

Caracterización de las hospitalizaciones realizadas en la Unidad de Trastornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008

Characterization of admissions (hospitalizations) made in the Personality Disorders Unit of the Psychiatric Clinic of the University of Chile between 2006 and 2008

Carolina López S.¹, Francisca Pérez C.², Marco Troncoso P.³,
Javier Saldaña C.⁴, M. Leonor Bustamante X.⁵ y Sonia Jerez C.⁶

Introduction: Personality Disorders (PD) have a high complexity, existential impact, difficult therapeutic bond and prevalence values vary widely. University Psychiatric Clinic of the University of Chile (UPC) has since 1997 a multidisciplinary unit for patients with DP "Personality Disorders Unit" (PDU). The objective of this paper is to describe demographic and psychopathological patients treated with DP in the PDU. **Methods:** Review of 174 records of patients treated in the PDU between years 2006 and 2008, with predesigned database and statistical analysis of it. **Results:** There was a higher proportion of female patients (3:1), single (48 %) with children (56%), highly educated (56%), stable job (32%) with multiple prior episodes (35%) and for most it was their first psychiatric hospitalization (51.7%). 71% of patients have any level of suicidal risk. The most frequent of PD diagnosis was Borderline Personality Disorder (48%). In Axis I disorders 30% had depression, but 44% had multiple disorders. **Conclusion:** The analyzed data are needed for future implementation and evaluation of interventions to better care for patients with PD from this and other specialized units created to treat such patients.

Key words: Personality Disorder, Demography, Psychopatology.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (2): 123-134

Recibido: 30/11/2009

Aceptado: 3/05/2010

¹ Lic. Psicología. Universidad de Chile. Santiago.

² Psicóloga. Alumna de Doctorado Universidad de Chile, PUC y Universidad de Heidelberg.

³ Alumno Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago.

⁴ Alumno Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago.

⁵ MD., PhD. Clínica Psiquiátrica Universitaria; Programa de Genética Humana del Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago.

⁶ Jefa de Unidad de Trastornos de Personalidad, Clínica Psiquiátrica, Hospital Clínico Universidad de Chile. Profesora asociada de Psiquiatría, Universidad de Chile. Miembro de la ISSPD (International Society for the Study of Personality Disorders). Psicoanalista ICHPA.

Introducción

Los Trastornos de Personalidad (TP), dentro del contexto de los problemas de Salud Mental en Chile y el mundo, tienen a nivel cualitativo una alta complejidad e impacto existencial a pesar de ser cuantitativamente menos frecuentes que otros trastornos mentales. Quienes padecen un TP difícilmente establecen un vínculo terapéutico, presentan baja adherencia al tratamiento farmacológico y tienen una notable tendencia a la autoprescripción de medicamentos. Asimismo, su historial de tratamientos suele registrar numerosas intervenciones previas, que en términos generales son interrumpidas prematuramente¹. El impacto y complejidad de estos trastornos se reflejan no sólo en la vida del paciente, sino que también en las personas que lo rodean pues gatillan fuertes sentimientos en los demás afectando y tiñendo las relaciones en las que puedan involucrarse^{2,3}.

El ámbito de los TP es relativamente nuevo para la investigación, por lo que son escasos aún los estudios epidemiológicos disponibles. Las cifras de prevalencia son muy variadas y están sujetas al tipo de estudio realizado pudiéndose encontrar desde un 0,1% a 13% en la población general; hasta un 30% a 50% en la consulta psiquiátrica ambulatoria^{1,4,5}. Sin embargo, es probable que estos trastornos estén “sub-diagnosticados”, ya sea porque los pacientes no consultan (por una egosintonía común en estos trastornos), o bien, porque los profesionales no los diagnostican.

En este contexto, surgió en la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU) de la Universidad de Chile la inquietud de crear una unidad multidisciplinaria que diera cobertura integral a los pacientes con TP, brindara varias alternativas de tratamiento (psicoterapia, farmacoterapia, terapia ocupacional y psicoeducación) y que permitiese, al mismo tiempo, el desarrollo de la docencia y la investigación sobre este tipo de patologías. Esta Unidad, creada en Julio de 1997 en la CPU, fue llamada Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) y se ha convertido en un centro de referencia y derivación para el estudio y diagnóstico de TP a nivel nacional.

A poco más de diez años de la inauguración de la

UTP, surge el interés por caracterizar demográficamente y desde ciertos aspectos de gestión el proceso de diagnóstico y atención de los pacientes hospitalizados. Con ello, se busca dar cuenta de las semejanzas y diferencias que puedan existir con respecto a otras unidades de atención en salud mental en Chile y con los resultados que mostró un estudio realizado entre los años 1997 y 1999 al inaugurar esta misma unidad; de modo que puedan realizarse modificaciones o consideraciones particulares en el tratamiento y/o asignación de recursos profesionales, técnicos y económicos a partir de las características propias de la población consultante en esta unidad.

El presente estudio expone una caracterización de las hospitalizaciones que fueron realizadas en la UTP de la Clínica Psiquiátrica Universitaria durante los años 2006 y 2008. En éste, se consideró un análisis de los datos sociodemográficos de la población usuaria; la determinación de la duración promedio de las hospitalizaciones; la identificación de antecedentes psiquiátricos de la población consultante; los principales motivos de consulta y los diagnósticos más frecuentes de la población.

Método

El presente, corresponde a un estudio cuantitativo, de tipo *transversal y descriptivo*, con un diseño de carácter *no experimental o ex post-facto*⁶.

El *universo* considerado para el presente estudio corresponde a todos aquellos sujetos con diagnóstico de TP según criterios DSM-IV (ver anexo 1) o derivados para estudiar un posible trastorno de ese tipo a la UTP de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, localizada en el área Norte de la Región Metropolitana, entre los años 2006 y 2008. La *muestra* es intencionada, censal de un período cuyo criterio de intencionalidad son los años escogidos⁶. Esta muestra incluye a todos los sujetos hombres y mujeres con diagnóstico de TP confirmado o en estudio, siendo el tamaño de la muestra de 174 pacientes.

La *f fuente de información* utilizada para obtener los datos corresponde a las fichas clínicas de las hospitalizaciones realizadas en la UTP, las que contienen información confidencial sobre el paciente

aportada por los diferentes profesionales involucrados (médico tratante, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, entre otros) siendo éste, por tanto, un estudio desarrollado a partir de una fuente de información secundaria⁶.

Las variables incluidas en la base de datos fueron seccionadas a partir de bases de datos de estudios anteriores de naturaleza similar y de los datos que se pesquisan en las hojas de ingreso que se encuentran en las fichas clínicas. De este modo, las variables consideradas para este trabajo son las características sociodemográficas de los consultantes, la duración promedio de las hospitalizaciones, la identificación de antecedentes psiquiátricos, los motivos de consulta, la suicidalidad*, el diagnóstico de TP, los trastornos comórbidos presentes y los tratamientos más utilizados.

1. La suicidalidad puede comprenderse como un espectro de riesgo que abarca a las ideas y deseos suicidas (*ideación suicida*), las conductas suicidas sin resultado de muerte (*intentos suicidas*) y los *suicidios consumados* o completados.

Toda forma de suicidalidad implica un severo incremento del riesgo de morir de hasta 40 veces en relación a la población normal.

Es posible hablar de validez de contenido en este estudio por el enjuiciamiento exhaustivo y la definición de las variables consideradas. Éstas fueron evaluadas por profesionales de la UTP y ratificadas por la jefa de esta unidad.

La confiabilidad de este estudio, a su vez, está dada por la objetividad del levantamiento de los datos realizado a partir de la validez de contenido de las variables consideradas.

Dado que los datos se encuentran principalmente en un nivel ordinal de medición, el análisis de las variables seleccionadas se realizó a partir de herramientas de estadística descriptiva simple: análisis de frecuencias, cálculo de promedio y desviación estándar.

Resultados

Datos sociodemográficos

En total, se revisaron 174 casos (Tabla 1). De ellos, 27,6% eran de sexo masculino y 72,4% femenino. El promedio de edad de los pacientes fue $31,7 \pm 11$ años. En cuanto al estado civil, el 48,3% de los pacientes eran solteros, y el resto se repartía entre casados (30,6%), separados o divorciados (15%), viudos (1,2%) y convivientes (4,6%). La mayoría tenía algún tipo de educación: un 57,7% tenía educación superior, un 32,7% educación media completa. El 33,3% tenía un trabajo estable y el 26,3% eran estudiantes al momento de la hospitalización. La duración de la hospitalización fue en promedio de 25 ± 18 días.

Antecedentes psiquiátricos

El 17,9% de los pacientes, consultó por un primer episodio de un TP; en tanto, el 35,3% presentaba episodios múltiples (más de tres episodios previos a esta hospitalización). A su vez, para el 51,7% de los pacientes representaba su primera hospitalización en una institución psiquiátrica; el resto registraba hospitalizaciones previas.

Motivo de consulta

El 56,1% de los pacientes ingresaron por un intento de suicidio. El 21% presentaba más de un motivo de consulta, de los cuales 19% fueron derivados para estudio de tratamiento y riesgo suicida, 17% por riesgo suicida y agresión, 14% por riesgo suicida y episodio depresivo (Figura 1).

Suicidalidad

El riesgo suicida afectó al 71,7% de los pacientes hospitalizados. Si consideramos los pacientes con TP Límite éste aumenta a un 79%. El método de suicidio más frecuentemente utilizado fue la sobredosis de fármacos (62,2%).

*La suicidalidad puede comprenderse como un espectro de riesgo que abarca a las ideas y deseos suicidas (*ideación suicida*), las conductas suicidas sin resultado de muerte (*intentos suicidas*) y los *suicidios consumados* o completados. Toda forma de suicidalidad implica un severo incremento del riesgo de morir de hasta 40 veces en relación a la población normal.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la población hospitalizada en la UTP entre los años 2006 y 2008

Variable		n	%
Género	Hombres	48	27,6
	Mujeres	126	72,4
Edad (años)	< 20	30	20,2
	20-40	124	69,7
	> 40	18	10,1
Estado civil	Soltero	84	48,6
	Casado	53	30,6
	Separado/Divorciado	26	15,0
	Convive	8	4,6
	Viudo	2	1,2
Hijos (n)	Sin hijos	76	43,9
	1 a 2	61	35,3
	3 a 4	36	20,8
Nivel educacional	Básica incompleta	1	0,6
	Básica completa	3	1,8
	Media incompleta	12	7,1
	Media completa	55	32,7
	Superior	97	57,7
Procedencia (Sector de Santiago)	Norte	18	12,1
	Centro	20	13,4
	Sur	39	26,2
	Oriente	26	17,4
	Poniente	17	11,4
	Fuera de Santiago	29	19,5
Actividad laboral	Estudiante	45	25,9
	Dueña de casa	20	11,5
	Nunca ha trabajado	3	1,7
	Trabajo esporádico	30	17,2
	Trabajo estable	57	32,8
	Cesante	16	9,2
	Sin Dato	3	1,7

Factor desencadenante

Se encontró al menos un factor desencadenante en el 99,2% de los casos, entre los cuales figuran problemas de pareja (35,9%), disfunción familiar (21,4%), problemas laborales (5,1%), abandono del tratamiento (4,3%) y varios factores desencadenantes (32,5%).

Antecedentes de violencia intrafamiliar, abuso físico y sexual

Un 25,7% de los pacientes presentaba antecedentes de abuso físico o sexual (el 33,6% de las mujeres y el 4,3% de los hombres). La presencia de violencia intrafamiliar en los hogares de los consultantes alcanzó un 35,6% (39,2% de las mujeres y 27,7% de los hombres). En tanto que el 80,9% de la población presentaba algún tipo de disfunción familiar.

Diagnóstico de trastorno de personalidad

Se encontraron diagnósticos específicos de TP en el 73,3% de los casos. Un 12,2% no presentaba los criterios clínicos para este diagnóstico y un 14,5% presentaba rasgos patológicos que no alcanzan a constituir un TP según los criterios DSM-IV-TR⁷ o CIE-10⁸ y cuyo diagnóstico se consignó con la etiqueta "Otro" para efectos de esta investigación. Entre los diagnósticos de TP (tal y como aparece en las fichas) el 47,7% de los pacientes presentó TP Límitrofe, el 7,6% TP del Cluster B (sin especificación del trastorno en particular) y el 7,6% Trastorno Histriónico de la Personalidad. Además, el 65% de los casos de TP Límitrofe se asocia con otros rasgos de personalidad: histriónicos (16%), narcisistas (12%) y paranoides (8%).

Comorbilidad

El diagnóstico más frecuente en el eje I (DSM-IV) fue el síndrome depresivo, presente en el 32,1% de los pacientes. Se encontró una asociación de síndromes en el 33% de los casos, siendo las combinaciones más frecuentes depresión/trastorno alimentario y depresión/abuso de sustancias.

En cuanto al consumo de sustancias, se encuentra que el 60,9% son fumadores, el 59,2% bebe alcohol y un 34,7% consume drogas de abuso.

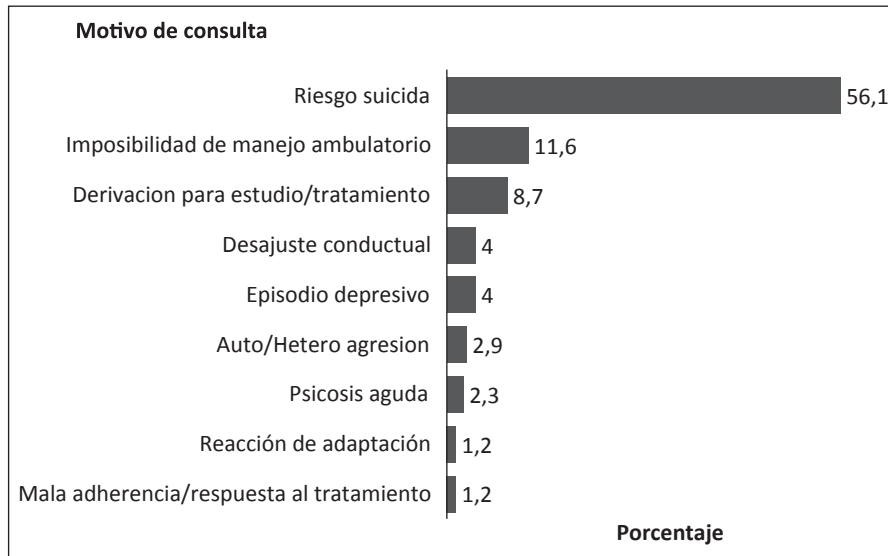


Figura 1. Motivo de consulta de ingreso en pacientes de la UTP entre los años 2006 y 2008.

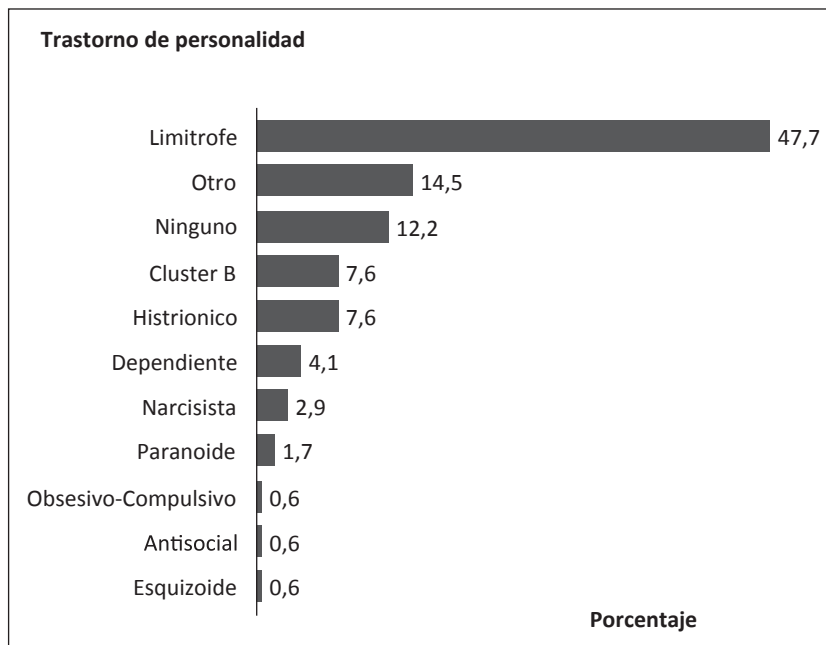


Figura 2. Diagnóstico específico de Trastorno de Personalidad en pacientes atendidos en la UTP entre los años 2006 y 2008.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten conocer con mayor precisión las características de la población que compuso la UTP entre los años 2006 y 2008. La muestra estudiada se compuso de casos muy severos, tanto en el TP como

en la comorbilidad, patología médica, problemas psicosociales y otros.

Es importante tener en cuenta que la CPU es uno de los principales centros académicos en salud mental y psiquiatría de adultos e infanto-juvenil a nivel nacional. Es un centro de derivación terciaria, en el cual la patología que se atiende es altamente

seleccionada por su gravedad. La asistencia psiquiátrica está organizada en programas para la atención de pacientes AUGÉ –depresivos y con sospecha de esquizofrenia–, para pacientes farmacodependientes, para pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad y para pacientes con Trastorno Bipolar.

Disidencias y convergencias

El perfil sociodemográfico de los pacientes hospitalizados en la UTP durante los años 2006 y 2008 presenta semejanzas con otros estudios realizados en unidades especializadas en Salud Mental de varios sectores de Santiago y con un estudio previo realizado en la UTP entre los años 1997 y 1999. Varios estudios coinciden en que la población consultante es joven, con edades que en promedio se encuentran entre los 30-40 años; las mujeres duplican en número a los hombres y en cuanto al nivel educacional, predomina la educación media completa y la educación superior^{1,8,9}.

Con relación al estado civil de los consultantes, el presente estudio difiere con los registros de investigaciones anteriores en cuanto es mayor el número de pacientes solteros, seguido por los casados. En otros estudios en cambio, el matrimonio es la condición predominante, a continuación se encuentran los solteros y en menor número, los divorciados o separados^{9,10}.

Por otra parte, se destaca en este estudio el alto porcentaje de personas que se desempeñan en trabajos estables, ya que las estadísticas y la literatura señalan lo difícil que resulta para las personas que sufren de TP insertarse en un ambiente laboral adecuadamente¹¹.

Finalmente, el tiempo de hospitalización promedio es de 13 y 11,5 días, en el caso de los estudios realizados en el Hospital Barros Luco y el Hospital del Salvador respectivamente^{9,10}; sin embargo, esta cifra se duplica en el caso de esta investigación. Además, no son infrecuentes las rehospitalizaciones dada la complejidad de los trastornos atendidos^{9,10}.

Las cifras correspondientes al diagnóstico específico de TP contrastan en algunos aspectos con aquellas obtenidas en el estudio anterior realizado en la UTP¹. En ambos casos, el diagnóstico más fre-

cuenta es el de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Sin embargo, en el estudio anterior aparece el TP sin especificar como la segunda mayoría diagnóstica, en tanto que nuestros resultados muestran que en el 2006 y 2008 predominaron en segundo lugar el Trastorno Histriónico de la Personalidad y el TP sin especificar del Cluster B.

En lo que respecta a la Comorbilidad en primer lugar, destaca el **abuso de sustancias**; específicamente el poli consumo de alcohol y drogas, lo cual constituye un factor de riesgo que empeora el pronóstico de los TP¹². Estos resultados se conciben con lo encontrado en otras investigaciones^{8,10,13}.

En este estudio aparecen los trastornos del ánimo, específicamente la **depresión**, como el diagnóstico del eje I más frecuente en los TP. La cifra ronda en torno al 35% de los casos lo que es concordante con lo observado en otros trabajos publicados^{1,11,12}.

En relación a los **antecedentes traumáticos en la historia vital**, la evidencia presentada en otras investigaciones destaca la presencia de varias experiencias traumáticas relacionadas, en primer lugar, con algún grado de disfunción familiar, en segundo lugar con abuso sexual y, en tercero, con violencia intrafamiliar principalmente física^{12,15-17}. Los resultados de este estudio coinciden con lo encontrado en otros, respecto a la frecuencia de disfunción familiar y violencia intrafamiliar que se manifiesta en los TP, sin embargo, la tasa de abuso sexual identificado resulta significativamente más baja. Esto podría explicarse a partir de la recolección de datos, en la que se consideró presente un antecedente cuando aparecía un registro explícito de éste. Es posible que el abuso haya sido parte de la experiencia del paciente sin que esto se haya consignado en la ficha.

En Chile, la causa de muerte más directamente relacionada con enfermedades psiquiátricas es el suicidio^{9,18}. Los resultados de nuestro estudio son concordantes con la evidencia disponible, y guardan relación con una ideación suicida muy frecuente (alrededor del 50% de los pacientes de este estudio) acompañada de varios intentos suicidas que tienen por medio principal el uso de fármacos en cantidades excesivas y también las lesiones con arma blanca^{9,18}. Resulta fundamental a la luz de

las estadísticas, tomar en cuenta la intensidad y frecuencia de las ideas, la elaboración de los planes así como la intención suicida que sostiene cada intento, con el fin de poder manejar apropiadamente cada caso y evitar la consumación del suicidio.

Limitaciones del estudio

En la búsqueda y selección de datos emergió la dificultad de encontrarse con diferentes fuentes de información, más o menos integradas: historias clínicas sin un criterio unificado de registro y la falta de epicrisis completas en muchas fichas, dificultaron la recolección expedita de información. Es por esto que se planteó al equipo de la UTP la necesidad seleccionar una ficha de ingreso y seguimiento que facilite unificar criterios de entrevista y realizar una recolección detallada de la información del paciente además de incluir epicrisis en todas las fichas tanto con fines asistenciales como con posibles futuros usos docentes o de investigación.

Proyecciones

A partir del presente estudio se abren nuevas líneas de investigación, entre ellas: evaluar la correlación entre la edad y el sexo de los consultantes así con los diagnósticos más frecuentes; determinar los trastornos comórbidos más frecuentes para

cada TP integrando esta información dentro de las consideraciones terapéuticas y de limitaciones del pronóstico; detallar el tratamiento farmacológico que se está utilizando para cada trastorno y contrastarlo con la evidencia actual; evaluar las estrategias terapéuticas no farmacológicas más utilizadas para cada TP, entre otras.

Todo lo anterior, se condice con el hecho de que creemos que una entrevista clínica exhaustiva que preste especial atención a los factores de riesgo, considerando la historia de tratamientos y episodios previos del paciente, permitirá diseñar tratamientos que sean más efectivos y que en definitiva permitan mejorar el ajuste del paciente con TP a su ámbito laboral, familiar y de pareja. Además, podrían reducirse los días de hospitalización y los riesgos de re-hospitalización lo que disminuiría los gastos en salud.

De este modo, se espera contribuir con los resultados de este estudio a una mejor planificación del tratamiento, aportar a la ampliación del cuerpo de conocimientos y evidencias en el tema a nivel nacional, contribuir a la formación de los profesionales que trabajan en la UTP y en otras unidades similares y, sobre todo, aportar información útil para la atención de los usuarios y sus familias con miras a mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.

Resumen

Introducción: Los Trastornos de Personalidad (TP) tienen una alta complejidad, impacto existencial, difícil vínculo terapéutico y cifras de prevalencia muy variables. La Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile (CPU) tiene desde 1997 la unidad multidisciplinaria para pacientes con TP "Unidad de Trastornos de Personalidad" (UTP). El objetivo de este trabajo es describir demográfica y psicopatológicamente a los pacientes con TP atendidos en la UTP. **Método:** Revisión de 174 fichas de pacientes atendidos en la UTP entre los años 2006 y 2008, con base de datos prediseñada y análisis estadístico de ella. **Resultados:** Existió una mayor proporción de pacientes de sexo femenino (3:1), solteros (48%), con hijos (56%), con estudios superiores (56%), trabajo estable (32%), con múltiples episodios previos (35%) y para la mayoría fue su primera hospitalización psiquiátrica (51,7%). El 71% de los pacientes tiene algún nivel de riesgo suicida. El diagnóstico de TP más frecuente fue el de Trastorno Límite de la Personalidad (48%). En Trastornos del Eje I un 30% presentó depresión, pero un 44% tenía varios trastornos. **Conclusión:** Los datos analizados son necesarios para la futura implementación y evaluación de intervenciones orientadas al mejor cuidado de los pacientes con TP de ésta y otras unidades especializadas en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Palabras clave: Trastorno de Personalidad, Demografía, Psicopatología.

Referencias

1. Jerez S, Alvarado L, Paredes A, *et al.* Programa de trastornos de personalidad de la Clínica Psiquiátrica Universitaria: un enfoque multidisciplinario. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* [versión online] 2001; 39 (1): 69-77. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272001000100020&lng=es&nrm=iso
2. Millon T, *et al.* *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna* (2ª ed). España, Elsevier. 2006.
3. Rossi J. *Apuntes Asignatura Psiquiatría*. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. 2006.
4. Bagladi V, Opazo R. La etiopatogenia de los trastornos de la personalidad desde la psicoterapia integrativa. *Revista electrónica Psiquiatría.com* 2006. Disponible en: <http://www.icpsi.cl/articulos/psiquiatricom.pdf?fa=search.displayRecord&uid=2008-04405-010>
5. Núñez C, Pérez J. *Apuntes Asignatura Psiquiatría*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile. 2008.
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw-Hill. Interamericana editores. 2003.
7. American Psychiatric Association (APA). *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed). Barcelona, Masson. 2000.
8. Organización Mundial de la salud (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades y otros problemas relacionados con la Salud* Rev. 10. Organización Mundial de la Salud. Madrid. 1992.
9. Bustamante F, Florenzano R, *et al.* Evaluación de la eficacia de la unidad de hospitalizados de un servicio de psiquiatría en Chile a la luz de la Reforma Psiquiátrica. *Asociación Psiquiátrica de América Latina*. 2004. Disponible en: http://www.zheta.com/user3/apal/files/2diciembre_evaluacioneficacia.pdf
10. Granmegna S, Lora L, Ahumada F. Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (uhce): Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* [versión online] 2006; 4 (1): 23-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000100004&lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272006000100004.
11. OMS. *Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. Chile, Minsal. 2006.
12. Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Núñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile* [versión online] 2001; 129 (11): 1279-88. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001100007&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872001001100007.
13. Shea M, Pilkonis P, Beckham E, Collins J, Elkin I, Docherty J. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program *American Journal of Psychiatry* [versión online] 1990; 147: 711-8. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/147/6/711>
14. Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J, Reich B, Silk K. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *American Journal of Psychiatry* [versión online] 2004; 161: 2108-14. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/161/11/2108>
15. Vicente B, *et al.* Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Médica de Chile* [versión online] 2002; 130 (5): 527-36. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000500007&script=sci_arttext
16. Riquelme R, Oksenberg A. *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral*. Chile, Sociedad Chilena de Salud Mental. 2003.
17. Florenzano R, *et al.* Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* [versión online] 2002; 40 (4) 335-40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000400005&script=sci_arttext
18. Vicuña A. Elementos para el manejo de la conducta suicida en la atención primaria de salud. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria y salud mental para la atención primaria de salud*. Apuntes Internado optativo de psiquiatría, Universidad de Santiago de Chile. 2003.

Anexo 1. Criterios diagnósticos de Trastorno de la personalidad

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 TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

- 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 contraatacar.
 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 esquizoide de la personalidad (premórbido)”.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

- 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 TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

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, reelaborado o estereotipado).
5. Susplicia 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 TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

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. Deshonestidad, 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 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

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 TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

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 la 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 TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

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 reactivo 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 soberbios.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

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 reactivo a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agrandar.
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 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

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 aconsejamiento 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 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

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. 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.

Correspondencia:

Carolina López S.

Los Almendros 4350

9-9695084

E-mail: c.lopez.sotomayor@gmail.com