



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Perfil clínico y manejo de los pacientes con trastorno de personalidad ingresados en una unidad de hospitalización.

Clinical profile and management of patients with personality disorder admitted in a hospitalization unit.

Autor/es

Leonor María Calatayud Lallana

Director/es

Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina
2016

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Introducción	3
3. Objetivos	6
4. Material y método	7
4.1. Población de estudio	7
4.2. Variables y fuentes de información	7
4.2.1. Edad, días de estancia y número de psicofármacos	8
4.2.2. En relación con los ingresos	8
4.2.3. Motivos de ingreso	8
4.2.4. Centros, unidades y dispositivos	10
4.2.5. Diagnósticos comórbidos	11
4.2.6. Trastornos de personalidad	12
4.3. Revisión bibliográfica	14
4.4. Análisis de los datos	14
5. Resultados	15
5.1. Datos comunes a toda la serie de casos	15
5.1.1. Variables sociodemográficas	15
5.1.2. Variables relacionadas con el ingreso	16
5.1.3. Dispositivos de destino y seguimiento	18
5.1.4. Diagnósticos psiquiátricos	19
5.1.5. Tratamiento psicofarmacológico al alta	20
5.2. Datos en relación con los trastornos de personalidad	21
6. Discusión	25
6.1. Acerca de los resultados comunes a toda la serie	25
6.2. Acerca de las características de los distintos TP	26
6.3. Acerca de los diagnósticos psiquiátricos	27
6.4. Acerca de los dispositivos de destino y seguimiento	28
6.5. Acerca del tratamiento psicofarmacológico	29
6.6. Acerca de los informes de alta como fuente de información	30
7. Perspectivas de futuro	31
8. Conclusiones	32
Referencias bibliográficas	34

1. RESUMEN

Los trastornos de personalidad (TP) son patologías complejas que generan gran debate a múltiples niveles, desde los métodos diagnósticos hasta las estrategias terapéuticas, debido a la falta de unas evidencias claras que respalden o rechacen prácticas actualmente habituales entre los profesionales. No existe consenso en cuanto al papel que las unidades de hospitalización psiquiátrica deben realizar dentro del plan terapéutico de estos pacientes, que según las recomendaciones internacionales debería ser fundamentalmente ambulatorio.

Este estudio se ha realizado con el objetivo de elaborar un perfil clínico asistencial de los pacientes con TP ingresados en 2014 en la unidad de hospitalización de adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, España, y a partir de él analizar las características de los ingresos y algunos aspectos del manejo que se hace de estos pacientes en la unidad.

Los datos extraídos de los informes de alta revelaron que el 28,2% de todos los ingresos de 2014 correspondieron a pacientes con TP, con una alta prevalencia de los pertenecientes al clúster B (45,95%), especialmente del trastorno límite de personalidad (29,73%). El segundo tipo más prevalente fue el de TP no especificados (28,83%). La estancia media fue de 14,6 días. El motivo de ingreso más frecuente fueron las alteraciones de la conducta (21,37%), seguidas de los gestos autolíticos (17,56%), mientras que los trastornos neuróticos fueron las patologías comórbidas a los TP más habituales (36,36%). El 76,58% de los casos habían hecho seguimiento psiquiátrico los 6 meses anteriores al ingreso, y los dispositivos de asistencia, así como los de destino al alta, fueron mayoritariamente ambulatorios. La media de psicofármacos prescritos al alta fue de 3,84, y el 45,05% de los pacientes refirió consumo de sustancias.

Aunque muchas de estas características se ajustan a los resultados obtenidos por otros estudios, es necesaria una investigación más extensa de los aspectos susceptibles de mejora en cuanto al manejo y tratamiento de los TP en las unidades de hospitalización, con el fin de adecuarlos a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

ABSTRACT

Personality disorders (PD) are complex psychiatric conditions that cause a great debate at multiple levels, from diagnostic methods to therapeutic strategies, due to the lack of clear evidence that can either support or turn down some common practices among clinicians. There is no agreement about the role hospitalization units should play in the therapeutic plan for these patients , which should be carried out in an outpatient setting, according to the international recommendations.

The purpose of this study was to draw up a clinical profile of patients with PD admitted in 2014 in the adult hospitalization unit of the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa in Zaragoza, Spain, and to analyze the characteristics of the admissions and some aspects of the management of these patients in our unit.

The data extracted from the hospital discharge reports showed that out of all the admissions in 2014, 28,2% were identified as patients with PD, with a high prevalence of those belonging to the cluster B (45,95%), specially the borderline personality disorder (28,83%). The second most frequent type of PD was the no specific type (28,83%). The average length of stay was 14,6 days. The most recurrent cause of admission were behavioral alterations (21,37%), followed by autolytic behaviour , while neurotic disorders were the most common comorbid diagnosis (36,36%). 76,58% of the cases had a psychiatric follow up during the 6 months prior to admission, and those facilities, as well as the services the patients were referred to after discharge, were chiefly outpatient services. The average number of prescribed psychotropic drugs was 3,8, and 45,05% of the patients reported substance use.

Although many of these characteristics match those described in other studies, further research is required to identify areas for improvement in the management and treatment of patients with PD in inpatient units, in order to adjust them to the practice guidelines recommendations.

2. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Personalidad (TP en adelante) son actualmente un tema controvertido dentro de la Psiquiatría. Los métodos de diagnóstico hasta ahora considerados de referencia, fundamentalmente representados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), son objeto de duras críticas por parte de un gran número de profesionales, y se enfrentan a un proceso de renovación y adecuación a los conocimientos más recientes [1]. En el ámbito del tratamiento y el manejo de estos pacientes, las pautas a seguir tampoco son claras; la falta de evidencia acerca de la efectividad de muchas de las prácticas que comúnmente se llevan a cabo hace que exista gran disparidad de opiniones entre los expertos, y esas opiniones son precisamente la única referencia a la hora de actuar que tienen los profesionales, dada la ausencia de unos criterios que hayan demostrado ser válidos [1].

El manejo de los pacientes con TP en Unidades de Hospitalización de Adultos (UHA, también llamadas Unidades de Corta Estancia o Unidades de Hospitalizaciones Breves) es uno de esos muchos apartados dentro del tratamiento de estas patologías en los que existe gran debate.

El Sistema de Salud de Aragón define las UHA en el Artículo 18 del DECRETO del 2009 como Unidades integradas física y funcionalmente en los hospitales generales, destinadas a atender las necesidades de hospitalización, para la población correspondiente a su ámbito de influencia, de pacientes con trastorno mental en fase aguda hasta su estabilización, incluidos aquellos que precisen un internamiento involuntario urgente por razón de trastorno psíquico al amparo del artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enero de Enjuiciamiento Civil. Entre sus funciones principales, reconoce: hospitalización completa y de corta estancia para los pacientes de su área que lo precisen, prestar apoyo asistencial a requerimiento de los Servicios de Urgencias del propio hospital, garantizar la continuidad asistencial y de cuidados al alta, y participar en el diseño de los programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización. Estas unidades deberán estar dotadas con 12-15 camas por 100.000 habitantes (no más del 10% de la totales del Hospital, y sin exceder las 30 camas en total) y estén compuestas por un equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos clínicos y auxiliares clínicos y administrativos) [2].

La primera cuestión que se genera en relación a las UHA y los TP es acerca de la idoneidad de ingresar a este tipo de pacientes. Por un lado, existe una idea algo anticuada de que ciertas patologías de carácter crónico (o incluso consideradas “incurables”), como podrían ser las demencias, los trastornos mentales orgánicos, las esquizofrenias graves o incluso los mismos TP, así como pacientes “crónicos” con reiterados ingresos y tratamientos fallidos, no deberían ingresarse

en unidades de agudos [1]. Aunque afortunadamente esta tendencia no suele ser la norma general, no es infrecuente que ciertas decisiones sobre el manejo de un paciente se tomen basándose simplemente en su diagnóstico, y esto es algo que debe evitarse. Por otro lado, algunos autores defienden la idea de que ingresar a los pacientes con TP no solo no supone un beneficio en relación al manejo de su enfermedad, sino que tiene un impacto negativo en su evolución. No ha podido demostrarse de forma convincente que esto sea cierto, pero igualmente tampoco existe evidencia clara de que el ingreso hospitalario suponga un beneficio para el paciente. Ningún estudio hasta la fecha ha conseguido evaluar de forma satisfactoria el impacto que la asistencia hospitalaria tiene en la evolución de los pacientes con TP [1].

La mayoría de profesionales coinciden en la opinión de que el tratamiento ideal de los pacientes con TP debe ser un tratamiento a largo plazo, basado en la atención a nivel ambulatorio o en dispositivos específicos, en el que la psicoterapia juega un papel fundamental [1, 3]. En comparación, las UHA no parecen el ambiente más adecuado para el tratamiento de los TP. Sin embargo, la realidad es que, en la práctica clínica diaria, los psiquiatras deben enfrentarse habitualmente a pacientes con TP en el ámbito hospitalario, y en muchas ocasiones deben tomar la decisión de realizar un ingreso. Muchos autores consideran que las UHA deben formar parte del arsenal terapéutico a disposición de los psiquiatras, ya que permiten intervenciones cortas en situaciones de crisis, y deben ser entendidas como una buena oportunidad para evaluar al paciente, revisar su plan terapéutico y comenzar un trabajo que permita aumentar sus habilidades para evitar crisis futuras [1, 4].

Incluso entre quienes defienden los beneficios de las UHA existen discrepancias acerca de algunos detalles, pero numerosos autores y guías clínicas [1, 3, 4, 5] coinciden en señalar una serie de criterios y recomendaciones cuyo objetivo es obtener los mejores resultados posibles del ingreso y convertirlo en una herramienta más en el tratamiento de estos pacientes.

En primer lugar, y lo más importante a tener en cuenta, es que el objetivo de la UHA debe ser la contención de una situación de crisis que no puede ser manejada a nivel ambulatorio. Podríamos decir que las indicaciones para realizar un ingreso serían las siguientes [1, 3, 4]:

- Necesidad de intervención en crisis, particularmente en casos de riesgo suicida, con peligro para el paciente, y de heteroagresividad, con peligro para otras personas.
- Presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Presencia de conducta caótica que pone en peligro al paciente y la alianza terapéutica.
- Revisión del diagnóstico y del tratamiento, o ajuste del mismo.

El segundo punto es de gran importancia, ya que los TP están habitualmente asociados a otras patologías comórbidas, fundamentalmente del Eje I, y son estas comorbilidades las que en muchas ocasiones precipitan la crisis [1, 3, 4].

Los distintos motivos que llevan al ingreso, y la mayor o menor tendencia de los pacientes a precisarlos, están muy relacionados con los distintos tipos de TP. Se ha observado que los pacientes pertenecientes a los clústers A y C, según el modelo propuesto tradicionalmente por el DSM, tienen bajas tasas de ingresos, puesto que no suelen asociar conductas de riesgo que los hagan necesarios. Sin embargo, cuando estas se dan, es habitual que sea en relación a la presencia de trastornos comórbidos, de modo que reciben el diagnóstico correspondiente a esas patologías mientras que el TP resulta infradiagnosticado [1, 6].

Es el clúster B el que se lleva todo el protagonismo en cuestiones no solo de ingreso en UHA, sino de utilización de todos los servicios de salud mental, a costa, fundamentalmente, del Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Varios estudios [7, 8, 9] demuestran que los pacientes con TLP son grandes frequentadores de los servicios de urgencias y hospitalización, en comparación con otras patologías psiquiátricas. Estos pacientes tienen tendencia a la ideación y los gestos autolíticos, a la inestabilidad emocional y al escaso control de los impulsos, lo que deriva en situaciones de riesgo incontrolables a nivel ambulatorio.

No existe consenso en cuanto a la duración ideal del ingreso. Hay quien recomienda que sea lo más breve posible, no superando las 72 horas; otros consideran que puede abarcar hasta 1 o 2 semanas [1, 3]. En todo caso, casi todas las recomendaciones defienden un ingreso corto, muy centrado en la resolución de la crisis que lo motivó, en el que deben existir unos objetivos claros y un plan de derivación al alta a otros servicios más adecuados a las necesidades del paciente [1, 3, 4, 5]. De esta forma se pretende evitar la aparición de actitudes de búsqueda de atención y de dependencia hacia el personal sanitario u otros enfermos, que tendrían un impacto negativo en el paciente [1, 3].

Los principales objetivos de la intervención en una UHA deben ser [1]:

- *Seguridad*: es a menudo lo más urgente, pues como ya se ha explicado es frecuente que haya ideación o conducta autolítica y agresividad, de modo que habrá que garantizar la seguridad del propio paciente y la de los que lo rodean, siempre respetando su autonomía y su dignidad.

- *Contención emocional*: hay que buscar calmar el sufrimiento del paciente, su miedo, angustia y suspicacia. Para ello será fundamental conseguir su confianza y establecer una buena alianza entre el paciente y el personal, sin permitir que aparezcan relaciones de dependencia. El

ambiente del hospital, diferente y controlado, puede ser en sí mismo un lugar donde alejarse y descansar de la situación que ha provocado la crisis, y bastar para calmar al paciente.

– *Control y regulación*: se realiza cuando la crisis aguda ya ha sido resuelta, y consiste en comenzar a crear las bases de una terapia psicológica posterior. El objetivo aquí es trabajar sobre la causa de la crisis: ayudar al paciente a identificar las situaciones que lo desestabilizan y proporcionarle herramientas que mejoren su control de las emociones y los impulsos.

Otros aspectos de la intervención, también importantes, son la búsqueda de patologías comórbidas que puedan estar agravando el TP de base [3, 4], la evaluación de la gravedad y del funcionamiento psicosocial [1], la exploración del ambiente familiar y de apoyo del paciente [3] y la derivación al alta al servicio que se considere más idóneo [1].

Uno de los grandes desafíos en el tratamiento de los TP es la creación de programas, planes y dispositivos capaces de realizar una atención específica. A nivel hospitalario, la falta de un plan de actuación para el manejo de los pacientes ingresados con TP y de personal entrenado para trabajar con ellos puede ser causa de unos resultados poco satisfactorios o negativos sobre el paciente [1, 4, 6], y convertirse en un obstáculo a la hora de construir una buena alianza terapéutica. La preparación del personal, tanto médicos como enfermeras y otros profesionales encargados del cuidado del paciente, es fundamental cuando hablamos de los TP, porque es bien sabido que estas personas suponen un reto para la relación profesional-paciente [1, 4, 6]. Cada tipo de TP tiene sus propias particularidades en cuanto a sus actitudes y conductas [4, 6], pero todos ellos son capaces de provocar en el personal reacciones emocionales muy fuertes, bien sea de sobreprotección o de rechazo, que pueden afectar negativamente a la forma en que son tratados.

En el ámbito extrahospitalario, la falta de unos servicios más adecuados a los que derivar al paciente se ha identificado como causa de ingresos innecesariamente largos [1]. Al mismo tiempo, se piensa que un buen plan terapéutico específico ambulatorio podría ser la forma de reducir la necesidad de ingresos en las UHA de estos pacientes [1, 3, 4].

3. OBJETIVOS

En este trabajo se han querido estudiar las características del conjunto de ingresos de pacientes con TP durante el año 2014 en la UHA del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) de Zaragoza, con dos objetivos fundamentales: por un lado, elaborar un perfil clínico asistencial de este grupo de pacientes, y por otro, describir algunos aspectos del manejo y tratamiento que reciben en esta unidad.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Población de estudio

La UHA del HCULB [2] cuenta con 20 camas y un equipo profesional formado por 3 psiquiatras, 2 Médicos Internos Residentes (MIR), 9 enfermeros, 8 auxiliares clínicos y 9 celadores. No dispone de psicólogo clínico ni de terapeuta ocupacional, aunque sí forman parte del personal del Hospital de Día de Adultos de la misma planta. De todos los pacientes ingresados en esta unidad durante el año 2014, se seleccionaron para formar parte del estudio todos aquellos en cuyos informes de alta se señalaba un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. Esto incluye tanto a aquellos catalogados en el informe propiamente como “trastorno de la personalidad” como a aquellos que recibieron el diagnóstico de “personalidad vulnerable” o de “rasgos vulnerables de personalidad” (abreviado para las gráficas y tablas como RV), de modo que cualquier patología de la personalidad quedara englobada en el estudio.

El total de sujetos del estudio, 111, corresponde al número de ingresos con las características ya señaladas, o dicho de otra manera, al número de informes de alta con diagnóstico de TP que se generaron en 2014, de modo que un mismo paciente pudo haber protagonizado más de un ingreso en el mismo año, que se contabilizaron por separado. De esta forma, los datos obtenidos en este estudio se refieren siempre al total de ingresos y no al total de pacientes diferentes.

4.2. Variables y fuentes de información

Para cada ingreso incluido en el estudio, se empleó el informe de alta como fuente fundamental de información. Se contó además con un conjunto de fichas realizadas por los médicos del Servicio de Psiquiatría que reunían los datos más importantes de cada uno de los ingresos realizados durante el año 2014, ordenados por meses. No se accedió a las historias completas de los pacientes, puesto que el objetivo era únicamente recoger las características de los ingresos.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

- *Variables sociodemográficas*: edad, sexo, nacionalidad y estado civil.
- *Variables relacionadas con el ingreso*: ingreso voluntario (sí o no), alta voluntaria (sí o no), motivo de ingreso, días de estancia y registro de ingresos anteriores en UHA (sí o no).
- *Variables relacionadas con los diagnósticos*: diagnóstico principal de TP (sí o no), tipo de TP y patologías comórbidas.
- *Asistencia psiquiátrico del paciente*: seguimiento en los 6 meses anteriores a la hospitalización (sí o no, y dónde) y destino al alta.

- *Tratamiento farmacológico al alta*: número de medicamentos prescritos y grupos farmacológicos encontrados.
- *Otras variables*: consumo de sustancias (sí o no), registro de problemática social (sí o no).

4.2.1. Edad, días de estancia y número de psicofármacos.

Para las variables puramente numéricas se crearon rangos que permitieran clasificar los ingresos según la cantidad de años, días o psicofármacos prescritos.

- *Edad*: cuatro rangos: de 18 a 29 años; de 30 a 44; de 45 a 59; 60 o mayores de 60.
- *Días de estancia*: cuatro rangos: de 1 a 7 días; de 8 a 14; de 15 a 29; 30 o más de 30. Equivaldrían a una semana, dos semanas, más de dos semanas pero menos de un mes, y un mes o más.
- *Fármacos*: cuatro rangos: de 1 a 3 fármacos prescritos; de 4 a 6; 7 o más de 7; y un último rango correspondiente a 0 fármacos.

Se contabilizaron también los fármacos por grupo farmacológico, separándolos en benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos/estabilizadores del ánimo, e individualmente, por aparecer en varias ocasiones y no encajar en ninguno de los grupos anteriores, el litio y el Antabus.

4.2.2. En relación con los ingresos

Se consideraron involuntarios tanto los ingresos que lo fueron claramente desde el principio como aquellos en los que un paciente que había dicho estar conforme en un primer momento, más adelante cambiaba de opinión, y finalmente era necesario realizar un ingreso involuntario.

Por otro lado, los ingresos anteriores se refieren a cualquier ingreso anterior al actual en cualquier UCE (no necesariamente la nuestra) que figurara en la historia psiquiátrica recogida en el informe de alta.

4.2.3. Motivos de ingreso

Los motivos de ingreso resultaron complicados de recoger y agrupar, debido a la diversidad de formas en que se encontraban documentados en los informes, unas veces más detallados y concretos, otras veces vagos o incluso apenas mencionados en el apartado de “motivos de ingreso” que debía figurar en todos los informes de alta. Para poder distribuir cada caso entre las distintas categorías que se crearon, en ocasiones fue necesario recurrir a la información, más

extensa, que se daba acerca de los síntomas en el momento del ingreso en otros apartados del informe. De modo que un buen número de los motivos de ingreso que se recogieron no coinciden exactamente con lo que se señala como “motivo de ingreso” en el informe, sino que son el resultado de la interpretación de toda la información que se pudo obtener.

A la hora de contabilizar los motivos de ingreso y de asignarlos a cada caso, no se determinaron motivos únicos, sino que para un mismo ingreso podía identificarse más de uno. A pesar de esto, se intentó, siempre que fue posible, sintetizar la información y priorizar los datos más importantes para resumir la causa del ingreso en un solo motivo.

Para clasificar las diferentes causas de hospitalización se tomó como modelo el apartado de *Motivos de ingreso* del *Patient Registration Form* del ECLW (European Consultation-Liason Workgroup).

Ya que se contabilizó también el número de ingresos que se realizaron por petición directa del psiquiatra habitual del paciente, su MAP u otro facultativo del centro o residencia donde se encontrara, se intentó respetar en la medida de lo posible la impresión del médico que derivó si esta estaba transcrita en el informe. Por esta razón, se crearon las categorías incluidas en *Empeoramiento de patología o clínica conocidas* (que solo fueron 3: afectivas, y relacionadas con el control de los impulsos o con la inestabilidad emocional), de modo que quedara constancia de todos los casos en los que el médico habitual claramente advertía el agravamiento de un problema anterior que ya era conocido.

Los casos en que simplemente se describían los síntomas que motivaban la derivación o la consulta por el propio paciente y/o sus familiares, se incluyeron en la categoría de *Síntomas psiquiátricos*, que comprende *síntomas afectivos* (tristeza, apatía, bajo ánimo, anhedonia...), *ansiosos* (nerviosismo, angustia, inquietud), *ansioso-afectivos*, *psicóticos* (ideas delirantes, alteraciones sensorceptivas y alucinaciones, asociadas o no a agitación o perplejidad), *síntomas disociativos/conversivos*, y *agitación psicomotriz/desorientación* (cuando uno o ambos eran los únicos síntomas percibidos).

El término “alteraciones de conducta” se encontró numerosas veces como motivo de ingreso, pero resultaba demasiado amplio, y abarcaba una gran cantidad de signos y síntomas que no estaban claramente definidos. Por esta razón fue necesario determinar lo que para este estudio se consideraría *Alteraciones de la conducta*: cuando, sin haber ningún otro síntoma claro afectivo, ansioso, psicótico... que explicara esas alteraciones, se indicaba presencia de alguno de los siguientes: agresividad verbal o física, altercados con FOP, conductas inapropiadas o extrañas,

conductas de riesgo, desinhibición, escapadas, desorganización en las actividades cotidianas, negativa a tomar medicación o alimentos, inactividad, o descontrol de los impulsos.

En cuanto a los gestos y las ideas autolíticas, ambos forman categorías separadas por su importancia y su gran frecuencia de aparición. A menudo, estaban indicados en el informe junto con una descripción de bajo ánimo o malestar psíquico/emocional. Puesto que se consideró que lo más habitual es que las conductas autolesivas se presenten en contextos de ese tipo, en esos casos el *gesto autolítico* (abreviado como GA en las tablas y gráficas) o la *ideación autolítica* (abreviado como IA) se registraron como único motivo de ingreso, y solo cuando en el informe se identificaba un precipitante claro o un contexto concreto distinto (como el consumo de sustancias o un episodio psicótico), estos se señalaron también junto al gesto o la ideación autolítica como motivo de ingreso.

Los motivos relacionados con el consumo de sustancias se dividieron en dos tipos: *abstinencia o abuso de sustancias*, que incluye los casos en que se observaba un síndrome de abstinencia o el consumo como origen de los síntomas psiquiátricos, y la *desintoxicación*, que comprende ingresos programados o a petición del psiquiatra habitual con el único objetivo de hacer una terapia de desintoxicación en pacientes con drogodependencias. Como “consumo de sustancias” se consideró tanto el de drogas ilegales como el de alcohol, y también el abuso sistemático de psicofármacos como las benzodiacepinas.

Por último, se creó una categoría denominada *otros* para englobar motivos poco frecuentes o no relacionados directamente con sintomatología psiquiátrica, como *ingresos programados, valoración cognitiva, ajuste de tratamiento o problemática social*.

En la tabla 2 del Anexo pueden verse todas las variables relacionadas con el ingreso y todos los motivos de ingreso por categorías.

4.2.4. Centros, unidades y dispositivos

A la hora de recoger el seguimiento de los pacientes y los destinos tras el alta se encontraron numerosos centros, asociaciones, etc. que fue necesario agrupar para conseguir resultados sencillos y claros. De esta forma, se crearon cuatro categorías: ambulatoria, rehabilitación, atención a la drogodependencia y atención específica.

– *Ambulatoria*: se incluyen aquí todos los dispositivos de atención psiquiátrica no hospitalaria ni específica, como los Centros de Salud Mental (abreviado CSM), las Consultas Externas del Hospital Clínico (CCEE) o psiquiatras privados, así como consultas de otros profesionales como

médicos de atención primaria (MAP), trabajadores sociales y psicólogos (tanto privados como pertenecientes a los Centros de Salud).

– *Rehabilitación*: todos aquellos dispositivos que ofrecen atención psiquiátrica y rehabilitación psicosocial a largo plazo. Se incluyen aquí centros y asociaciones que cuentan con Unidades de Media y Larga Estancia (UME y ULE respectivamente), como centros psiquiátricos, neuropsiquiátricos u hospitales de Salud Mental, y también centros pertenecientes a fundaciones (como la fundación Ramón Rey Ardid). Otros dispositivos de este tipo son los centros u organizaciones especiales como centros de día, pisos tutelados o servicios de ASAPME (Asociación Aragonesa ProSalud Mental).

– *Hospital de día*: se trató fundamentalmente del perteneciente al HCULB.

– *Atención a drogodependencias*: dentro de esta categoría encontramos todos los servicios prestados por Proyecto Hombre (comunidades terapéuticas, Centro de Solidaridad, etc.), otras comunidades terapéuticas (como La Encina, especializada en atención al alcoholismo), y todos los servicios públicos de la Comunidad de Aragón, como los CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones) o las UASA (Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones).

– *Atención específica*: se refiere a todos los dispositivos dedicados específicamente a algún tipo de patología psiquiátrica concreta. Comprende las UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) y las UTP (Unidades de Trastornos de la Personalidad), y también la asociación ATADES (Asociación Tutelar Asistencial de Discapacitados Intelectuales).

4.2.5. Diagnósticos comórbidos

Tomando los diagnósticos de TP como punto central de este trabajo, se consideraron comórbidos todos aquellos diagnósticos distintos de TP descritos en los informes de alta. El objetivo era estudiar las patologías más frecuentemente asociadas a los trastornos de personalidad, cuya importancia radica en la teoría de que a menudo la necesidad de ingresar a estos pacientes en una UHA no está causada directamente por el propio TP, sino por las otras patologías presentes al mismo tiempo.

En los informes de alta, habitualmente se encontraron dos apartados: uno de diagnósticos principales y otro para diagnósticos secundarios (u “otros diagnósticos”). Aunque en un principio se planteó clasificar las patologías comórbidas según si eran consideradas principales o no, finalmente hubo que descartar esta idea, debido no solo a la complejidad del trabajo, que superaba el tiempo y los recursos disponibles, sino también porque se observó que no todos los

informes contaban con esos dos apartados diferenciados. En ocasiones, todos los diagnósticos aparecían en conjunto, sin ser valorados como principales o secundarios.

Al igual que se hizo con los motivos de ingreso, a la hora de establecer los grupos de patologías comórbidas que permitieran simplificar los resultados se tomó el modelo del *Patient Registration Form* del ECLW.

La figura 1 muestra el esquema completo seguido para la clasificación de los diagnósticos comórbidos y las patologías que fueron incluidas en cada categoría.

Figura 1. Clasificación de los diagnósticos comórbidos.

- 1. Trastornos mentales secundarios:** delirium, demancia y cualquier trastorno debido a causas médicas, traumatismos, etc.
- 2. Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropas.**
- 3. Trastornos psicóticos:** esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes, episodios psicóticos agudos.
- 4. Trastornos afectivos:** distimia o trastorno afectivo persistente, depresión mayor, depresión psicótica, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo.
- 5. Trastornos neuróticos:** trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno adaptativo, trastorno disociativo/conversivo, trastorno somatomorfo, trastorno por somatización, conducta anómala de enfermedad.
- 6. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas o factores somáticos:** trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastornos del control de los impulsos (incluidos potomanía y ludopatía).
- 7. Retraso mental.**
- 8. Trastornos psiquiátricos causados por reacciones adversas a psicofármacos.**

4.2.6. Trastornos de personalidad

En relación con el diagnóstico de TP, se recogieron dos variables: en primer lugar, la variable de “TP como diagnóstico principal”, y en segundo lugar, el tipo de trastorno, de acuerdo a una

clasificación en 5 grupos que se definieron como *TP sin especificar* (abreviado como TP SE), *TP mixto* (TP M), *clúster A* (TP A), *clúster B* (TP B) y *clúster C* (TP C).

Esta clasificación se basa en las categorías contempladas tradicionalmente en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría), que divide los TP entre aquellos extraños o excéntricos (clúster A: trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico); los dramáticos, emocionales o erráticos (clúster B: trastornos límite, histriónico, narcisista y antisocial o disocial); y los ansiosos o temerosos (clúster C: trastornos obsesivo-compulsivo, por evitación y por dependencia).

A menudo, los diagnósticos señalados en los informes de alta seguían la nomenclatura propuesta por la CIE (Clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), de modo que estos términos se equipararon a sus equivalentes en el DSM para permitir su distribución entre los distintos tipos. De esta forma, todos los TP descritos como *trastorno disocial* (CIE) se consideraron equivalentes a *trastorno antisocial* (DSM), mientras que los *trastornos de inestabilidad de las emociones* (CIE), ya fueran de tipo impulsivo o de tipo límite, se equipararon a *trastorno límite* (DSM).

TP SE	Rasgos vulnerables	13
	TP no especificado	19
	<i>Total</i>	32
TP M	TP mixto	11
	Trastorno de personalidad B-C	1
	Trastorno de personalidad C-A	1
	TP límite-disocial	1
	TP narcisista-ansioso	1
	<i>Total</i>	15
TP A	TP tipo A	2
	TP paranoide	3
	TP esquizotípico	2
	<i>Total</i>	7
TP B	TP tipo B	8
	RV tipo B	4
	TP disocial	3
	TP histriónico	3
	TP límite/inestabilidad	33
	<i>Total</i>	51
TP C	TP tipo C	2
	RV tipo C	2
	RV tipo ansioso	1
	TP obsesivo	1
	<i>Total</i>	6

Figura 2. Relación de diagnósticos encontrados y su distribución en grupos.

El mayor inconveniente que hubo que afrontar en esta parte del trabajo fue la ausencia de diagnósticos específicos en muchos de los informes de alta. Una gran cantidad de pacientes recibieron diagnósticos de TP sin ninguna especificación acerca del tipo, y muchos otros, aún menos definidos, señalaban simplemente unos “rasgos vulnerables de personalidad”. Como ya se ha explicado, todos ellos fueron incluidos en el estudio.

Para reducir el número de diagnósticos vagos o indefinidos se hizo uso de las fichas de los pacientes de 2014. En ellas, algunos casos habían sido revisados y reinterpretados por el doctor Ricardo Campos Ródenas, Jefe de Sección del Servicio de Psiquiatría, en su trabajo de elaboración de una Memoria Anual del Servicio, de modo que se compararon los diagnósticos de las fichas y los informes y se optó por registrar para cada ingreso el que resultara mejor definido de los dos. A pesar de todo, el número final de TP asignados al grupo de *TP sin especificar* resultó bastante alto.

En el caso de los *TP mixtos*, se incluyeron en él todos aquellos que se indicaban con ese mismo término, así como los que describían más de un rasgo o clúster concreto combinados.

En la figura 2 se recogen todos los términos diferentes que se encontraron al revisar las fichas y los informes de alta y a qué tipo fue asignado cada uno de ellos.

Todas las variables de este estudio fueron organizadas de forma que pudieran compararse los diferentes tipo de TP entre sí, como puede verse en las tablas incluidas en el Anexo, que recogen los resultados obtenidos en este trabajo.

4.3. Revisión bibliográfica

Para elaborar la introducción y contrastar los resultados de este estudio se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos PubMed y ScienceDirect. Se emplearon varias palabras clave combinadas de distintas maneras, siempre referidas al título de los artículos, que fueron: “personality disorder”, “acute”, “inpatient”, “admission” y “hospital”. El listado de referencias bibliográficas obtenidas puede consultarse en el Anexo.

Se procuró seleccionar trabajos publicados en los últimos 10 años, aunque dos artículos de 2004 se incluyeron por su gran interés para el objetivo de este estudio. Se siguieron las citas bibliográficas de algunos trabajos para acceder a artículos que no habían sido encontrados en la búsqueda.

4.4. Análisis de los datos

Se creó una base de datos con todas las variables recogidas, y a partir de ella se realizó el análisis

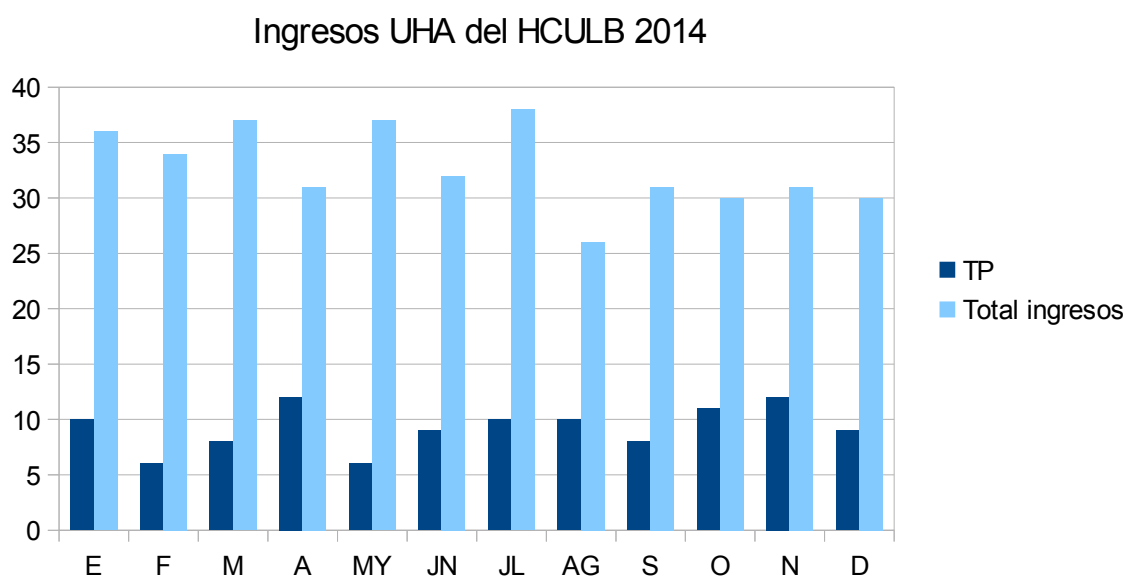
estadístico de los datos, de tipo descriptivo. Se trató de un análisis sencillo, basado en el cálculo de medias y porcentajes, que permitiera comparar las variables de forma directa y simple.

Tanto la base de datos como todas las tablas, gráficas y figuras que ilustran este trabajo fueron elaboradas mediante el programa OpenOffice Calc en su versión 4.1.2 para Windows.

5. RESULTADOS

5.1. Datos comunes a toda la serie de casos

Durante el año 2014 la UHA del Servicio de Psiquiatría del HCULB recibió un total de 393 ingresos. El mes con mayor carga fue julio, con 38 pacientes, seguido de marzo y mayo, ambos con 37. Dentro del total de ingresos, 111 correspondieron a pacientes en cuyos informes de alta se incluyó un diagnóstico de TP, representando un 28,2% de todos los ingresos de ese mismo año. Abril y noviembre fueron los meses con mayor porcentaje de pacientes con TP respecto al total, con un 38,71%.

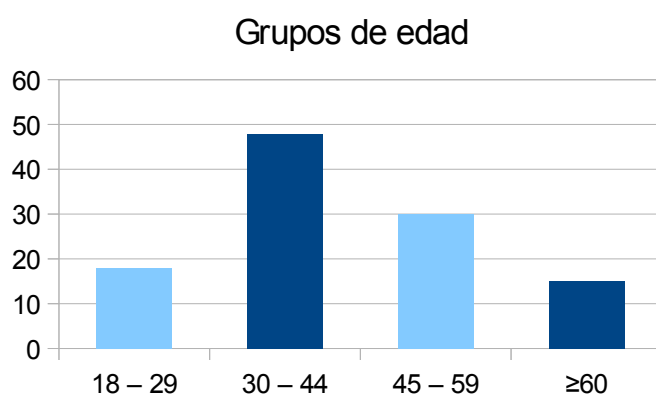


5.1.1. Variables sociodemográficas

En el análisis de las características sociodemográficas de la población de nuestro estudio encontramos que algo más de la mitad, un 55,86% (total: 62) eran mujeres, frente a un 44,14% de hombres (total: 49). La nacionalidad más frecuente fue sin duda la española, con solo un 11,71% de ingresos correspondientes a pacientes extranjeros, 13 en total. Con respecto al estado civil, solo en una ocasión fue completamente imposible obtener este dato, según el informe de alta, debido

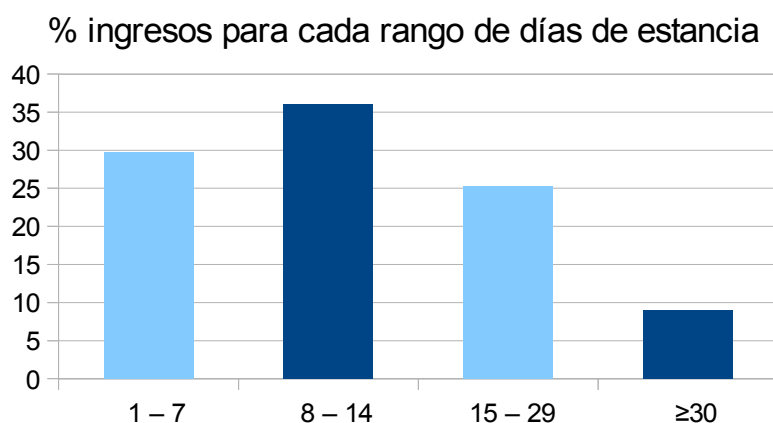
a la información confusa y mezclada con ideas delirante que mostraba el paciente; de modo que se catalogó como *desconocido*. Para el resto de la población, los resultados fueron de un 55,86% de solteros, siendo el grupo más numeroso; un 20,72% tanto de casados como de separados, y solo un 1,8% de viudos.

La edad media de la población fue de 42,53 años. Coincidiendo con este hallazgo, en la distribución por grupos de edad el más frecuente fue el correspondiente al rango de 30 a 44 años, al que pertenecen un 43,24% de los ingresos. El siguiente rango en frecuencia fue el de 45 a 59 años (27,03%), mientras que los grupos de ambos extremos fueron los menos habituales: un 16,22% para el grupo de 18 a 29 años y un 13,51% para los mayores de 60.



5.1.2. Variables relacionadas con el ingreso

Hasta un 29,73% de los ingresos fueron de tipo involuntario. Solo a un 4,5% de los pacientes les fue concedida un alta voluntaria; el resto recibió el alta por curación o mejoría. Se contabilizó también cuántos de los ingresos correspondían a pacientes en cuya historia se señalaba al menos otro ingreso anterior en una UHA, no necesariamente la del HCULB: un 64,86%.



La estancia media para todos los ingresos fue de 14,6 días. Al igual que se hizo con la edad, se estudió el número de días por paciente según grupos de distribución. El grupo de pacientes con una estancia de 8 a 14 días fue el más numeroso, un 36,04%. Los pacientes que permanecieron de 1 a 7 días fueron el 29,73% del total, siendo el siguiente grupo en frecuencia, no muy lejos del 25,23% del grupo de 15 a 29 días. Los pacientes con estancias de 30 o más días solo representaron el 25,23%. Combinando los resultados de los dos rangos más prevalentes, encontramos que el 65,77% tuvieron estancias de 14 días o menos.

El estudio de los motivos de ingreso resultó complicado, como como ya se ha explicado en el apartado de métodos, por su gran variedad y la falta unas veces de información, otras veces de criterios comunes, a la hora de escribir los informes de alta. En la tabla X se recogen los resultados para cada uno de los motivos de ingreso que se consideraron. Debido a que algunos de ellos resultan muy poco frecuentes o significativos, se realizó un agrupamiento más amplio que permitiera obtener una representación clara, que se recoge en la tabla X. En ella se han unificado todos los síntomas psiquiátricos, las valoraciones de empeoramiento de patologías o clínica conocida, todos los motivos de ingreso relacionados con el consumo de tóxicos (tanto el abuso y el síndrome de abstinencia como los ingresos para desintoxicación) y aquellos clasificados como *Otros*.

De esta forma, el motivo de ingreso más frecuente cuando se comparan de manera separada e individual es *alteraciones de conducta*, con un 21,37%, seguido de *gesto autolítico* (17,56%) y de *ideas autolíticas* (16,79%). Los tres tienen una frecuencia marcadamente mayor que todos los demás. Sin embargo, cuando hacemos el análisis de los motivos de ingreso agrupados, la categoría *síntomas psiquiátricos* se iguala a *alteraciones de conducta*, siendo ambas las más frecuentes, cada una con un 21,37% del total de motivos de ingreso recogidos.

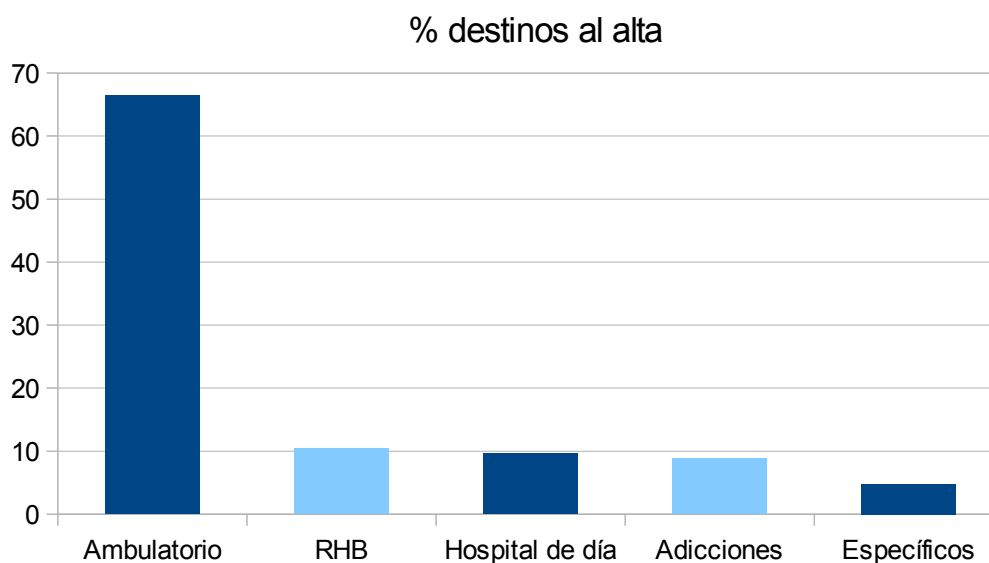
Dentro de las categorías, los motivos de ingreso más repetidos son *síntomas psicóticos* (46,43%), *empeoramiento de patología afectiva* (50%), *desintoxicación* (75%) y *ajuste de tratamiento* (37,5%), cada uno para su categoría correspondiente. Cabe señalar que en 8 de los ingresos (7,2%) se identificó el consumo de alguna sustancia como precipitante o como contexto de los síntomas o trastornos que motivaron el ingreso.

Dentro del conjunto de casos estudiados, se encontraron 9 que correspondían a reingresos de un mismo paciente dentro del año 2014, y que suponen un 8,12% del total de ingresos. Estos 9 reingresos fueron protagonizados por 4 pacientes distintos.

5.1.3. Dispositivos de destino y seguimiento

En cuanto al destino de los pacientes tras el alta, lo más frecuente fue la derivación al CSM de referencia para el paciente (44%), tanto si éste ya realizaba seguimiento allí o no. Los destinos del ámbito ambulatorio fueron en general los que se registraron más veces (66,4%): la indicación de volver a las Consultas Externas del Hospital Clínico fue un 16,8% de las instrucciones al alta, siendo la segunda después de la derivación a CSM. Los centros de rehabilitación fueron los más indicados en segundo lugar: representan el 10,4%. De ellos, los que contaban con UME/ULE fueron los más habituales (7,2% del total). El Hospital de Día fue el tercer dispositivo con más derivaciones, un 9,6%. En contraste con esto, el total de derivaciones a cualquier centro de atención a la drogodependencia o a dispositivos de atención especializada fueron el 8,8% y el 4,8%, respectivamente. Llama la atención que solo un 3,2% de los pacientes, todos con diagnóstico de trastorno de personalidad, fueran enviados a una UTP.

Se incluyeron en la lista de destinos al alta algunos que tan solo contaron con una aparición; es el caso de los pisos tutelados, la indicación de acudir al trabajador social o la derivación al servicio de Medicina Interna del propio Hospital Clínico a causa de la patología orgánica que presentaba el paciente (delirium) y que requería tratamiento médico.

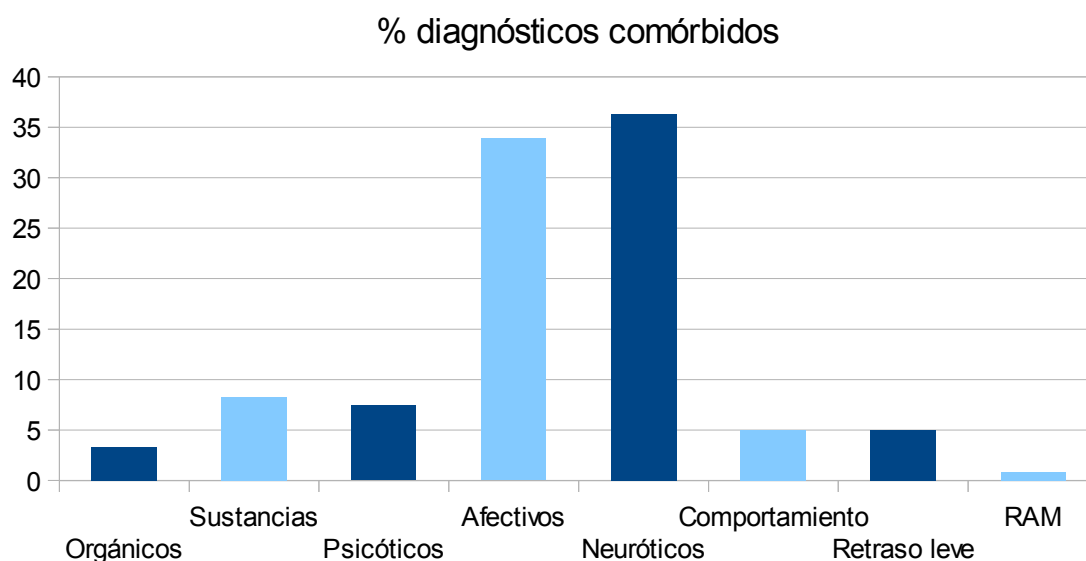


Solo en un 23,42% de todos los casos los informes de alta indicaban que el paciente no había hecho seguimiento de su patología psiquiátrica en los 6 meses anteriores al ingreso. De nuevo en este caso, lo más habitual fueron las visitas a nivel ambulatorio, ya fuera en CSM, en Consultas Externas, en el centro de salud por MAP o por psicólogo, o en consultas privadas; y representa el 82,98% de todos los servicios que se registraron como encargados del seguimiento de los

pacientes. Los CSM fueron los más frecuentes, un 39,36% del total, seguido de las Consultas Externas, con un 24,47%. Se encontraron más pacientes que recurrían a especialistas privados (11,7% del total de servicios) que pacientes controlados habitualmente por su MAP (5,32% del total de los dispositivos registrados). Un 6,38% había estado manteniendo seguimiento en unidades o centros de rehabilitación, y tan solo un 5,32% y un 2,13% lo habían hecho en centros de atención a la drogodependencia o unidades especializadas, respectivamente. En 3 ocasiones se encontró que según el informe el paciente hacía seguimiento, aunque por causa de que el paciente no supiera explicarlo o fuera confuso (por ejemplo, que acudiera a varios lugares al mismo tiempo), se desconocía en qué dispositivo concreto lo hacía. Estos casos se denominaron *desconocido*, y representan el 3,19% de los servicios de seguimiento.

5.1.4. Diagnósticos psiquiátricos

En el estudio de los diagnósticos indicados en los informes de alta, encontramos que un 46,85% de los ingresos terminaron con un TP como diagnóstico principal, aunque como ya se ha explicado en el apartado de Métodos, puede que la clasificación entre *diagnósticos principales* y *otros diagnósticos* no sea fiable en todos los casos.



Dentro de todas las demás patologías distintas de TP que se consideraron presentes durante el ingreso de los pacientes, el grupo más numeroso es el de *Trastornos neuróticos*, un 36,36% de todos los diagnósticos comórbidos. Entre ellos, el trastorno adaptativo fue el más prevalente (88,64%). El segundo más habitual fue el de *Trastornos afectivos*, con un 33,88%, y el diagnóstico más habitual fue de distimia (53,66%). El siguiente grupo en frecuencia, *Trastornos mentales y del*

comportamiento por consumo de sustancias, queda bastante alejado de los anteriores, siendo solo un 8,26% de los diagnósticos, de manera que podemos intuir la marcada diferencia entre ellos y la importancia de los primeros como patologías comórbidas en los pacientes con TP. El resto de grupos, en orden de importancia, serían *Trastornos psicóticos* (7,44%), *Trastornos del comportamiento* y *Retraso mental leve* (ambos 4,96% respectivamente), *Trastornos mentales orgánicos* (3,31%) y por último, *Reacciones adversas a psicofármacos* (0,83%, un solo caso).

La media de diagnósticos comórbidos por paciente ingresado fue de 1,09. Por otro lado, hasta un 17,12% de los pacientes no recibieron ningún otro diagnóstico además de su TP.

Por otro lado, se encontró que en el 45,05% de los ingresos el paciente refería un consumo de sustancias (drogas ilegales, alcohol o incluso psicofármacos) bien actual, en el momento en que el informe fue escrito, bien antiguo por asegurar encontrarse en un período de abstinencia (ver figura 3). En 5 ocasiones, en el informe se recogía ese consumo de sustancias entre los diagnósticos principales que había recibido el paciente (un 4,5% de los ingresos).

Tipo de TP	Consumo sustancias	
	Total	%
TP sin especificar	15	46,86
TP mixto	5	33,33
TP A	1	19,29
TP B	29	56,86
TP C	0	0
Total	50	45,05

Figura 3. Consumo de sustancias en los diferentes grupos.

También en 6 informes (5,41%) aparecía incluido entre los diagnósticos algún tipo de problemática social. Se entendió que el hecho de indicar estos datos en el apartado de diagnósticos señalaba que fueron valorados como problemas importantes para el paciente en cuestión.

5.1.5. Tratamiento psicofarmacológico al alta

Se contabilizaron un total de 423 psicofármacos prescritos; esto significa una media de 3,84 fármacos por paciente dado de alta. El 31,44% del total de psicofármacos corresponde a benzodiazepinas, el grupo más frecuentemente prescrito, con una media de 1,2 por paciente. Los siguientes grupos serían los antipsicóticos, con el 27,17% y una media de 1,04 por paciente, y los antidepresivos, el 25,77% y media de 0,98. En la tabla X pueden observarse los datos referentes al

resto (ver figura 4).

Los pacientes con un rango de fármacos prescritos de entre 4 y 6 fueron los más numerosos (53,15% de los ingresos), mientras que aquellos con 7 fármacos o más solo representaron el 5,4%. Un 4,5% no recibieron ninguna prescripción al alta (ver figura 5).

Grupos de fármacos	Número	Media	%
Benzodiacepinas	133	1,2	31,44
Antidepresivos	109	0,98	25,77
Antiepilépticos/Estab.Ánimo	56	0,5	13,24
Antabús	6	0,05	1,42
Litio	4	0,04	0,95

Figura 4. Datos separados por grupos farmacológicos.

Fármacos por paciente	%
Ninguno	4,5
1 a 3	36,94
4 a 6	53,15
≥7	5,4

Figura 5. Porcentajes para los distintos rangos de fármacos.

5.2. Datos en relación con los trastornos de personalidad

De la clasificación de 5 tipos de TP que se realizó para este estudio, sin duda el más frecuente fue el Clúster B, con el 45,95% de todos los diagnósticos de TP, y dentro de este, el de trastorno límite o de inestabilidad de las emociones, que representó el 64,71% de los trastornos de tipo B y el 29,73% de todos los TP (ver figura 6).

	TOTAL	%
TP sin especificar	32	28,83
TP mixto	15	13,51
TP A	7	6,31
TP B	51	45,95
TP C	6	5,41

Figura 6. Número y porcentaje de ingresos para cada grupo de TP.

El grupo de TP sin especificar fue, desafortunadamente, el segundo por detrás del tipo B: el 28,83% de los ingresos fueron incluidos en esta categoría por no contar con un diagnóstico más detallado. El 40,63% de los TP comprendidos aquí aparecían en los informes de alta como “rasgos vulnerables de personalidad” sin ninguna otra característica, un término vago que no podía incorporarse a ningún otro. En relación con el total de TP, estos significan un 11,71%.

Los resultados comparados de todos los datos recogidos para cada tipo de TP pueden verse en las tablas incluidas en el Anexo.

A propósito de las características sociodemográficas destacaremos algunos puntos. El grupo con mayor proporción de extranjeros fue el Clúster B, con un 15,69%, frente al 11,71% de toda la población estudiada, aunque en todos los grupos se matuvo la tendencia general de una marcada mayoría de pacientes españoles, y lo mismo ocurre con los datos sobre estado civil, con el grupo de solteros como el predominante. El único tipo con mayor porcentaje de hombres que de mujeres fue el Clúster A (57,14% de hombres).

En la distribución por grupos de edad, solo el tipo Mixto y el Clúster C se separaron de la tendencia general hacia el grupo de 30 a 44 años, con mayor proporción de los grupos de edades avanzadas, lo que coincide con sus medias, las dos más altas: 48,5 para el Clúster C y 45,27 para el tipo Mixto. Todos los tipos menos el Clúster B (40,1) tuvieron medias de edad superiores a la media global (ver figura 7).

	Total años	Media
Total	4721	42,53
TP sin especificar	1398	43,69
TP mixto	679	45,27
Clúster A	308	44
Clúster B	2045	40,1
Clúster C	291	48,5

Figura 7. Media de edad para cada grupo de TP.

	Total días	Media
Total	1621	14,6
TP sin especificar	478	14,94
TP mixto	204	13,6
Clúster A	93	13,29
Clúster B	702	13,76
Clúster C	144	24

Figura 8. Estancia media para cada grupo de TP.

En la información referente al ingreso, la estancia media más alta fue para el Clúster C, con 24 días por paciente frente a los 14,6 de la población global (ver figura 8). El Clúster A fue el de mayor porcentaje de ingresos involuntarios, mientras que los tipos Mixto y Sin especificar destacaron en el volumen de altas voluntarias (6,67% y 6,25% respectivamente).

El motivo de ingreso más frecuente se mantuvo en *alteraciones de conducta* excepto para el Clúster A, con un 40% de los motivos descritos como *síntomas psicóticos*.

Los 9 reingresos encontrados se distribuyen entre los grupos *Sin especificar* (1 reingreso que supone el 3,13% del total de este grupo), *Mixto* (1 reingreso, el 6,67%) y el *clúster B* (7 reingresos, el 13,73%).

Todos los tipos de TP se relacionaron con una mayoría ambulatoria para los centros y servicios tanto de destino como de seguimiento (con los CSM como la opción más frecuente). Respecto a los destinos tras el alta, el Clúster C tuvo más derivaciones a rehabilitación y a Hospital de Día que ningún otro (14,29% y 28,57% respectivamente), el tipo Mixto a centros de drogodependencia (25%) y el Clúster B a unidades específicas (10,17%). Por otro lado, los pacientes del Clúster B fueron los que más veces refirieron seguimiento en centros de rehabilitación (9,52%), mientras que el tipo Sin especificar tuvo la mayor proporción de casos de centros de drogodependencia (10,71%) y de atención específica (3,51%).

En cuanto a los diagnósticos recibidos, el Clúster C y el tipo Mixto comprendieron más pacientes con diagnóstico principal de TP (85,71% y 66,67% respectivamente). La media de diagnósticos comórbidos fue superior a la global para los tipos Sin especificar, Mixto y C (ver figura 9). Las comorbilidades más frecuentes para cada tipo pueden verse en la figura 10.

	Comorbilidades	
	Nº	Media
Total pacientes	121	1,09
TP sin especificar	43	1,34
TP mixto	19	1,27
Clúster A	4	0,57
Clúster B	46	0,9
Clúster C	9	1,5

Figura 9. Media de diagnósticos comórbidos a los TP por grupo.

Si comparamos los fármacos prescritos por grupos, la media global de 3,84 fármacos por paciente se ve superada por los 4,23 del tipo Sin especificar y los 4 del Clúster C (ver figura 11). Todos los tipos coincidieron con la tendencia general al ser las benzodiazepinas la categoría de

fármacos más veces prescrita, excepto el Clúster A, cuyo grupo farmacológico más frecuente fue el de los antipsicóticos, con una media de 1,3 por paciente.

	Comorbilidad más frecuente	%
TP SE	Tr afectivos y Tr neuróticos	39,53 ambos
TP M	Tr neuróticos	57,89
TP A	Tr afectivos	50
TP B	Tr afectivos	30,43
TP C	Tr neuróticos	55,56

Figura 10. Porcentajes de diagnósticos comórbidos a los TP más frecuentes.

Mientras que para la población global del estudio la mayoría de los pacientes pertenecía al grupo que recibió entre 3 y 6 fármacos, en el caso de los tipos Mixto y Clúster A, el grupo más habitual fue el de 1 a 3 fármacos.

Finalmente, en cuanto al consumo de sustancias, el Clúster B obtuvo el mayor porcentaje de pacientes, un 56,86%, seguido del tipo Sin especificar, con un 46,86%.

	Total fármacos	Media
Total	426	3,84
TP sin especificar	135	4,23
TP mixto	52	3,47
Clúster A	22	3,14
Clúster B	193	3,8
Clúster C	24	4

Figura 11. Media de psicofármacos por grupo de TP.

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo describen unas características que, por un lado, son muy similares a las mencionadas por otros estudios, y por otro, reflejan las particularidades de la UHA del HCULB en el manejo de los TP.

6.1. Acerca de los resultados comunes a toda la serie

En la revisión bibliográfica que se realizó, solo pudo encontrarse un trabajo que hiciera referencia a hospitalizaciones de pacientes con cualquier tipo de TP con el que poder comparar nuestras conclusiones, pues lo más común era que los estudios estuviesen centrados exclusivamente en el TLP. Según este trabajo, incluido en el capítulo *Los trastornos de la personalidad en las unidades de hospitalización psiquiátrica* del libro *El componente de salud mental en el hospital general* [1], el 29,37% de todos los ingresos de 2014 en la unidad de hospitalización Nicolás Peña de Vigo recibieron un diagnóstico de TP; aproximadamente la mitad de ellos consumía alguna sustancia, y la mayoría pertenecían al Clúster B. El motivo de ingreso más común fue la ideación suicida (34,56%), seguida de las conductas autolíticas, los síntomas psicóticos y la heteroagresividad. La estancia media fue de 17,6 días.

Nuestros resultados para esas mismas variables fueron muy similares: registramos un 28,2% de ingresos con diagnóstico de TP con respecto al total de hospitalizaciones, un 45,05% de casos con consumo de sustancias y una mayoría marcada de TP correspondientes al Clúster B (45,95%). Las *alteraciones de la conducta* fueron el primer motivo de ingreso (21,37%), por delante de los *gestos autolíticos* y la *ideación autolítica* (17,56% y 16,79%), mientras que dentro de la categoría de *síntomas psiquiátricos* los psicóticos fueron los más prevalentes (9,92% de todos los motivos de ingreso). Si tenemos en cuenta que las *alteraciones de la conducta* en este estudio incluyeron todos aquellos casos en los que comportamientos como precisamente la agresividad (que fue relativamente frecuente) se presentaban como la principal causa de consulta, podemos decir que ambos estudios coinciden en sus conclusiones a prácticamente todos los niveles.

Cabe destacar que frente a la estancia media de 17,6 días referida por los autores de aquel trabajo, la media para la UHA del HCULB fue de 14,6, con el 65,77% de las estancias ≤ 14 días. A falta de un análisis más detallado de este tema, parece lógico deducir que nuestra unidad está más cerca de cumplir con el objetivo de hospitalizaciones lo más breves posible, de unas dos semanas como máximo, y podría ser indicador de un manejo adecuado de los pacientes con TP en el ámbito de una unidad de agudos.

6.2. Acerca de las características de los distintos TP

Como ya hemos dicho, el Clúster B fue el tipo de TP más prevalente, y dentro de él, el TLP el más importante. A propósito de esta predominancia sobre los demás tipos, varios estudios [7, 8, 9] han concluido que el uso de los recursos de salud mental de las personas con diagnóstico de TLP es significativamente mayor que el de otras patologías psiquiátricas, incluidos otros TP, y que son grandes frequentadores de los dispositivos de tratamiento intensivo a corto plazo como las unidades de hospitalización y los servicios de urgencias [7]. En nuestra serie de casos, el 64,71% de los TP tipo B aparecían en los informes de alta o las fichas definidos como TLP (o con la terminología propia de la CIE para sus equivalentes). Esto ya representa una mayoría significativa, pero además se debe tener en cuenta que el 23,53% de los TP tipo B no habían recibido un diagnóstico concreto dentro del espectro del Clúster B, de manera que entre ellos muy probablemente podríamos encontrar más TLP aún sin filiar, aumentando su prevalencia en el conjunto de ingresos. Tampoco se debe olvidar que el 28,83% del total de casos pertenecen al grupo TP Sin especificar, donde también cabría esperar una proporción importante de TP de tipo B, y por tanto, de TLP.

Encontrar que los motivos de ingreso más frecuentes para el Clúster B fueron los *gestos autolíticos* y las *alteraciones de conducta*, seguidos de *ideación autolítica*, tampoco resultó inesperado. Un estudio de 2008 [9] que analizaba las tasas de admisión de personas con TLP en una unidad de hospitalización concluyó que los motivos de ingreso más frecuentes eran las tentativas y amenazas suicidas. Sin embargo, mucho antes ya se describía en la bibliografía [4] la tendencia de estos pacientes a requerir atención hospitalaria por estos motivos, así como por conductas impulsivas, de riesgo o de agresividad. Como ya se ha recordado antes, nuestro estudio recogió ese tipo de comportamientos dentro de la categoría de *alteraciones de la conducta*, que precisamente ocupa el primer puesto junto con los gestos autolíticos en la lista de motivos de ingreso más frecuentes para el Clúster B.

Si observamos los motivos de ingreso más habituales para el grupo de TP Sin especificar, comprobamos que de nuevo las *alteraciones de la conducta* se sitúan en primer puesto, seguidas de los *gestos autolíticos*. La *ideación autolítica* queda en tercer lugar, con una proporción tan solo algo menor a la de los gestos autolíticos, 11,76% frente a un 14,71%. Resultados muy similares pueden advertirse en el grupo de TP Mixtos. Sin embargo, la tendencia no se mantiene en los clústers A y C: el primero destacó por sus *síntomas psicóticos*, mientras que el segundo, con una serie muy reducida de casos, tiene un motivo de ingreso diferente para cada uno de ellos, sin dejar

ver una predisposición clara hacia ninguno. Esto nos lleva a considerar aún más probable la teoría de que dentro de los grupos menos definidos (TP Sin especificar y Mixto) se “esconden” en realidad pacientes con características propias del Clúster B, más concretamente del TLP.

Un trabajo de 2010 [8] centrado en el uso de los servicios de salud mental por parte de los pacientes con TLP demostró, además de la ya conocida mayor tasa de hospitalizaciones, que tenían hasta un 65% más de probabilidades de referir ingresos anteriores por razones psiquiátricas que otros tipos de pacientes. De nuevo, esto va en consonancia con nuestros propios resultados, pues el grupo con mayor porcentaje de casos con ingresos previos fue el Clúster B.

En comparación con los hallazgos referentes al Clúster B, los Clústers A y C tuvieron tasas de hospitalización mucho menores. El primero representó solo un 6,31% del total, mientras que el segundo apenas suponía un 5,41%. Como ya se ha comentado anteriormente en otro apartado, estos tipos de TP no tienen una gran predisposición a presentar conductas de riesgo, y por tanto, suelen asociar una menor necesidad de ingresos [1, 6].

6.3. Acerca de los diagnósticos psiquiátricos

El análisis de los diagnósticos comórbidos reveló que, con respecto a la serie total, los *Trastornos Neuróticos* fueron los más repetidos, el 36,36%, aunque los *Trastornos Afectivos* los siguieron de cerca con un 33,88%. El tercer grupo en frecuencia, los *Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias*, solo representaban un 8,26%, de modo que hubo una clara predominancia de los otros dos por encima del resto. Tampoco hubo grandes diferencias entre los distintos tipos de TP: todos ellos tuvieron como primera causa de comorbilidad bien los *Trastorno Neuróticos*, bien los *Afectivos*. La media global de diagnósticos comórbidos fue de 1,09, y solo un 17,12% de los casos no recibieron ninguno. No se pudo encontrar ningún estudio de características similares al nuestro que nos permitiera hacer una comparación de estos datos y valorar su alcance.

La mayoría de autores [1, 3, 4, 6] coinciden en destacar la importancia de las patologías comórbidas como causa precipitante de hospitalización, pero también como fuente de morbilidad, agravando el TP de base del paciente y haciendo difícil tanto el tratamiento como el diagnóstico de este, pues en muchos casos queda enmascarado por las otras patologías. En nuestra serie de casos, la mayoría presentaron, al menos, un diagnóstico distinto de TP, y en el 53,15% de ellos el TP aparecía entre los diagnósticos secundarios. Estos datos reflejan lo frecuente que resulta la asociación de los TP con otros trastornos psiquiátricos, y cómo la patología aguda presente en el

momento del ingreso, que habitualmente es la que lo motiva, es un trastorno distinto al TP.

Ante la gran probabilidad de encontrar comorbilidades en estos pacientes, y teniendo en cuenta el riesgo de infradiagnóstico de los TP cuando no son el motivo directo de ingreso, parece recomendable que en las UHA se adquiriera la rutina de explorar a todas las personas con un TP conocido en busca de otras patologías que puedan estar entorpeciendo la evolución, así como tener siempre en cuenta que detrás de una clínica aguda de cualquier tipo puede estar escondiéndose un TP que la agrava.

6.4. Acerca de los dispositivos de destino y seguimiento

En cuanto a lo observado en relación a la vinculación terapéutica en los 6 meses anteriores al ingreso, podemos destacar que el 76,58% eran visitados por algún profesional o servicio de referencia. La mayoría (82,98%) hacían ese seguimiento a nivel ambulatorio. Sobre estos hallazgos podemos decir, en primer lugar, que a grandes rasgos resultan adecuados conforme a la recomendación de que los pacientes con TP sean tratados fundamentalmente y de forma continuada en el medio extrahospitalario [1, 3, 4, 5]. Sin embargo, debe señalarse que durante la revisión de los informes de alta se encontraron numerosos pacientes con circunstancias como una asistencia irregular a las consultas de su psiquiatra, historias de seguimiento por distintos servicios o profesionales a lo largo de los años, o referencia a largos lapsos de tiempo en los que no fueron visitados. Esto podría ser interpretado como un reflejo de la falta de unos medios y planes terapéuticos claros y específicos para TP a nivel ambulatorio que aseguraran la asistencia psiquiátrica continua de estos pacientes y que, tal vez, siguiendo la teoría de muchos autores, pudieran evitar las altas tasas de ingresos hospitalarios registradas en este grupo. En nuestro trabajo ha quedado patente que, a pesar de ser cierto que la mayoría realizaba algún tipo de seguimiento psiquiátrico, el nivel de uso de la UHA fue muy similar al observado en otros estudios [1], y no resulta nada desdeñable.

Por otro lado, la mayoría (66,4%) de los destinos al alta fueron también servicios ambulatorios, siendo los destinos de rehabilitación los segundos en frecuencia (10,4%), seguidos del Hospital de Día (9,6%). De nuevo esto seguiría las recomendaciones antes mencionadas y se podría valorar como un aspecto positivo. Sin embargo, es llamativo el hecho de que, frente al 45,05% de casos de consumo de sustancias, solo un 8,8% de las derivaciones fueron a dispositivos de atención a la drogodependencia.

6.5. Acerca del tratamiento psicofarmacológico

Esta es una materia complicada en la que, como en tantos otros aspectos de los TP, la ausencia de evidencia científica lleva a la diversidad de opiniones. La bibliografía publicada, incluidas guías de práctica clínica [1, 3, 4, 5], señalan que esta no es la parte más importante del tratamiento de los TP, sino la psicoterapia, y recuerdan que no existe ningún fármaco con indicación expresa para estos trastornos, de forma que las prescripciones habitualmente se realizan *off-label*, es decir, fuera de su verdadera indicación. La práctica real, en cambio, contrasta con esta idea, pues un gran número de pacientes toma habitualmente varios psicofármacos diferentes.

Siguiendo la experiencia clínica y la opinión de algunos expertos, comúnmente se acepta el uso de psicofármacos como antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo para el tratamiento no del propio TP, sino de algunos síntomas o aspectos concretos del paciente en cuestión [1, 3, 5]. Sin embargo, en muchas ocasiones esto desemboca en un número de prescripciones que podría considerarse excesivo, y la polifarmacia no ha demostrado ningún beneficio sobre la evolución del paciente; todo lo contrario, hay quien defiende que esta práctica se relaciona con una elevada frecuencia de reingresos hospitalarios [1].

A propósito de este tema, nuestro estudio encontró que la media de fármacos prescritos dentro de las recomendaciones a seguir al alta fue de 3,84, y lo más frecuente fue que los pacientes recibieran de 4 a 6 fármacos (el 53,15% del total), lo que es un número considerable. Solo un 4,5% de los ingresos terminaron sin ninguna prescripción. No pudo obtenerse ningún artículo publicado en relación al tratamiento farmacológico de los TP hospitalizados, aunque sí se encontró uno referido solamente a TLP en varios hospitales europeos [10]. En él, los pacientes ingresados con este diagnóstico recibían una media de 2,8 fármacos; el 90% seguía tratamiento con al menos uno (el 10% por tanto no estaba medicado), el 80% con 2 o más, y el 54% con 3 o más. Si hacemos una comparación con lo observado en nuestro Clúster B, advertimos una media de 3,8, un fármaco más de media por paciente, y solo un 5,88% de pacientes sin tratamiento farmacológico frente al 10% del otro estudio. El 56,86% de nuestros pacientes recibían de 4 a 6 fármacos, lo que también supera el 54% con 3 o más, sobre todo si sumáramos la proporción correspondiente a los pacientes con 3 fármacos que no está incluida en ese grupo. En una visión global, parece que nuestra UHA tuvo una mayor tendencia a la polimedicación de los TP de tipo B.

No obstante, los resultados de ambos trabajos no son completamente equiparables; por un lado, nuestro Clúster B incluye diagnósticos distintos de TLP (aunque como ya se mencionado antes, el TLP es el tipo mayoritario, y muy posiblemente, esté infradiagnosticado), y por otro, los

datos aportados por el artículo de comparación se refieren al tratamiento que recibieron los pacientes durante su estancia en el hospital, mientras que los nuestros recogieron prescripciones al alta. A pesar de estas limitaciones, resulta orientativo conocer datos provenientes de otros hospitales europeos a la hora de plantear posibles cambios en los hábitos de prescripción de cara a reducir el tratamiento farmacológico, tal y como se recomienda en las guías de práctica clínica.

6.6. Acerca de los informes de alta como fuente de información

Finalmente, habría que destacar algunos aspectos observados en relación con los informes de alta consultados para elaborar la base de datos. El hecho de contar con ellos como única referencia resultó limitante, debido fundamentalmente a la falta de homogeneidad en su estructura o contenidos, y hubo que afrontar problemas como la ausencia de información o el uso por parte de los autores de distintas estructuras o incluso distintas nomenclaturas para algunos términos. Para salvar estas situaciones, se tuvo que recurrir a la inferencia de ciertos datos a partir de la información disponible cuando no aparecían señalados. Los casos en que no se pudo obtener ningún dato fueron denominados “desconocido”.

En este sentido, sería positivo establecer una estructura definida y promover su uso en la UHA tratando de respetarla al máximo, aun cuando se permita cierta libertad a la hora de expresarse, puesto que las circunstancias de los pacientes psiquiátricos pueden ser muy complejas y no siempre encajar en una plantilla. Tal vez debería valorarse qué datos de los habitualmente incluidos en los informes de alta serían los más relevantes, y establecer unas directrices claras sobre cómo deben ser expresados, de forma que al menos en esos puntos existiera consenso en cuanto a la estructura o la terminología empleada.

Otro punto importante acerca de los informes fue el hecho de encontrar tantos diagnósticos de TP sin especificar, así como otros muchos en los que solo se identificaba el clúster, pero no el tipo concreto. Otras veces, el trastorno estaba descrito como “rasgos vulnerables de personalidad”. Dos circunstancias podrían explicar esta costumbre.

En primer lugar, la dificultad de establecer un diagnóstico de TP. La personalidad es un concepto complejo, difícil de definir y también de valorar, mucho más si el tiempo disponible para conocer a una persona es limitado. Es previsible pues que los diagnósticos de TP realizados durante un ingreso no sean muy detallados, y que necesiten una evaluación más cuidadosa del paciente fuera del hospital para llegar a un diagnóstico concreto.

En segundo lugar, la limitación que supone para el autor del informe el hecho de que el propio

paciente pueda leerlo. El término “trastorno de personalidad” puede impresionar a quien lo recibe de peyorativo o extremadamente negativo. Transmite la sensación de estar siendo juzgado. Referirse al TP como “rasgos vulnerables de personalidad” puede ser una manera de suavizar el lenguaje y expresar de forma sutil dónde localiza el profesional el “problema”.

Sea o no la causa del elevado número de TP sin especificar, que el paciente pueda leer su informe es algo que debe tenerse en cuenta al valorar la información que aparece en él, especialmente en casos como el nuestro, en que no debe olvidarse la existencia de esta limitación.

7. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Existen muchas cuestiones sin resolver acerca del tratamiento y manejo de los pacientes con TP y muchas líneas de investigación abiertas. A lo largo del desarrollo de este trabajo se ha puesto de manifiesto la necesidad, en primer lugar, de más estudios que traten el tema de un perfil clínico asistencial de pacientes con TP hospitalizados; concretamente, existe poca información referente a los TP que menor uso hacen de las UHA: los clústers A y C. Por otro lado, todavía se debe demostrar el papel preventivo que se le supone al tratamiento extrahospitalario continuado a la hora de reducir la necesidad de ingresos, o la supuesta relación entre polifarmacia y mayor número de reingresos.

La notable proporción de pacientes que abandonaron nuestra UHA sin un diagnóstico de TP concreto podría ser un reflejo de la dificultad que supone explorar y definir este tipo de trastornos, un problema que tal vez pudiera paliarse con ese cambio en el concepto y criterios diagnósticos de los TP en los que actualmente se trabaja.

En cuanto a lo observado en la UHA del HCULB, resultaría muy interesante plantear investigaciones más detalladas, centradas en revelar más aspectos del manejo que se realiza de este tipo de pacientes, como la duración de la estancia, el diagnóstico o las estrategias terapéuticas (farmacológicas, psicoterápicas o de cualquier otro tipo). Esto permitiría identificar puntos susceptibles de mejora y una mayor adecuación a las recomendaciones establecidas por guías internacionales de práctica clínica.

8. CONCLUSIONES

1. Durante el año 2014, la UHA del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza recibió 393 ingresos, de los cuales 111 (28,2%) correspondieron a pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad. El 46,85% de ellos figuraban como diagnóstico principal en el informe de alta, mientras que el resto (53,15%) se encontraron dentro de los diagnósticos secundarios.

2. Los TP pertenecientes al Clúster B fueron los más habituales (45,95%), y dentro de ellos, el TLP (29,73% del total, 64,71% del Clúster B). El segundo grupo en frecuencia fue el correspondiente a los diagnósticos de TP no especificados (28,83%). Es probable que la proporción real de TP de tipo B, y de TLP concretamente, sea mayor que la registrada, y cabría esperar numerosos casos no diagnosticados entre los TP sin especificar, e incluso los TP mixtos.

3. Las patologías comórbidas (diferentes de TP) más prevalentes fueron los trastornos neuróticos, el 36,36% de todos los diagnósticos, siendo el trastorno adaptativo el más veces registrado (88,64% de las patologías neuróticas). Los trastornos afectivos quedaron en segundo lugar con una proporción de 33,88%, y el diagnóstico más frecuente fue el de distimia (el 53,66% de ellos).

4. El motivo de ingreso más frecuente fueron las alteraciones de la conducta (21,37%), seguidas de los gestos autolíticos (17,56%) y la ideación autolítica (16,79%), en este orden.

5. En relación a las variables del ingreso, lo más habitual es que fuera voluntario y que los pacientes fueran dados de alta por curación o mejoría. En más de la mitad de las hospitalizaciones (64,86%) los pacientes refirieron al menos un ingreso anterior en una UHA. La estancia media fue de 14,6 días, y la mayoría de los pacientes permanecieron ≤ 14 días (65,77%).

6. La mayoría (76,58%) había realizado seguimiento de su patología psiquiátrica en los 6 meses anteriores al ingreso. Los centros, servicios o dispositivos de asistencia, así como los destinos de derivación al alta, fueron esencialmente de tipo ambulatorio, con una proporción de 82,98% y 66,4% respectivamente.

7. En casi la mitad de los casos (45,05%), los pacientes refirieron consumo o abuso de sustancias (alcohol, drogas ilegales, psicofármacos).

8. La media de psicofármacos prescritos al alta fue de 3,84, con algo más de la mitad de los pacientes (53,15%) recibiendo entre 4 y 6 medicamentos. El grupo farmacológico más veces

prescrito fue el de las benzodiazepinas (31,44%), seguido de los antipsicóticos (27,17%).

9. En cuanto a la demografía, hubo una mayoría de mujeres, el 55,86%; la mayor parte de los pacientes fueron de nacionalidad española (88,29%), solteros (55,86%) y de edad comprendida entre los 30 y los 44 años (43,24%).

10. Es necesaria una investigación más extensa que permita identificar puntos de mejora en los métodos diagnósticos y estrategias terapéuticas de los pacientes con TP en las unidades de hospitalización psiquiátrica, con el objetivo de ajustarlos a recomendaciones consensuadas y guías internacionales de práctica clínica. Así mismo, aún queda por demostrar el efecto que la asistencia hospitalaria produce en la evolución de estos pacientes, o la capacidad de ciertos factores de prevenir o aumentar su necesidad de ingresos, relacionados con el tratamiento psicofarmacológico y con la creación de planes terapéuticos específicos a nivel ambulatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández-Hierro JL, Muñoz K, Martínez P. Los trastornos de la personalidad en las unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP). En: Aparicio V, Angosto T, coordinadores. El componente de salud mental en el hospital general. 1ª edición. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015. p. 115-141.
2. Campos R. Proyecto de Gestión Clínica de la Unidad de Hospitalización Adultos. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. 15 Abril 2015. Informe inédito.
3. Casher MI, Bess JD. The inpatient with borderline personality disorder. En: Manual of Inpatient Psychiatry. 2ª edición. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p.67-84.
4. Fagin L. Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. Advances in Psychiatric Treatment [revista en internet] 2004 [acceso 30 de mayo de 2016]; 10 (2). Disponible en: <http://apt.rcpsych.org/content/10/2/93>
5. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
6. Fagin L. Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 2: Less-common personality disorders. Advances in Psychiatric Treatment [revista en internet] 2004 [acceso 30 de mayo de 2016]; 10 (2). Disponible en: <http://apt.rcpsych.org/content/10/2/100>
7. Bender DS, Skodol AE, Pagano ME, Dyck IR, Grilo CM, Shea MT, et al. Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. Psychiatric Services [revista en internet] 2006 [acceso 6 de abril de 2016]; 57 (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.254>

- 8.** Hörz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other Axis II disorders. *Psychiatric Services* [revista en internet] 2010 [acceso 6 de abril de 2016]; 61 (6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2010.61.6.612>
- 9.** Peritogiannis V, Stefanou E, Damigos D, Mavreas V. Admission rates of patients with borderline personality disorder in a psychiatric unit in a General Hospital. *Int J Psychiatry Clin Pract* [revista en internet] 2008 [acceso 29 de mayo de 2016]; 12 (1). Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13651500701531455?journalCode=ijpc20>
- 10.** Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* [revista en internet] 2015 [acceso 3 de abril de 2016]; 25 (6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.03.017>