-TR)
- Segundo diagnóstico en el Eje II: (Según criterios DSM-IV-TR)

- Comorbilidad con otras patologías psiquiátricas (recoger sólo la principal):

3/Consumo de recursos y complejidad hospitalaria:

- Cumplimentación del tiempo de ingreso programado: (si/no)
- Tratamiento farmacológico (recoger pauta del mismo):
 - Ansiolíticos o hipnóticos
 - Antidepresivos
 - Neurolépticos típicos
 - Neurolépticos atípicos
 - Eutimizantes
- Necesidad de contención y tipo de la misma:
 - No requiere contención:
 - Requiere contención psíquica:
 - Requiere contención química
 - Requiere contención mecánica:

COMENTARIOS DEL CASO

3. ANEXO III: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SEGÚN DSM-IV-TR

Criterios diagnósticos generales para un Trastorno de la personalidad

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. Actividad interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Criterios para el diagnóstico de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contratarcar.
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza

al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido");

- en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
 4. Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado).
 5. Susplicacia o ideación paranoide.
 6. Afectividad inapropiada o restringida.
 7. Comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares.
 8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
2. Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o

comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Criterios para el diagnóstico de F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

Criterios para el diagnóstico de F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y

apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Criterios para el diagnóstico de F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.

2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).

3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).

4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).

5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el

dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

8. Muestra rigidez y obstinación.

4. ANEXO IV: TABLA PRECIOS DE FÁRMACOS. APORTADOS POR SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

FARMACO Y PRESENTACIÓN	PRECIO POR UNIDAD
ABILIFY 5 MGR	4.742 €
ABILIFY 10 MGR	5.021 €
ABILIFY 15 MGR	5.021 €
AKINETON AMP.	0.616 €
AKINETON COMP.	0.068 €
AKINETON RETARD	0.076 €
ANAFRANIL 10MGR	0.064 €
ANAFRANIL 25MGR	0.090 €
ANFRANIL 75 MGR	0.293 €
BESITRAN 50MGR	1.066 €
BESITRAN 100 MGR	1.589 €
AREMIS 50 MGR	1.084 €
AREMIS 100 MGR	1.615 €
CLOPIXOL GOTAS	0.513 €
CLOPIXOL 10 MGR	0.224 €
CLOPIXOL 25 MGR	0.486 €
DEPAKINE 200 MGR	0.069 €
DEPAKINE 500 MGR	0.152 €
DEPAKINE CR. 300 MGR	0.132 €
DEPAKINE CR. 500 MGR	0.218 €
DEPAMIDE 300 MGR	0.105 €
DEPRAX 100 MGR	0.149 €
DISTRANEURINE	0.114 €
DOGMATIL 200 MGR	0.175 €
DOGMATIL 50 MGR	0.094 €
DORMICUM	0.135 €
DUMIROX 100 MGR	0.588 €
DORKEN 5 MGR	0.112 €
DORKEN 10 MGR	0.122 €
DORKEN 25 MGR	0.145 €
ESERTIA 10 MGR	0.854 €
ESERTIA 15 MGR	1.281 €
ESERTIA 20 MGR	1.708 €

ESKAZINE 1 MGR	0.0924 €
ESKAZINE 2 MGR	0.112 €
ESKAZINE 5 MGR	0.134 €
ETUMINA	0.074 €
FLUOXETINA 20 MGR	0.498 €
PROZAC 20 MGR	0.783 €
ADOFEN 20 MGR	0.783 €
HALOPERIDOL 10 MGR	0.113 €
HALOPERIDOL AMP.	4.230 €
HALOPERIDOL GOTAS	0.090 €
IDALPREM 1 MGR	0.057 €
IDALPREM 5 MGR	0.091 €
LANTANON 10 MGR	0.087 €
LANTANON 30 MGR	0.255 €
LAMICTAL 100 MGR	1.440 €
LAMICTAL 200 MGR	2.000 €
LARGACTIL 25 MGR	0.031 €
LARGACTIL 100 MGR	0.065 €
LARGACTIL AMP.	0.322 €
LEPONEX 100 MGR	0.644 €
LEPONEX 25 MGR	0.209 €
LEXATIN 1,5 MGR	0.053 €
LEXATIN 3 MGR	0.055 €
LEXATIN 6 MGR	0.100 €
LUDIOMIL 25 MGR	0.102 €
LUDIOMIL 75 MGR	0.248 €
LUDIOMIL 10 MGR	0.074 €
SEDOTIME 15 MGR	0.147 €
SEDOTIME 30 MGR	0.264 €
SEDOTIME 45 MGR	0.386 €
NEURONTIN 300 MGR	0.713 €
NEURONTIN 400 MGR	0.877 €
NEURONTIN 600 MGR	1.141 €
NEURONTIN 800 MGR	1.398 €
NOCTAMID 1 MGR	0.101 €
NOCTAMID 2 MGR	0.173 €
IRENOR 4 MGR	0.651 €
ORAP	0.069 €

Pacientes con Trastornos de la Personalidad: diferencias y similitudes entre una Unidad de Corta Estancia y una Unidad de Trastornos de la Personalidad

ORAP FORTE	0.268 €
ORFIDAL 1 MGR	0.050 €
PLENUR 400 MGR	0.034 €
PRISDAL 20 MGR	1.074 €
PRISDAL 30 MGR	1.396 €
SEROPRAM 20 MGR	1.074 €
SEROPRAM 30 MGR	1.396 €
REXER 15 MGR	0.916 €
REXER 30 MGR	1.534 €
RISPERDAL 1 MGR	0.846 €
RISPERDAL 3 MGR	2.339 €
RISPERDAL 6 MGR	3.900 €
RISPERDAL SOL.	0.843 €
RIVOTRIL 0.5 MGR	0.039 €
RIVOTRIL 2 MGR	0.056 €
ROHIPNOL 1 MGR	0.077 €
SEROQUEL 100 MGR	1.175 €
SEROQUEL 200 MGR	2.309 €
SEROQUEL 300 MGR	3.606 €
SEROXAT 20 MGR	1.084 €
MOTIVAN 20 MGR	1.197 €
FROSINOR 20 MGR	1.185 €
SINOGAN 100 MGR	0.115 €
SINOGAN 25 MGR	0.084 €
SINOGAN AMP.	0.231 €
SINOGAN GOTAS	0.188 €
SOLIAN 100 MGR	1.040 €
SOLIAN 200 MGR	1.899 €
SOLIAN 400 MGR	3.798 €
STILNOX 10 MGR	0.202 €
DALPARAN 10 MGR	0.147 €
TEGRETOL 200 MGR	0.086 €
TEGRETOL 400 MGR	0.159 €
TOFRANIL 10 MGR	0.032 €
TOFRANIL 25 MGR	0.043 €
TOFRANIL 50 MGR	0.103 €
TOFRANIL PAMOATO 75 MGR	0.116 €
TOFRANIL PAMOATO 150 MGR	0.182 €
TOPAMAX 100 MGR	1.863 €
TOPAMAX 25 MGR	0.644 €
TOPAMAX 50 MGR	1.087 €

TOPAMAX 200 MGR	2.896 €
TRANKIMAZIN 0,25 MGR	0.079 €
TRANKIMAZIN 0.5 MGR	0.104 €
TRANKIMAZIN 1 MGR	0.179 €
TRANKIMAZIN 2 MGR	0.354 €
TRANXILIUM 10 MGR	0.070 €
TRANXILIUM 15 MGR	0.100 €
TRANXILIUM 5 MGR	0.062 €
TRANXILIUM 50 MGR	0.151 €
TRANXILIUM AMP.	0.510 €
TRILEPTAL 300 MGR	0.491 €
TRILEPTAL 600 MGR	0.961 €
TRYPTIZOL 10 MGR	0.045 €
TRYPTIZOL 25 MGR	0.038 €
TRYPTIZOL 50 MGR	0.096 €
TRYPTIZOL 75 MGR	0.111 €
VALIUM 10 MGR	0.072 €
VALIUM 5 MGR	0.051 €
VALIUM AMP.	0.443 €
VANDRAL 75 MGR	1.132 €
VANDRAL 37,5 MGR	0.689 €
VANDRAL RETARD 150 MGR	2.243 €
VANDRAL RETARD 75 MGR	1.379 €
DOBUPAL 75 MGR	1.138 €
DOBUPAL 37.5 MGR	0.699 €
DOBUPAL RETARD 75 MGR	1.379 €
DOBUPAL RETARD 150 MGR	2.243 €
ZELDOX 80 MGR	3.741 €
ZELDOX 60 MGR	2.857 €
ZELDOX 40 MGR	2.488 €
ZELDOX 20 MGR	2.449 €
ZYPREXA 5 MGR	2.675 €
ZYPREXA 10 MGR	5.008 €
ZYPREXA 5 MGR	2.742 €
VELOTAB ZYPREXA 10 MGR	5.140 €
VELOTAB	

NEUROLEPTICO DEPOT	PRECIO POR AMPOLLA	PRECIO POR DIA DE TRATAMIENTO
CLOPIXOL DEPOT	9.668 €	0.460 €
MODECATE	3.03 €	0.144 €
RISPERDAL CONSTA 25 MGR	143.71 €	9.580 €
RISPERDAL CONSTA 37,5 MGR	172.48 €	11.498 €
RISPERDAL CONSTA 50 MGR	201.29 €	13.419 €

Índice de tablas

Tabla 1: distribución de los Trastornos de Personalidad según el género.....	25
Tabla 2: prevalencia Trastornos de Personalidad según Roca Bennasar.....	29
Tabla 3: prevalencia Trastornos de Personalidad según Oldham.....	30
Tabla 4: tasas de comorbilidad psiquiátrica	46
Tabla 5: tratamiento sintomático de los Trastornos de Personalidad	57
Tabla 6: Estructura de la población de Aragón por sexo y grupos quinquenales de edad.....	75
Tabla 7: Indicadores hospitalarios de la UCE del Hospital San Jorge (2000- 2008).....	82
Tabla 8: perfil sociodemográfico (UCE).....	88
Tabla 9: perfil clínico (UCE).....	88
Tabla 10: consumo de recursos y complejidad hospitalaria (UCE)	89
Tabla 11: perfil sociodemográfico (UTP)	89
Tabla 12: perfil clínico (UTP)	90
Tabla 13: consumo de recursos y complejidad hospitalaria (UTP).....	90
Tabla 14: distribución según el sexo - UCE.....	108
Tabla 15: distribución por grupos de edad - UCE.....	109
Tabla 16: distribución según lugar de residencia - UCE.....	110
Tabla 17: distribución según el estado civil - UCE.....	111
Tabla 18: distribución según situación laboral - UCE.....	111
Tabla 19: distribución según cluster diagnóstico - UCE.....	112
Tabla 20: distribución según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad - UCE.....	115
Tabla 21: distribución según segundo diagnóstico en Eje II - UCE.....	116
Tabla 22: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UCE	116
Tabla 23: distribución según el género - UTP.....	118
Tabla 24: distribución según grupos de edad - UTP	119
Tabla 25: distribución según lugar de residencia - UTP	120
Tabla 26: distribución según estado civil - UTP	121
Tabla 27: distribución según situación laboral - UTP	122
Tabla 28: distribución según el cluster diagnóstico - UTP.....	123
Tabla 29: Distribución según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad - UTP.....	125
Tabla 30: distribución según el segundo diagnóstico en Eje II - UTP	126

Tabla 31: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UTP	128
Tabla 32: distribución según motivo de ingreso - UCE.....	128
Tabla 33: duración media del ingreso por cluster - UCE.....	129
Tabla 34: Duración del ingreso en días - UCE	131
Tabla 35: distribución según el uso de medidas de contención - UCE.....	132
Tabla 36: distribución según el uso de antidepresivo - UCE.....	133
Tabla 37: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UCE	134
Tabla 38: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UCE	134
Tabla 39: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UCE	135
Tabla 40: distribución según el uso de eutimizantes - UCE	135
Tabla 41: distribución según el número de fármacos pautados por día - UCE	136
Tabla 42. Gasto farmacológico por día y paciente - UCE	137
Tabla 43: distribución según cumplimentación del ingreso programado - UTP	138
Tabla 44: distribución según el uso de medidas de contención -UTP	139
Tabla 45: distribución según el uso de antidepresivos - UTP.....	140
Tabla 46: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UTP.....	141
Tabla 47: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UTP.....	141
Tabla 48: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UTP.....	142
Tabla 49: distribución según el uso de eutimizantes - UTP.....	142
Tabla 50: distribución según el número de fármacos pautados por día - UTP	143
Tabla 51: gasto farmacológico por día y paciente - UTP	144
Tabla 52: comparación UCE - UTP según el género.....	144
Tabla 53: comparación UCE - UTP según grupos de edad	146
Tabla 54: comparación UCE - UTP según edad media	146
Tabla 55: comparación UCE - UTP según lugar de residencia	148
Tabla 56: comparación UCE - UTP según estado civil	149
Tabla 57: comparación UCE - UTP según situación laboral	150
Tabla 58: comparación UCE - UTP según cluster diagnóstico	152
Tabla 59: comparación UCE - UTP según diagnóstico específico de Trastorno de Personalidad.....	154
Tabla 60: comparación UCE - UTP según segundo diagnóstico en Eje II..	156
Tabla 61: comparación UCE - UTP según la comorbilidad psiquiátrica.....	158
Tabla 62: comparación UCE - UTP según uso de medidas de contención..	160
Tabla 63: comparación UCE - UTP según uso de antidepresivos	161

Tabla 64: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos típicos.....	161
Tabla 65: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos atípicos...	162
Tabla 66: comparación UCE - UTP según el uso de ansiolíticos-hipnóticos	163
Tabla 67: comparación UCE - UTP según uso de eutimizantes.....	164
Tabla 68: comparación UCE - UTP según número de fármacos por día	165
Tabla 69: comparación UCE - UTP según gasto farmacológico/día/paciente	166
Tabla 70: duración ingreso en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica	168
Tabla 71: medidas de contención en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica	169
Tabla 72: gasto farmacológico en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica	171
Tabla 73: medidas de contención en UTP según presencia de comorbilidad psiquiátrica	172
Tabla 74: gasto farmacológico en UTP según la presencia de comorbilidad psiquiátrica	173
Tabla 75: resumen discusión variables sociodemográficas UCE.....	184
Tabla 76: asociación diagnóstico principal y secundario de Trastorno de la Personalidad en UCE.....	188
Tabla 77: resumen discusión variables clínicas UCE.....	190
Tabla 78: resumen discusión variables de consumo de recursos UCE.....	196
Tabla 79: resumen discusión variables sociodemográficas UTP	200
Tabla 80: asociación diagnóstico principal y secundario de Trastorno de la Personalidad en UTP	204
Tabla 81: resumen discusión variables clínicas UTP	206
Tabla 82: resumen discusión variables de consumo de recursos UTP	211
Tabla 83: resumen diferencias estadísticamente significativas entre UCE y UTP.....	220

Índice de gráficas

Gráfica 1: índice de evolución de la población (1900 - 2001).....	73
Gráfica 2: densidad de población España, Aragón y sus provincias (2002)..	74
Gráfica 3: distribución según el sexo – UCE.....	107
Gráfica 4: distribución por grupos de edad – UCE.....	108
Gráfica 5: distribución según lugar de residencia - UCE.....	109
Gráfica 6: distribución según el estado civil - UCE.....	110
Gráfica 7: distribución según situación laboral - UCE	112
Gráfica 8: distribución según cluster diagnóstico - UCE.....	113
Gráfica 9: distribución según diagnóstico específico de Trastorno de Personalidad – UCE.....	114
Gráfica 10: distribución según segundo diagnóstico en Eje II - UCE	115
Gráfica 11: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UCE.....	117
Gráfica 12: distribución según género - UTP	118
Gráfica 13: distribución por grupos de edad - UTP.....	119
Gráfica 14: distribución según lugar de residencia - UTP.....	120
Gráfica 15: distribución según el estado civil - UTP	121
Gráfica 16: distribución según situación laboral - UTP.....	122
Gráfica 17: distribución según el cluster diagnóstico - UTP	123
Gráfica 18: distribución según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad - UTP	124
Gráfica 19: distribución según el segundo diagnóstico en Eje II - UTP.....	125
Gráfica 20: distribución según la comorbilidad psiquiátrica - UTP	127
Gráfica 21: distribución según el motivo de ingreso - UCE.....	129
Gráfica 22: Estancia media según el cluster diagnóstico - UCE.....	130
Gráfica 23: duración del ingreso en día - UCE.....	131
Gráfica 24: distribución según el uso de medidas de contención - UCE.....	132
Gráfica 25: distribución según el uso de antidepresivos - UCE	133
Gráfica 26: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UCE	134
Gráfica 27: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UCE.....	134
Gráfica 28: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UCE	135
Gráfica 29: distribución según el uso de eutimizantes - UCE	135
Gráfica 30: distribución según el número de fármacos pautados por día - UCE.....	136

Gráfica 31: distribución según cumplimentación del ingreso programado - UTP.....	138
Gráfica 32: distribución según el uso de medidas de contención - UTP.....	139
Gráfica 33: distribución según el uso de antidepresivos - UTP.....	140
Gráfica 34: distribución según el uso de neurolépticos típicos - UTP.....	140
Gráfica 35: distribución según el uso de neurolépticos atípicos - UTP.....	141
Gráfica 36: distribución según el uso de ansiolíticos-hipnóticos - UTP.....	141
Gráfica 37: distribución según el uso de eutimizantes - UTP.....	142
Gráfica 38: distribución según el número de fármacos pautados por día - UTP.....	143
Gráfica 39: comparación UCE-UTP según el género.....	145
Gráfica 40: comparación UCE - UTP según grupos de edad.....	146
Gráfica 41: comparación UCE - UTP según edad media.....	147
Gráfica 42: comparación UCE - UTP según lugar de residencia.....	148
Gráfica 43: comparación UCE - UTP según estado civil.....	149
Gráfica 44: comparación UCE - UTP según situación laboral.....	151
Gráfica 45: comparación UCE - UTP según cluster diagnóstico.....	152
Gráfica 46: comparación UCE - UTP según diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad.....	153
Gráfica 47: comparación UCE - UTP según segundo diagnóstico en Eje II.....	155
Gráfica 48: comparación UCE - UTP según la comorbilidad psiquiátrica.....	157
Gráfica 49: comparación UCE - UTP según el uso de medidas de contención.....	159
Gráfica 50: comparación UCE - UTP según uso de antidepresivos.....	160
Gráfica 51: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos típicos.....	161
Gráfica 52: comparación UCE - UTP según uso de neurolépticos atípicos.....	162
Gráfica 53: comparación UCE - UTP según uso de ansiolíticos-hipnóticos.....	163
Gráfica 54: comparación UCE - UTP según uso de eutimizantes.....	164
Gráfica 55: comparación UCE - UTP según número de fármacos por día.....	165
Gráfica 56: comparación UCE - UTP según gasto farmacológico/día/paciente.....	166
Gráfica 57: duración ingreso en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica.....	168
Gráfica 58: medidas de contención en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica.....	169
Gráfica 59: gasto farmacológico en UCE según presencia de comorbilidad psiquiátrica.....	170

Gráfica 60: medidas de contención en UTP según la presencia de comorbilidad psiquiátrica.....	172
Gráfica 61: gasto farmacológico en UTP según presencia de comorbilidad psiquiátrica.....	173

Índice de figuras

Figura 1: historia de la clasificación DSM de los Trastornos de la Personalidad.....	33
Figura 2: algoritmo de Soloff para el tratamiento de los trastornos cognitivos de los Trastornos de Personalidad.....	58
Figura 3: algoritmo de Soloff para el tratamiento de la falta de regulación afectiva en los Trastornos de Personalidad.....	59
Figura 4: algoritmo de Soloff para el tratamiento de la impulsividad en los Trastornos de Personalidad.....	60
Figura 5: niveles asistenciales: modalidades, objetivos, duración y procesos terapéuticos.....	62
Figura 6: diagrama de flujo de los pacientes de UCE.....	103
Figura 7: diagrama de flujo de los pacientes de UTP.....	104