

**ORIGINAL****FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL REINGRESO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD***Gloriana Obando Madrigal \****RESUMEN:**

Se analizaron los expedientes de 85 pacientes que contaban con al menos un internamiento entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del año 2013 con el diagnóstico primario al egreso de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, ubicado en Costa Rica. De los 85 casos estudiados, 23 tuvieron uno o más reingresos hospitalarios en el periodo estudiado, lo que corresponde a un 27%.

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

Se identificaron además áreas claves para brindar intervención, como la promoción del cese de consumo de sustancias y la rehabilitación laboral.

**PALABRAS CLAVE:**

Trastorno de personalidad límite, hospitalización, Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

**ABSTRACT:**

The clinical files of 85 patients of Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí (in Costa Rica) with at least one hospitalization between January 1st and December 31st, 2013 with the primary discharge diagnosis of borderline personality disorder were analyzed. Of the 85 cases studied, 23 had one or more hospital readmissions (27%).

The group with readmissions had a significantly larger percentage of patients with psychiatric comorbidities. There were some statistically significant differences between the group without readmissions and the group with repeated hospitalizations. In the group with readmissions, there was a greater frequency of attachment problems with the parents and more antecedents of hospitalizations in the mother.

Some key areas for intervention were identified, like the promotion of substance abstinence and work rehabilitation.

**KEY WORDS:**

Borderline personality disorder, hospitalization, Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí

Recibido para publicación: 16/03/2015 Aceptado: 13/04/2015

\* *Psiquiatra, Sección de Psiquiatría y Psicología Forense, Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial, Costa Rica. correo electrónico: gobandom@poder-judicial.go.cr*

## Introducción

Hace ya más de medio siglo, Hervey Cleckley reflexionaba acerca de un grupo particular de sus pacientes: “Aunque la mayoría de los pacientes que sufren de uno de los tipos clasificados de trastorno mental son prontamente reconocidos por el psiquiatra, muchos de ellos incluso reconocibles como obviamente enajenados para el lego, resta un grupo significativo de personas que, como cualquiera admitiría, no están de ninguna manera adaptados para la vida normal en la comunidad y quienes, sin embargo, no se cuentan oficialmente entre las filas de los insanos... Aunque certificados automáticamente como cuerdos por las definiciones verbales de la ley y la medicina, su conducta muestra una irracionalidad e incompetencia crasas y obvias” (1).

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

Es frecuente que el trastorno límite de personalidad venga acompañado de un peor funcionamiento: pérdidas de trabajo, interrupción de la educación, divorcios(2).

Las personas con patologías severas de la personalidad hacen un mayor uso de los servicios de salud mental, sus comorbilidades en el eje I suelen ser más difíciles de tratar y tienen mayores tasas de suicidio y muerte accidental que la población general(3).

La finalidad de este trabajo de investigación es caracterizar los reingresos hospitalarios de esta población, en lo referente a las características de la persona hospitalizada. Explora las características demográficas y clínicas de la población con trastorno de personalidad límite, aumentando el conocimiento sobre la población que está siendo atendida en este centro hospitalario e identificando posibles factores de riesgos para el reingreso intrahospitalario. Por ejemplo, existe la posibilidad de que ciertas características sean protectoras para mantener a las pacientes en la comunidad, como contar con un empleo, tener una pareja estable e hijos, lo que se reflejaría en que pacientes que cuenten con estas condiciones reingresen menos.

## Materiales y métodos

Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos de pacientes que contaran con al menos un internamiento entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del año 2013 con el diagnóstico primario al egreso de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

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

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

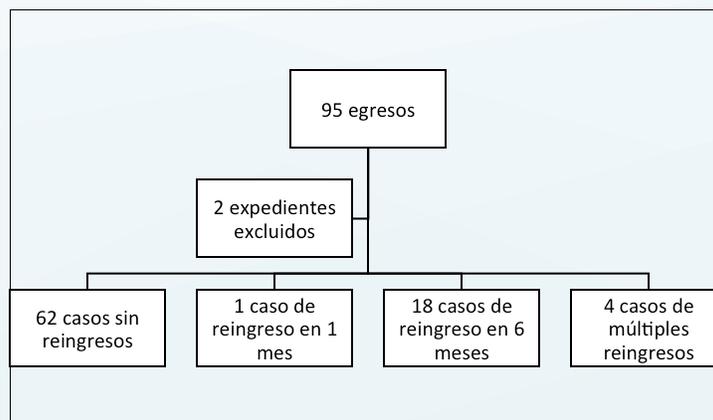
## Resultados

Según datos del área de Servicios Médicos y Estadísticas en Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, obtenidos mediante consulta directa, en el año 2013 hubo 95 egresos con el diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Dado que no existe consenso sobre una definición operativa del término “reingreso hospitalario”, se eligieron dos de las definiciones que a criterio de la autora reflejan mejor este fenómeno. Uno es el

reingreso en luego de un periodo menor a 30 días, pues se ha documentado que el mayor riesgo de reingreso es en los 30 días posteriores al egreso(4). La otra definición empleada es al menos un internamiento cada 6 meses en un periodo de uno o dos años.

Figura N° 1:

Distribución de los expedientes con primer diagnóstico de egreso de trastorno de inestabilidad emocional en el 2013



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

De los 95 expedientes donde se consignó como diagnóstico primario de egreso trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o trastorno de personalidad límite o limitrofe, uno estaba incluido en el listado por equivocación, y en realidad tenía otros diagnósticos de egreso. Otro de los casos correspondía a una persona menor de 18 años, por lo que no cumplía con los criterios de inclusión. De los expedientes restantes, hubo 62 casos que no tenían reingresos ni en uno ni en seis meses. Para el periodo estudiado, 18 de los casos tuvieron dos internamientos separados por un intervalo de 6 meses o menor y 4 casos tuvieron 3 internamientos separados entre sí por un periodo de menos de 6 meses. Hubo un único caso que reingresó en menos de un mes. Por lo tanto, los datos corresponden a 85 pacientes con al menos un egreso con diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en el año 2013.

Cuadro N° 1:

Distribución de los casos según la presencia de reingresos hospitalarios

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

### Características generales de la población estudiada

#### Edad

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

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

#### Cuadro N° 2:

##### Distribución de los casos por edad de la población total

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

*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

#### Cuadro N° 3:

##### Distribución por edad del grupo de pacientes sin reingresos

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

*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

**Cuadro N° 4:**

**Distribución por edad del grupo de pacientes con reingresos**

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

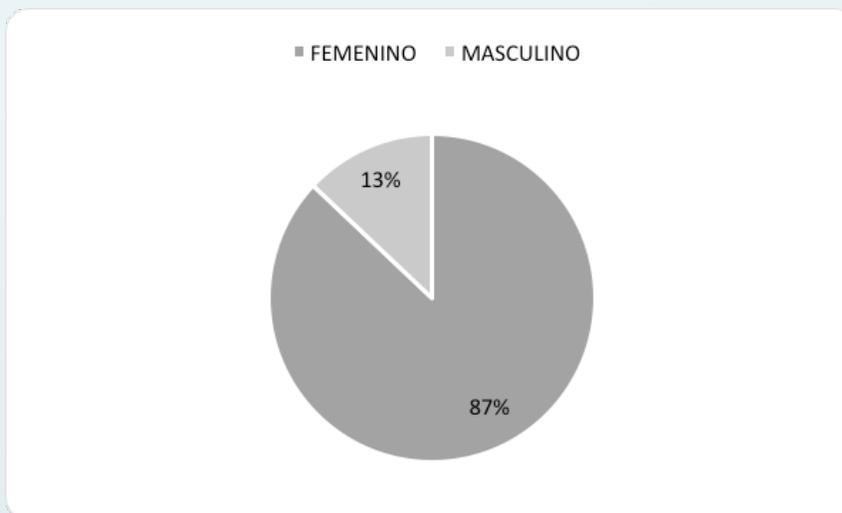
*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

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

Distribución por sexo

**Gráfico N° 1:**

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



*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

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

Respecto a cada subgrupo, se presenta la distribución en el cuadro N° 5.

**Cuadro N° 5:**

**Distribución según sexo de los grupos con y sin reingresos**

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

**Cuadro N° 6:**

**Distribución de los casos por provincia, comparados con la población nacional, según datos del X Censo Nacional(5).**

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Cuadro N° 7:**

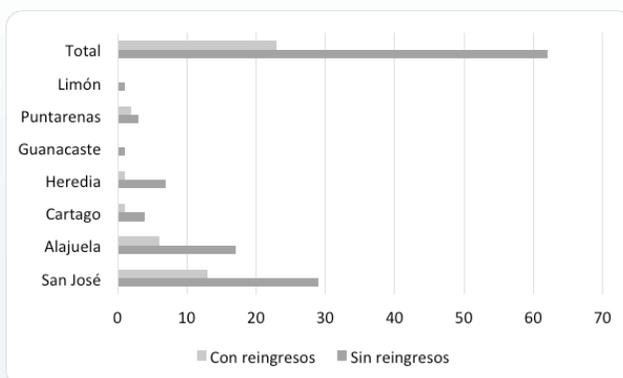
**Distribución de los casos por provincia según la presencia o no de reingresos**

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Gráfico N° 2.**

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



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

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

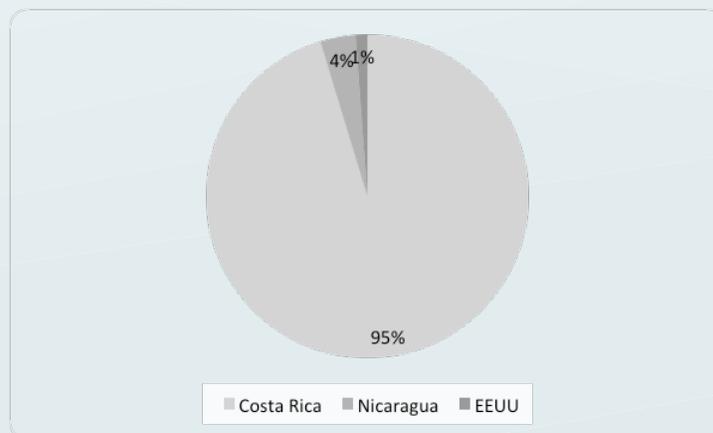
**Cuadro N° 8:**

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

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

**Gráfico N° 3:**

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



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Situación de pareja y cantidad de hijos

**Cuadro 9:**

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

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

**Cuadro N° 10:**

**Situación de pareja para cada grupo**

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Hay un porcentaje levemente superior de personas en el grupo con reingresos que no cuentan con una relación de convivencia (74% versus 64%). Si bien la diferencia puede ser producto del azar ( $\chi^2= 0.6706$ ,  $p<0.05$ ), también podría reflejar que contar con una pareja estable puede actuar como un factor protector contra el ingreso hospitalario. Respecto a los hijos, tenían en promedio 1,55 hijos (con una desviación estándar de 1,55). El 31,8% de los casos no tenían hijos.

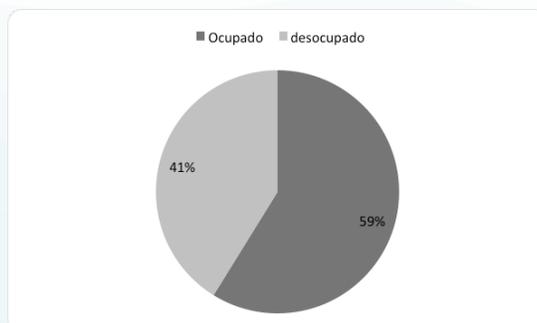
Específicamente en el caso del grupo sin reingresos hospitalarios, la cantidad promedio de hijos era un poco mayor, 1,73, con una desviación estándar de 1,66. Había un porcentaje levemente inferior de personas sin hijos, un 27,4%.

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

La diferencia entre ambos grupos no es estadísticamente significativa ( $\chi^2= 1.9961$ ,  $p<0.05$ ).

## Situación ocupacional

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



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

**Cuadro N°11:**  
**Porcentajes de ocupación para cada grupo**

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

**Cuadro N° 12:**  
**Distribución de los casos según escolaridad**

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

Cuadro N° 13:

Distribución de los casos según escolaridad para cada grupo

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Sin embargo, ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa.

Cuadro N° 14:

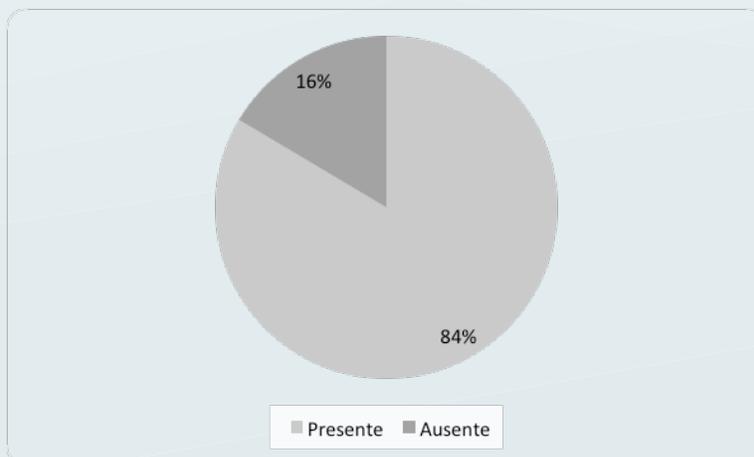
Análisis de la distribución por escolaridad según la prueba del chi-cuadrado, con 6 grados de libertad

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

Antecedente de eventos traumáticos en la historia de vida

Gráfico N° 5:

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



Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

**Cuadro N° 15:**

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

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

*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

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

**Cuadro N° 16:**

**Eventos traumáticos consignados en el expediente para el grupo total**

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

*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

El trauma temprano resultó ser el más frecuente en el grupo general. El cuadro N° 17 muestra la frecuencia con que los pacientes de cada subgrupo reportaron un evento traumático antes y después de los 12 años o no reportaron del todo un evento traumático

**Cuadro N° 17:**

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

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

**Cuadro N° 18:**

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

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

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

Antecedentes familiares de hospitalizaciones

**Cuadro N° 19:**

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

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

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

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

### Ingresos previos

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

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

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

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

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

### Comorbilidades psiquiátricas

Un 73% de los pacientes no presentaba ninguna comorbilidad psiquiátrica. Los diagnósticos psiquiátricos reportados aparecen en el cuadro N° 20.

#### Cuadro N° 20:

#### Frecuencia con que se consignaron otros diagnósticos de tipo psiquiátrico

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

Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos

Respecto a otros diagnósticos, en dos casos se realizaron diagnósticos relacionados con producción intencionada de síntomas psiquiátricos. En un tercer caso, había descripciones al respecto a simulación de síntomas en las notas clínicas pero no se consignó entre los diagnósticos de egreso.

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

Comorbilidades médicas

**Cuadro N° 21:**

**Frecuencia con que se presentaron diversas condiciones médicas**

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

*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

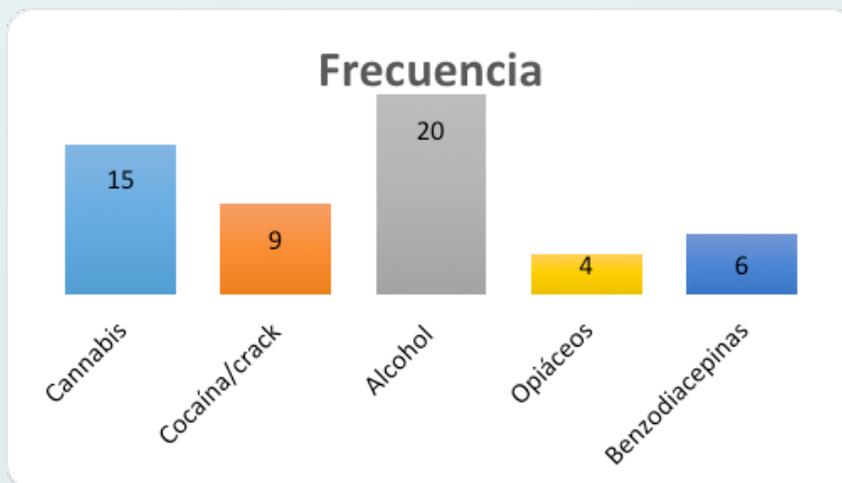
El 79,0% de los pacientes sin reingresos y el 78,3% de los pacientes con reingresos no presentaban condiciones médicas asociadas. La diferencia no es estadísticamente significativa ( $\chi^2= 0.006, p<0.05$ ).

Consumo de sustancias

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

**Gráfico N° 6:**

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



*Fuente: Instrumento elaborado para la recolección de datos*

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

## Discusión

En total se analizaron ochenta y cinco pacientes con diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en el año 2013. Sesenta y dos casos no tuvieron reingresos en uno ni en seis meses. Los restantes veintitrés tuvieron reingresos separados por un intervalo de seis meses, de los cuales un único caso reingresó en menos de un mes.

Más de un 80% de los casos son menores de 40 años. Esto podría relacionarse con la observación de que parece ser que en el caso particular del trastorno de personalidad límite, con el transcurso del tiempo remite o se hace menos evidente(6). En el estudio de Zanarini y cols. se encontró que, de forma desigual, los síntomas van declinando con el transcurso del tiempo. Existe la posibilidad de que esto sea lo que se está reflejando en el presente estudio(7).

El 87% de los casos correspondían a mujeres. Lo reportado en la literatura es que la mayoría de las personas con este trastorno (entre dos tercios y tres cuartos) son mujeres(8).

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

Un 95% de los casos atendidos corresponde a costarricenses. Lo cual resulta interesante dado que un 8,97% de la población costarricense nació en el extranjero(5). Sin embargo, dado el tamaño limitado de la muestra no es posible concluir que efectivamente este trastorno sea menor entre la población inmigrante, aunque es interesante considerar que la migración ha sido vinculada repetidamente con estresores considerables y vulnerabilidad a problemas de salud mental(9,10), lo cual no se ve reflejado en estos resultados.

En el ámbito de los vínculos familiares, las personas sin reingresos tenían en promedio más hijos. Si bien la diferencia no es estadísticamente significativa, estaría acorde con la posibilidad de que los hijos actúen como una motivación para evitar situaciones que conduzcan a un internamiento.

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

Norton y Hinshelwood consideran que un periodo de estabilidad laboral o algún logro académico pueden ser indicadores positivos de la capacidad del paciente para comprometerse con un proceso de psicoterapia(11).

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

Con respecto a las comorbilidades psiquiátricas, Fyer, Frances, Sullivan, Hurt y Clarkin encontraron que el 91% tenían otro diagnóstico y el 42% tenían 2 o más diagnósticos comórbidos(12). Esto coincide con el trabajo de Zanarini y cols., donde se encontraron porcentajes de comorbilidad superiores a 90%(13). En un estudio que empleó los criterios del CIE-10, específicamente en un grupo de pacientes que había intentado cometer suicidio, el 44% de los casos presentaba comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y de personalidad (Hawton, Houston, Haw, Townsend, Harris, 2003).

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

## Conclusiones

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

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

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

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

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

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

## Bibliografía

1. Cleckley, H. (1988). *The Mask of Sanity*. (5a ed.). Augusta: C.V. Mosby Co.
2. Sadock, B.J., Sadock, V.A. y Ruiz, P (eds.). (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (9a ed.) Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins.
3. Davidson, S.E. (2002). Principles of managing patients with personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 8, 1-9.
4. Durbin, J., Lin, E., Layne, C., Teed, M. (2007) Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 34, 137-50.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (2011). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Resultados Generales*. San José: Autor.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington: Autor.
7. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I. y McSweeney, L.B. (2007). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *The American Journal of Psychiatry*. 164(6), 929-935.
8. Hennessey, M., McReynolds, C. J. (2001). Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 17, 97-103.
9. Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109, 243-258.
10. Bhugra, D. y Arya, P. (2005). Ethnic density, cultural congruity and mental illness in migrants. *International Review Of Psychiatry*. 17 (2), 133-7.
11. Norton, K. y Hinshelwood, R.D. (1996). Severe personality disorders. Treatment issues and selection for inpatient psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*. 168, 723-731.
12. Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W. y Clarkin, J. (1988). Comorbidity of borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 45, 348-352.
13. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. y Reynodls, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 155, 1733-1739.
14. Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Harriss, L. (2003). Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*. 160 (8), 1494-1500.