Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

# Factores asociados al internamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y costos en la atención intrahospitalaria en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León

presentada por

María Fernanda Flores Mejía

para obtener el grado de

Especialidad en Psiquiatría

Monterrey, N.L. a 10 de diciembre 2020

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Los miembros del comité aquí citados certificamos que hemos leído la Tesis presentada por María Fernanda Flores Mejía y consideramos que es adecuada en alcance y calidad como un requisito parcial para obtener el grado de médico especialista, con especialidad en Psiquiatría.

| | |
|---|---|
| Dr. Isaac Salvador Fernández Castillón<br>Tecnológico de Monterrey<br>Asesor principal | Dr. David Eduardo Saucedo Martínez<br>Tecnológico de Monterrey<br>Co-asesor |
| Dr. David Eduardo Saucedo Martínez<br>Tecnológico de Monterrey<br>Sinodal | Dra. Patricia Ordoñez Camarena<br>Tecnológico de Monterrey<br>Sinodal |
| Dra. Lilia Marytza Leal Isida<br>Tecnológico de Monterrey<br>Sinodal | Dr. David Eduardo Saucedo Martínez<br>Tecnológico de Monterrey<br>Director del Programa |

# Agradecimientos

A mis padres, hermanos, familiares y amigos, por su cariño, compañía y apoyo incondicional.

A mis compañeros de generación y de la residencia, por su amistad y por acompañarme durante estos últimos años.

A mis asesores, tutores y maestros del TEC y la URP, por guiarme con sus enseñanzas.

Al personal de dirección y administración de la URP, por su cooperación y ayuda en la realización de este proyecto.

De manera especial a mis asesores y profesores, los doctores David Saucedo, Isaac Fernández y Alberto Alcalá, por la oportunidad, el apoyo y la confianza que me brindaron en estos momentos.

A Pedro, a Katya y a Ana.

# Glosario

TLP: Trastorno límite de la personalidad

URP: Unidad de rehabilitación psiquiátrica

SSNL: Servicios de Salud de Nuevo León

APA: American Psychiatric Association

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

NHMRC: National Health and Medical Research Council

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental, decima revisión.

SIMA: Sistema Integral Médico Administrativo

RPBI: Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos

BA: Internamiento breve

GOLDBIT: Tratamiento hospitalario para el TLP de duración limitada, orientado a objetivos

# Tabla de contenidos

Portada

Hoja de firmas de asesores y sinodales

Acta de aprobación de tesis

Agradecimientos

Glosario

Índice de tablas y gráficas

**Capítulo 1. Planteamiento del problema ..... 8**

Objetivos de investigación ..... 9

**Capítulo 3. Marco teórico ..... 10**

**Capítulo 4. Metodología ..... 23**

Descripción del estudio ..... 23

Criterios de selección ..... 23

Procedimiento ..... 24

Tabla de variables ..... 25

Técnicas de análisis estadístico ..... 27

**Capítulo 5. Resultados ..... 28**

Costos relacionados a la atención intrahospitalaria ..... 37

**Capítulo 6. Análisis y discusión de resultados ..... 40**

**Capítulo 7. Conclusión ..... 43**

**Anexos ..... 50**

Anexo 1: Hoja de Recolección de Datos ..... 50

**Referencias ..... 51**

**Curriculum vitae de la autora ..... 55**

# Índice de tablas y gráficas

Tabla 1. Fases del tratamiento intrahospitalario en modelo GOLDBIT .....20

Tabla 2. Características basales de los participantes.....28

Tabla 3. Comorbilidades de los pacientes. .....29

Gráfica 1. Comorbilidades psiquiátricas de los pacientes. .....30

Tabla 4. Variables relacionadas con la atención médica en los pacientes del estudio. .....30

Tabla 5. Tipo de conducta de los pacientes.....31

Gráfica 2. Tipos de conductas suicidas en pacientes con antecedente de conducta suicida. .....31

Tabla 6. Tratamiento previo, adherencia y grado de conciencia de enfermedad de los pacientes. .....32

Tabla 7. Asociación entre la duración del internamiento con variables del paciente. .....34

Tabla 8. Factores asociados con reingreso en pacientes con TLP. .....34

Tabla 9. Factores asociados con más de 20 días de internamiento en pacientes con TLP. .35

Tabla 10. Factores asociados con más de 2 internamientos en pacientes con TLP. .....35

Tabla 11. Relación entre el tipo de tratamiento recibido y el apego al tratamiento con reingreso, internamiento mayor de 20 días o más de 2 internamientos en pacientes con TLP. .....36

Tabla 12. Costos fijos relacionados a la atención intrahospitalaria .....37

Tabla 13. Costos variables relacionados a la atención intrahospitalaria.....38

Tabla 14. Costos según tipo de medicamento.....38

Tabla 15. Costos según combinación de medicamentos.....39

# Resumen

Los pacientes con TLP son usuarios frecuentes de los servicios de hospitales psiquiátricos y consumen altos niveles de atención médica y recursos. Se diseñó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo para identificar factores clínicos y sociodemográficos de pacientes con diagnóstico de TLP y los costos en su atención intrahospitalaria en la URP de SSNL, para conseguir un mejor entendimiento de los mecanismos que contribuyen a su internamiento. Se incluyeron 88 pacientes con diagnóstico de TLP hospitalizados en la URP durante el año 2019 y se revisaron sus expedientes. Se encontró que la depresión grave y el trastorno por abuso de sustancias fueron las comorbilidades más prevalentes. La presencia de conductas suicidas se identificó en la mayoría de los pacientes. En pacientes con reingreso, el número de días internados fue mayor que en pacientes de primera vez. La evolución mayor de un año de la enfermedad, la presencia de conductas agresivas y el tratamiento previo al ingreso aumentaban el riesgo de reingreso, mientras que una evolución mayor de un año aumentaba el riesgo de más de dos internamientos. La depresión grave disminuyó el riesgo de más de dos internamientos. La adherencia al tratamiento fue mayor en pacientes sin reingreso. Con el desarrollo de programas de intervención más estructurados y especializados en esta patología se lograria disminuir el riesgo de conductas suicidas, de sus días de internamiento y de los costos en su atención.

# Capítulo 1. Planteamiento del problema

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental común, que se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, alteración en la autoimagen y desregulación afectiva y conductual. (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen, & Zanarini, 2018)

En la actualidad, el gran estudio que se le ha dado a esta enfermedad ha proporcionado una variedad de manejos terapéuticos basados en evidencia que incluyen psicoterapias, tratamientos farmacológicos y esquemas combinados. Sin embargo, aún existe escasa evidencia y un desacuerdo en la opinión de expertos sobre el papel de la hospitalización en personas con TLP. (Gunderson et al., 2018) Y estas indicaciones se enfocan principalmente en prevenir conductas de riesgo y no en la efectividad de este tipo de intervenciones, ni en el perfil de los pacientes a los que más beneficia. (Nelson, 2014)

Si se logran identificar los factores asociados al perfil de pacientes con diagnóstico de TLP que terminan siendo hospitalizados, se podrá conseguir un mejor entendimiento de los mecanismos que contribuyen a su internamiento. Esto ayudaría también a garantizar un mejor acceso al tratamiento psiquiátrico y a reducir las desigualdades en la atención médica.

## Objetivos de investigación

El objetivo principal de esta investigación es determinar los factores asociados a la hospitalización de pacientes con TLP, para caracterizar el perfil, las características sociodemográficas y clínicas de esta población con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre la población que está siendo atendida en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León.

Asimismo, se busca determinar los costos de la hospitalización del paciente con diagnóstico de TLP en la URP, ya que las hospitalizaciones frecuentes de estos pacientes se traducen en altos costos para las unidades de psiquiatría. De ahí que, comprender los factores asociados a la hospitalización de pacientes con TLP sea importante para mejorar la gestión de la atención y la organización de los servicios de nuestro hospital.

# Capítulo 2. Marco teórico

El término “personalidad límite” se acuño en 1938 por Adolph Stern, para describir a un grupo de pacientes que presentaban características psicóticas y neuróticas, pero que no cumplían con los criterios para ninguna de las dos patologías. (NICE, 2009) Las personas denominadas "limítrofes" mostraban una hipersensibilidad emocional extrema, experimentaban relaciones intensas, afrontaban mal el estrés y su condición empeoraba con el psicoanálisis que se practicaba en la década de 1950. Mas adelante, en 1960, Otto Kernberg introdujo el concepto de "organización límite de la personalidad" para referirse a un patrón consistente de comportamientos caracterizados por inestabilidad, que reflejaban una organización psicológica alterada. (NICE, 2009)

Durante la década de 1970, se publican ya los criterios para el diagnóstico de TLP y se incluyen en la edición de 1980 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III). El diagnóstico de 'trastorno de personalidad emocionalmente inestable, tipo límite 'se añadió a la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados de la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión (CIE-10) publicada en 1992. (NHMRC, 2012)

El TLP es relativamente común en la población general, con una prevalencia de alrededor del 1%. Existen subpoblaciones en las que la prevalencia es mayor, como en personas encarceladas, o menor, como en adultos mayores. Se encuentran datos más elevados en

entornos clínicos, alrededor del 12% en la población psiquiátrica ambulatoria y del 22% en pacientes hospitalizados. (Ellison et al., 2018) Suele encontrarse más frecuentemente en mujeres que en hombres, en una relación 3:1, y se suele diagnosticar entre los 19 y los 34 años. (Font Domenech, 2019)

Actualmente, el DSM en su quinta edición establece al TLP como un "patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos". (APA, 2013) Describe también nueve criterios, de los cuales deben manifestarse cinco para lograr el diagnóstico de TLP. La cantidad de criterios que pueden combinarse para que se de este diagnóstico nos habla de la gran heterogeneidad del perfil de los pacientes con este diagnóstico y esta variabilidad en sus síntomas dificultan su diagnóstico y sobretodo su tratamiento.

El TLP causa un marcado malestar y deterioro en el funcionamiento social, ocupacional y de roles, y se asocia con un nivel alto de comportamientos autodestructivos. Es el único síndrome donde las conductas suicidas forman parte de los criterios diagnósticos. Los pacientes con TLP presentan una tasa de mortalidad aproximada del 4-10% por suicidio. (Font Domenech, 2019)

De igual forma, suele presentarse con una comorbilidad elevada. Hasta 75% de los pacientes con TLP presentan con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno de

somatización, trastornos alimentarios, trastorno de estrés agudo y estrés postraumático, así como abuso de alcohol y otras sustancias. (Zimmerman, 2008)

Por lo tanto, no es raro que los pacientes con trastornos de la personalidad tengan un uso frecuente de los servicios de salud. En atención primaria, la prevalencia reportada en un estudio, para el trastorno límite de la personalidad, fue cuatro veces mayor que en la población general. (Gross, et al. 2002) En las unidades de psiquiatría, el TLP se asocia con patrones de ingreso hospitalario frecuentes y prolongados, así como con dificultades en su manejo (abandono del tratamiento, incumplimiento terapéutico, conductas impulsivas), por lo que es primordial la necesidad de una detección integral de la patología, así como la programación y aplicación de tratamientos especializados. (Font Domenech, 2019)

En cuanto a su tratamiento, se han desarrollado cinco principios generales que caracterizan los tratamientos efectivos basados en la evidencia para el TLP. En primer lugar, se debe llevar a cabo por un médico de cabecera que desarrolle el plan de tratamiento y los objetivos, supervise el riesgo de suicida y controle el progreso del paciente. Segundo, el tratamiento debe tener una estructura, de modo que las terapias tengan objetivos identificables y se especifiquen los roles del paciente y del tratante. Tercero, el manejo debe ser colaborativo y se debe solicitar la participación del paciente al establecer los objetivos del tratamiento, se debe enfatizar el sentido de responsabilidad de los pacientes por el cambio y el autocuidado. En cuarto lugar, los médicos deben ser participantes activos del abordaje, validando al paciente y manteniendo su neutralidad. Por último, los médicos

deben ser conscientes de sí mismos y se debe tener en cuenta la contratransferencia que estos pacientes suelen provocar en el personal de salud mental. (Gunderson et al., 2018)

La evidencia científica sugiere que la aplicación de psicoterapias estructuradas contribuye de manera significativa a la mejora de los síntomas y el funcionamiento del TLP. En los últimos años se han utilizado una cantidad de terapias de distintas orientaciones que producen mejora en los cuadros limítrofes, como la terapia basada en la mentalización, la terapia focalizada en la transferencia; terapia interpersonal, terapia dialéctico conductual y terapias cognitivo conductual para trastornos de personalidad. (Font Domenech, 2019) Sin embargo, la aplicación efectiva de dichos tratamientos suele requerir de servicios especializados y de tiempo prolongado.

Farmacológicamente, los tipos de medicamento más comunes administrados a pacientes con TLP son los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, los antidepresivos atípicos, los ansiolíticos, los antipsicóticos y los estabilizadores del estado de ánimo, en ese orden. Hasta el momento ninguna clase de medicación psicoactiva es constante o totalmente eficaz y ningún medicamento está aprobado por la FDA para el TLP. (Gunderson et al., 2018) Incluso las guías NICE establecen que el tratamiento con fármacos psicotrópicos no debe usarse para tratar los síntomas del TLP, pero pueden utilizarse para el manejo de enfermedades comórbidas y deben utilizarse por el período de tiempo más breve posible.(NICE, 2009)

Respecto al uso de la hospitalización en los pacientes con este diagnóstico, no existe un consenso actualizado en la literatura sobre las indicaciones de hospitalización de pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan una emergencia psiquiátrica. La escasa evidencia y la opinión de los expertos sugieren que el tratamiento más eficaz del trastorno límite de la personalidad se produce en entornos ambulatorios y, si se requiere hospitalización, es para el manejo de crisis y el tratamiento de los síntomas clínicos severos. (Siefert, 2012)

Los pacientes con TLP pueden requerir hospitalización para dar contención e intervenir en el contexto de una crisis aguda, como cuando presentan riesgo de auto o heteroagresión y después de intentos de suicidio. Empero, una revisión de Cochrane mostró que actualmente no hay evidencia basada en ensayos controlados aleatorios para el manejo de crisis agudas en pacientes con TLP, por lo que tomar decisiones respecto al manejo clínico de estas personas, sin una base de evidencia establecida supone todo un desafío. (Borschmann et al., 2012)

La guía clínica del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) para el tratamiento y el manejo del TLP propone que, si bien el tratamiento hospitalario no es el más indicado para el manejo de los riesgos crónicos, existen circunstancias en las que los riesgos agudos no se puedan manejar de manera segura de forma ambulatoria. (NICE, 2009)

Algunos estudios han descartado el impacto terapéutico que la hospitalización no especializada tiene en el TLP, e incluso han llegado a sugerir que la hospitalización tiene un resultado negativo para los pacientes. Dawson y MacMillan, en 1993, llegaron a recomendar que nunca se hospitalizara a pacientes con TLP y que, en caso de no poderse evitar, que el internamiento fuera lo más breve posible. (Dawson et al., 1993) Más adelante, Paris menciona que las razones más comunes por las que los pacientes límite son hospitalizados incluyen episodios psicóticos, intentos y amenazas de suicidio graves y conductas autolesivas, y que estos comportamientos rara vez responden al internamiento e incluso pueden llegar a producir efectos negativos como la regresión del paciente y reingresos frecuentes. (Paris et al., 2004)

Por otro lado, distintas investigaciones advierten contra esta posibilidad, ya que no hay evidencia concluyente que sugiera que la hospitalización sea dañina, pero si existe un consenso general en la literatura de que es poco probable que los ingresos prolongados en las unidades de psiquiatría sean útiles en el tratamiento del TLP. (Gunderson et al., 2018) Fagin menciona que los internamientos no deben de ser prolongados y que deben centrarse en abordar los problemas que han precipitado la crisis del paciente. (Fagin, et al., 2004) Sin embargo, estudios recientes indican que incluso el tratamiento hospitalario prolongado puede resultar en una mejora sintomática y funcional significativa en pacientes con TLP. (Fowler et al., 2017)

La duración del internamiento hospitalario para estos pacientes se ha reducido drásticamente en los últimos años. El objetivo principal del internamiento breve es la

estabilización del paciente, pero también provee oportunidades para trabajar con los pacientes sobre objetivos a más largo plazo. Este tipo de internamientos se deben aprovechar para realizar evaluaciones, crear planes de tratamiento y ejecutar protocolos de atención a futuro.(Siefert, 2012)

La guía clínica NICE menciona que, durante estas intervenciones, el plan de tratamiento se organice entre el paciente y el médico y recomienda el desarrollo de la autonomía y la promoción de la elección individual como factores clave para el tratamiento. Idealmente, los pacientes deben participar activamente en la búsqueda de soluciones a sus problemas, incluso cuando están en crisis, ya que esto les permite ganar experiencia en el manejo de crisis y desarrollar cierta autonomía con respecto a las decisiones que deben tomarse en ese momento. (Helleman, 2009)

La guía clínica de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad del 2001, presenta un conjunto de indicaciones para su hospitalización. Se recomienda el internamiento breve del paciente cuando este represente un peligro inminente para los demás, presente una pérdida del control de los impulsos suicidas o un intento de suicidio grave, así como episodios psicóticos transitorios donde exista pérdida del control de los impulsos o deterioro del juicio y síntomas lo suficientemente graves como para interferir con el funcionamiento. (Oldham et al., 2005)

Bajo estos criterios de internamiento que describe la APA, la mayoría de los pacientes con TLP que visitan los servicios de urgencias psiquiátrica requerirían ingreso hospitalario, pero en realidad son pocos los pacientes hospitalizados. La mayoría de las investigaciones revisadas en este tema se enfocan en el estudio de pacientes que han sido ya hospitalizados o dados de alta, sin embargo, pocos estudios evalúan factores asociados con la hospitalización.

Pascual y colaboradores, que investigaron los factores asociados a la hospitalización de pacientes TLP en una unidad de emergencias psiquiátricas de España encontraron que, aunque los pacientes con TLP tenían mayor gravedad clínica y más problemas sociales, el porcentaje de hospitalizaciones fue menor que para los pacientes sin TLP. Una explicación que dan a esto es que el médico de urgencias a menudo considera que las crisis en estos pacientes tienden a resolverse en períodos cortos, que la hospitalización en una unidad convencional no ayuda a estos pacientes o que estos pacientes pueden ser potencialmente perjudiciales para las unidades hospitalarias. (Pascual et al., 2007)

Por otro lado, Hull et al. encontraron que el tener anorexia, síntomas psicóticos y suicidabilidad se asociaron con mayor frecuencia a un mayor número de hospitalización, mientras que la depresión no fue un factor predictor de internamiento. (Hull et al., 1996)

Leontieva estudió las características del TLP dentro de una unidad de internación de un hospital psiquiátrico estatal y reporta que: los pacientes con TLP tenían más probabilidades de ser mujeres (75%), de tener un diagnóstico de trastorno depresivo mayor

y de haber sido admitidos durante el último año. (Leontieva, 2013) Paruk y colaboradores también estudiaron el perfil de pacientes con TLP ingresados en una unidad de psiquiatría y sus hallazgos revelaron que estos pacientes hacen un uso significativamente mayor de los servicios de emergencia y que generalmente no se adhieren bien a los programas de seguimiento ambulatorio. (Paruk et al., 2016)

Por otra parte, Pascual se dedicó a investigar los factores asociados con las decisiones de los médicos de hospitalizar a pacientes con TLP y reportó que la decisión de hospitalizar se asoció con el riesgo de suicidio, conductas agresivas para los demás, la gravedad de los síntomas, la dificultad para el autocuidado y el incumplimiento del tratamiento. (Pascual et al., 2007)

Sumando el contenido de todos estos estudios se observa también que la falta de continuidad con el médico (por ser atendidos en servicios de urgencias), las evaluaciones frecuentes y en ocasiones subóptimas, resultan en un uso ineficiente de los recursos. Múltiples estudios han documentado los altos precios asociados con el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. El uso frecuente de servicios hospitalarios y de urgencias por parte de los pacientes representa una mayor proporción de estos costos que las terapias ambulatorias. (Gunderson et al., 2018)

Para lograr dar un tratamiento más objetivo, estructurado y enfocado en los pacientes con diagnóstico de TLP que requieren hospitalización, distintos autores concuerdan que el ingreso hospitalario de estos pacientes debe ser breve, por un tiempo limitado y

determinado por un objetivo. (Paruk & Janse van Rensburg, 2016) La guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad de Barcelona también recomienda realizar internamientos breves, programados, voluntarios y enfocados en la crisis, con el fin de disminuir o reducir los síntomas más importantes y prevenir conductas suicidas y autolesiones. (Álvarez Tomás et al., 2011)

Igualmente, Fagin concuerda que el internamiento de estos pacientes no debe ser prolongado y propone los siguientes principios para su manejo: mantener la flexibilidad, establecer las condiciones adecuadas para garantizar la seguridad del paciente, promover la introspección, establecer los límites necesarios, crear y mantener una alianza terapéutica, evitar la división entre psicoterapia y farmacoterapia y monitorear los sentimientos de contratransferencia en el personal de salud. (Fagin, 2004)

Uno de los modelos de internamiento breve propuesto especialmente para personas con TLP es el Tratamiento hospitalario de duración limitada y orientado a objetivos para pacientes con TLP, GOLDBIT por sus siglas en inglés, que integra recomendaciones de expertos en el desarrollo de un abordaje estructurado durante la hospitalización. Este abordaje se centra en la hospitalización breve y en la creación de un acuerdo del tratamiento. Implica contar con una fecha de alta planificada desde el principio, tener los objetivos claros del abordaje terapéutico y de cómo participará el personal de salud, y mantener una duración media de la estancia de 5 a 10 días. (Siefert, 2012)

Su aplicación consta de seis pasos generales: la evaluación, la introducción, la formación de un acuerdo de admisión, el establecimiento de una fecha de alta, el tratamiento y el alta. (Tabla 1)

Tabla 1. *Fases del tratamiento intrahospitalario en modelo GOLDBIT*

| Etapa | Actividades | Metas |
|---|---|---|
| Evaluación | Evaluar al paciente; obtener historia clínica completa e identificar condiciones comórbidas; contactar al equipo de tratamiento ambulatorio. | Determinar si el modelo de internamiento es indicado. |
| Introducción | Discutir la brevedad de la hospitalización; comenzar a identificar los objetivos a trabajar en el internamiento. | Desarrollar la alianza terapéutica; establecer expectativas para la hospitalización. |
| Formación del contrato terapéutico | Finalizar los objetivos para trabajar en el hospital; desarrollar subobjetivos y escribirlos en el contrato terapéutico que el paciente firma para indicar su acuerdo. | Fomentar la colaboración; Equilibrar la necesidad de dar estructura con la validación de la angustia del paciente. |
| Fecha de alta | Se debe establecer en las primeras 48hrs tras el ingreso del paciente a sala. Se detalla un marco de tiempo para trabajar en los objetivos, con una duración media de la estancia de 5 a 10 días; escribir la fecha de alta en el contrato terapéutico. | Establecer expectativas de que la hospitalización será breve y es necesario centrarse en los objetivos; encuadrar la hospitalización según sea necesario para devolver al paciente a la atención ambulatoria. |
| Tratamiento | Implementar un plan de tratamiento con el equipo de trabajo; reunirse con el paciente a diario; monitorear la participación en los objetivos acordados; modificar el acuerdo según sea necesario; reuniones frecuentes entre el personal. | Promover la participación del paciente; elogiar sus esfuerzos; apoyar a los médicos y al personal. |
| Alta y criterios de futuros internamientos | Crear un plan de alta con el paciente y el equipo de tratamiento ambulatorio del | Manejar los sentimientos de rechazo y abandono; alentar el trabajo futuro hacia los |

| | | |
|---|---|---|
| | paciente y especificar en qué condiciones se puede reingresar al paciente en esta unidad. | objetivos; promover el tratamiento continuo con el equipo ambulatorio. |

La aplicación de este modelo se considera cuando el paciente tiene un diagnóstico de TLP, un historial de internamientos frecuentes y de difícil manejo, y antecedentes de un mal seguimiento y una pobre adherencia a su tratamiento. No se recomienda este enfoque cuando el paciente es desconocido en la unidad (de primer ingreso), cuando el paciente presenta problemas neurológicos graves, comorbilidad con un trastorno de la conducta alimentaria o síntomas psicóticos agudos. Y para su mejor funcionamiento, se debe contar con un sistema de tratamiento ambulatorio estable. (Siefert, 2012)

Una de las ventajas de aplicar el abordaje GOLDBIT es que esta planteado para utilizarse en una unidad de hospitalización psiquiátrica general. Es decir, en una unidad no diseñada específicamente para tratar a pacientes con trastornos de la personalidad, lo que hace mas posible su aplicación y difusión en centros no especializados.

Como requisito principal, solo es necesario que cada paciente trabaje con un equipo de tratamiento compuesto por personal de psiquiatría, psicología, enfermería y terapia ocupacional. En el caso de pacientes con TLP, la forma en que el personal de salud trabaja en conjunto y se apoya mutuamente impacta fuertemente en su hospitalización. Por lo que en este modelo se recomienda que exista una comunicación constante entre ellos, que el equipo de trabajo y el personal de enfermería discutan y trabajen en conjunto para ayudar al paciente a lograr sus objetivos. Esto implica una discusión de los factores logísticos, la

elaboración de las metas y los temas explorados durante las interacciones con el paciente, el intercambio de éxitos y desafíos que se vivan con el paciente y la discusión de intervenciones concretas. (Siefert, 2012)

En definitiva, la información revisada anteriormente deja claro que nunca habrá un algoritmo o una “fórmula mágica” para el tratamiento de pacientes con TLP, pero existen modelos de abordaje e internamiento breve que han mostrado beneficios claros en estos pacientes. Al mismo tiempo, al limitar los tiempos de hospitalización, reducen los costos en la atención intrahospitalaria y se reduce la carga económica que pacientes con este diagnóstico generan en los sistemas de salud mental.

# Capítulo 3. Metodología

## Descripción del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo durante el periodo de octubre a noviembre 2020 para identificar los factores asociados al internamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, así como los costos de la atención intrahospitalaria de estos pacientes en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León con el fin de conocer el perfil de estos pacientes y lograr plantear un modelo de atención con internamiento psiquiátrico breve para su manejo.

La muestra constó de todos los pacientes que fueron hospitalizados en la URP de SSNL durante el año 2019 y que tuvieron un diagnóstico de TLP al momento de su internamiento.

## Criterios de selección

*Criterios de inclusión*

- Pacientes internados en la URP de SSNL durante el 2019.
- Diagnóstico de TLP al momento de su hospitalización.
- Mayores de 18 años.

*Criterios de exclusión*

- Expediente clínico incompleto

## Procedimiento

Una vez que el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, se solicito a los departamentos de Dirección y de Administración de la URP un listado de los pacientes internados en el área de hospitalización durante el año 2019, cuyo diagnóstico de egreso fue TLP (F60.3 – Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, según CIE-10).

Actualmente, la URP maneja un sistema electrónico conocido como Sistema Integral Médico Administrativo (SIMA) donde, en conjunto con el expediente en físico, se captura la información del paciente (historia clínica, nota de ingreso, nota de evolución, tratamiento, nota de egreso). Por lo tanto, se revisaron los expedientes en físico y en formato electrónico de todos los pacientes que calificaron para su inclusión en el estudio y se obtuvieron los datos sociodemográficos y clínicos necesarios.

Asimismo, se solicitó al departamento de Administración un desglose de los costos asociados a la hospitalización de la unidad y se determinaron los costos del internamiento por día.

Tabla de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | VALOR DE VARIABLE |
|---|---|---|---|---|
| Edad | Basado en la fecha de nacimiento | Independiente, cuantitativa, continua | Años | Igual o mayor a 18 |
| Sexo | Según el fenotipo | Independiente, cualitativa, nominal, dicotómica | Femenino o masculino | |
| Estado civil | Situación de la persona física determinada por sus relaciones y situación legal al respecto | Independiente, cualitativa, nominal, politómica | Soltero<br>Unión libre<br>Casado<br>Divorciado<br>Viudo | |
| Escolaridad | Grado de educación completado. | Independiente, cualitativa, ordinal, politómica | Grado cursado | Primaria<br>Secundaria<br>Preparatoria<br>Técnica<br>Profesional<br>Posgrado |
| Empleo | Situación de empleo de la persona física | Independiente, cualitativa, nominal, politómica | Empleado<br>Desempleado<br>Inactivo | |
| Tiempo de evolución del TLP | Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del TLP | Independiente, cuantitativa, continua | Años | <1 año<br>1-5 años<br>> 5 años |
| Comorbilidad psiquiátrica | Otro trastorno psiquiátrico registrado en expediente al momento del ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal, politómica | CIE-10 | |
| Comorbilidad médica | Otra enfermedad médica registrada en expediente al momento del ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal, politómica | Descripción textual de la enfermedad | |
| Tipo de ingreso | Tipo de ingreso del paciente | Dependiente, cualitativa, nominal | Primera vez<br>Subsecuente | |
| Número de consultas a urgencias durante el 2019 | Numero de consultas al departamento de Urgencias durante el 2019 | Dependiente, cuantitativa, continua | Numérica | |
| Duración del internamiento | Duración del internamiento en días | Dependiente, Cuantitativa, continua | < 10 días<br>10-20 días<br>>20 días | |
| Número de internamientos previos | Número de internamientos psiquiátricos previos en cualquier unidad psiquiátrica | Dependiente, cuantitativa, continua | Numérica | |
| Conductas suicidas | Presencia de conductas suicidas registradas en nota de ingreso. El intento suicida se | Dependiente, cualitativa, nominal | Ideación suicida<br>Planeación suicida<br>Intento suicida no violento<br>Intento suicida violento | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | clasificó según los criterios de Asberg, donde la sobredosis con drogas y los cortes únicos en antebrazo corresponden a intento suicida no violento y todos los demás métodos (como ahorcamiento, ahogamiento y varios cortes profundos corresponden a intento suicida violento. (Rydin et al., 1990) | | |
| Conductas agresivas | Conductas de heteroagresión o agresión al medio registradas en nota de ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal, dicotómica | Si / No |
| Tratamiento previo al ingreso | Llevar tratamiento previo a su ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal | Si / No |
| Tratamiento antidepresivo | Tratamiento antidepresivo indicado en nota de ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal | Fluoxetina<br>Sertralina<br>Paroxetina<br>Citalopram<br>Escitalopram<br>Venlafaxina<br>Duloxetina<br>Desvenlafaxina<br>Ninguno |
| Tratamiento antipsicótico | Tratamiento antipsicótico indicado en nota de ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal | Quetiapina<br>Olanzapina<br>Risperidona<br>Clozapina<br>Haloperidol<br>Levomepromazina<br>Zuclopentixol<br>Ninguno |
| Tratamiento estabilizador del ánimo | Tratamiento estabilizador del ánimo indicado en nota de ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal | Carbonato de litio<br>Valproato de magnesio<br>Valproato semisódico<br>Lamotrigina<br>Carbamazepina<br>Fenitoína<br>Ninguno |
| Tratamiento ansiolítico | Tratamiento ansiolítico indicado en nota de ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal | Alprazolam<br>Lorazepam<br>Clonazepam<br>Diazepam<br>Ninguno |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Adherencia a tratamiento | Adherencia a tratamiento previo a internamiento reportado en nota de ingreso. | Dependiente, cualitativa, nominal, dicotómica | Si / No / No aplica |
| Conciencia de enfermedad | Percepción subjetiva de conciencia de enfermedad registrada en nota de ingreso | Dependiente, cualitativa, nominal, dicotómica | Nula<br>Leve<br>Moderada<br>Alta |

## Técnicas de análisis estadístico

Se utilizó MS Excel 2017 e IBM SPSS versión 25 para generar una base de datos de todos los participantes del estudio. En esta base de datos quedaron registrados con un número clave todos los participantes, los datos sociodemográficos y los datos clínicos.

Se realizó análisis de estadística descriptiva para encontrar los factores asociados, así como para los factores sociodemográficos.

Se realizaron comparaciones entre variables categóricas por medio de las pruebas de Chi cuadrada o test exacto de Fisher. Las variables continuas se compararon por medio de las pruebas de t de Student para muestras independientes o Mann-Whitney. Se calcularon razones de momios (odds ratio, OR) para identificar factores relacionados con el reingreso, la duración del internamiento y el número de internamientos.

Se consideró un valor de $P < 0.05$ y un intervalo de confianza al 95% como estadísticamente significativos.

# Capítulo 4. Resultados

Se incluyeron un total de 88 pacientes con diagnóstico de TLP internados en la URP durante el año 2019. La mediana de edad de los pacientes fue 28 (23-36.5) años, 65 (73.9%) fueron mujeres y 23 (26.1%), hombres. La mayoría de los pacientes eran solteros (58%). El máximo grado de estudios de 38.6% de los pacientes fue educación básica, de 40.9%, educación media superior y de 19.3%, educación superior o profesional. El 52.3% de los pacientes se encontraban con empleo inactivo al momento de la evaluación. La mayoría de los pacientes tuvieron menos de un año de evolución (51.5%) (tabla 2).

Tabla 2. *Características basales de los participantes*

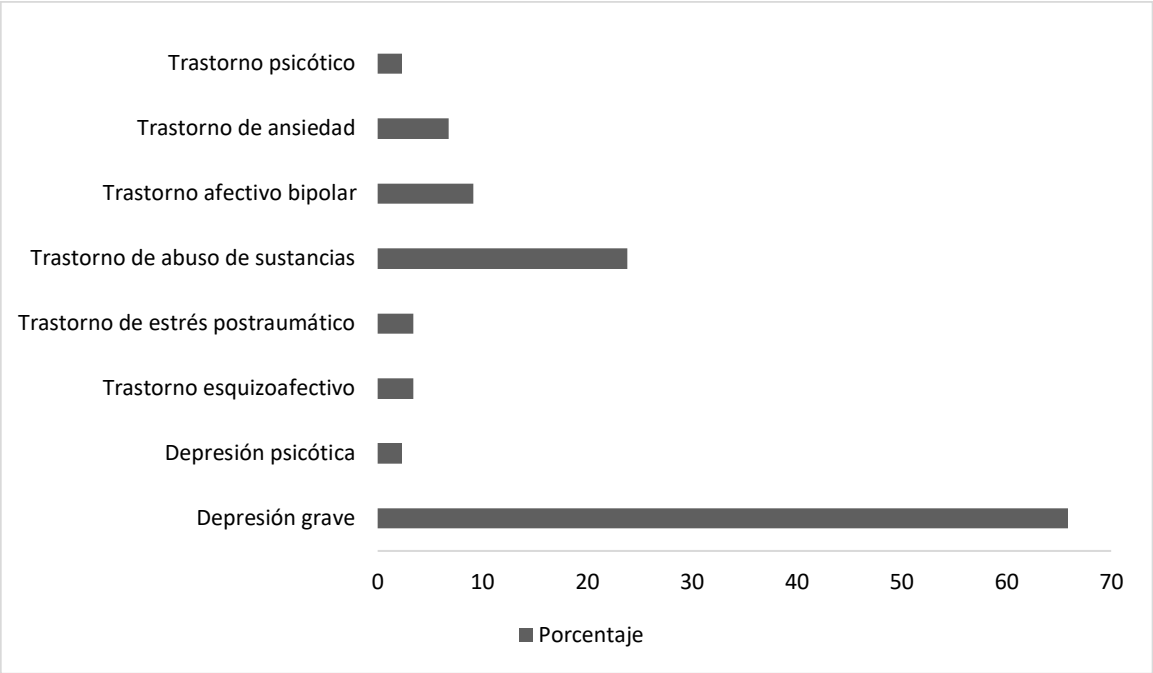
| **Variable** | |
|---|---|
| Edad (años) | 28 (23-36.5) |
| Sexo | |
| Femenino | 65 (73.9%) |
| Masculino | 23 (26.1%) |
| Estado civil | |
| Soltero | 51 (58%) |
| Unión libre | 8 (9.1%) |
| Casado | 19 (21.6%) |
| Divorciado | 4 (4.5%) |
| Viudo | 1 (1.1%) |
| Separado | 5 (5.7%) |
| Escolaridad | |
| Primaria | 8 (9.1%) |
| Secundaria | 26 (29.5%) |
| Preparatoria | 28 (31.8%) |
| Técnica | 8 (9.1%) |
| Profesional | 17 (19.3%) |
| Ninguna | 1 (1.1%) |
| Empleo | |

| | |
|---|---|
| Empleado | 18 (20.5%) |
| Desempleado | 24 (27.3%) |
| Inactivo | 46 (52.3%) |
| Tiempo de evolución | |
| <1 año | 45 (51.1%) |
| 1-5 años | 33 (37.5%) |
| >5 años | 10 (11.4%) |

Se encontró que la principal comorbilidad psiquiátrica de los pacientes fue la depresión grave en 53.4%, seguido de trastorno de abuso de sustancias en 23.8%. El 19.3% padecían alguna comorbilidad médica, siendo las más frecuentes diabetes mellitus tipo 2 (5.7%), hipertensión arterial (5.7%) e hipotiroidismo (5.7%) (tabla 3 y gráfica 1).

Tabla 3. *Comorbilidades de los pacientes*.

| **Variables** | |
|---|---|
| Comorbilidad psiquiátrica | |
| Depresión grave | 58 (65.9%) |
| Depresión psicótica | 2 (2.3%) |
| Trastorno esquizoafectivo | 3 (3.4%) |
| Trastorno de estrés postraumático | 3 (3.4%) |
| Trastorno de abuso de sustancias | 21 (23.8%) |
| Trastorno afectivo bipolar | 8 (9.1%) |
| Trastorno de ansiedad | 6 (6.8%) |
| Trastorno psicótico | 2 (2.3%) |
| Comorbilidad médica | |
| Hipertensión arterial | 5 (5.7%) |
| Diabetes mellitus tipo 2 | 5 (5.7%) |
| Hipotiroidismo | 5 (5.7%) |
| Artritis reumatoide | 1 (1.1%) |
| Cáncer de vulva | 1 (1.1%) |
| Epilepsia | 2 (2.3%) |
| Fibromialgia | 1 (1.1%) |
| Asma | 1 (1.1%) |




Gráfica 1. *Comorbilidades psiquiátricas de los pacientes*.

El 54.5% de los pacientes fueron hospitalizados por primera vez y 45.5%, de forma subsecuente. La mediana de número de consultas a urgencias en el último año fue de 2 (1-3). Además, la mediana de número de internamientos previos fue también de 2 (1-2.7). La duración del último internamiento fue menor de 10 días en 20.7%, entre 10 y 20 días en el 62.1% y mayor a 20 días en 17.2%. Mas de la mitad de la muestra (79.3%) presento una duración de su internamiento de 10 días o más (tabla 4).

Tabla 4. *Variables relacionadas con la atención médica en los pacientes del estudio*.

| **Variable** | |
|---|---|
| Tipo de ingreso | |
| Primera vez | 48 (54.5%) |
| Subsecuente | 40 (45.5%) |
| Número de consultas a urgencias en el último año | 2 (1-3) |
| Número de internamientos previos | 2 (1-2.7) |
| Duración de último internamiento (n = 87) | - |
| <10 días | 18 (20.7%) |

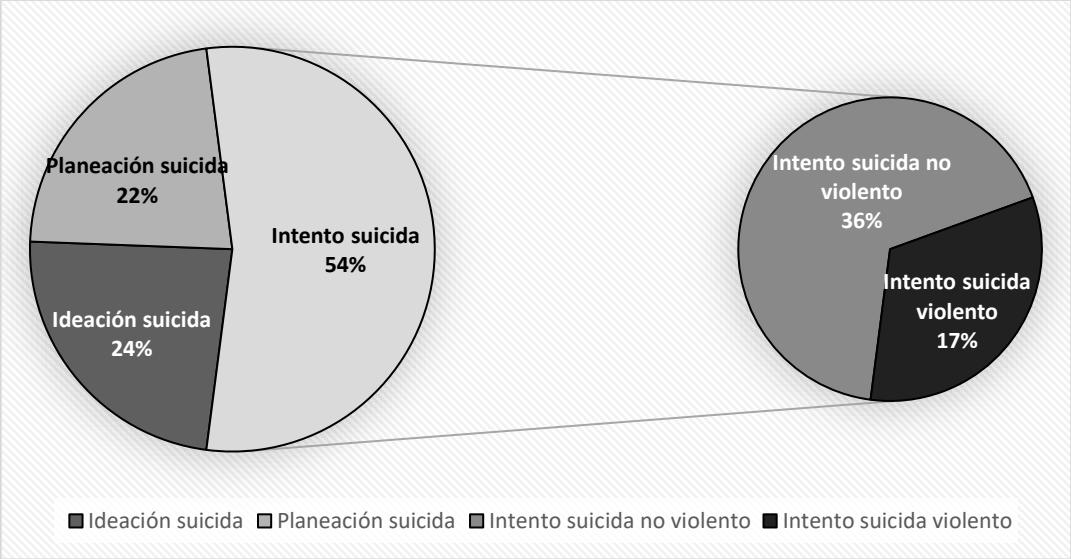
| | |
|---|---|
| 10-20 días | 54 (62.1%) |
| >20 días | 15 (17.2%) |

El 31.8% de los pacientes mostraron evidencia de conductas agresivas y el 96.6% mostró algún tipo de conducta suicida. (tabla 5).

Tabla 5. *Tipo de conducta de los pacientes*

| **Variable** | |
|---|---|
| Conductas agresivas | 28 (31.8%) |
| Conductas suicidas | 85 (96.6%) |
| Ideación suicida | 20 (23.5%) |
| Planeación suicida | 19 (22.3%) |
| Intento suicida no violento | 31 (36.4%) |
| Intento suicida violento | 15 (17.6%) |

23.5% de los pacientes presentaron ideación suicida, 22.3% planeación suicida y el 54% de los pacientes tuvieron algún intento de suicidio, siendo de tipo violento en 17% de estos pacientes. (Gráfica 2)




Gráfica 2. *Tipos de conductas suicidas en pacientes con antecedente de conducta suicida*.

El 75% de los pacientes tuvieron un tratamiento previo al ingreso. Durante el ingreso, el 78 (88.7%) tuvo tratamiento antidepresivo, 64 (72.7%) tratamiento antipsicótico, 63 (71.6%) tratamiento estabilizador del estado del ánimo y 30 (34%) tratamiento ansiolítico.

En la tabla 5 se describen los tipos de tratamiento que recibieron los pacientes. De los pacientes que recibieron tratamiento, 17 (24.6%) pacientes mostraron adherencia al tratamiento y 68 (84%) de los pacientes tuvieron algún grado de conciencia de su enfermedad psiquiátrica, siendo más prevalente una conciencia leve de la misma en 54 pacientes, (66.7%). (tabla 6).

Tabla 6. *Tratamiento previo, adherencia y grado de conciencia de enfermedad de los pacientes.*

| **Variable** | |
|---|---|
| Tratamiento previo al ingreso (n = 87) | 66 (75%) |
| Tratamiento antidepresivo | - |
| Fluoxetina | 19 (21.6%) |
| Sertralina | 19 (21.6%) |
| Paroxetina | 7 (8%) |
| Citalopram | 11 (12.5%) |
| Escitalopram | 1 (1.1%) |
| Venlafaxina | 6 (6.8%) |
| Duloxetina | 14 (15.9%) |
| Desvenlafaxina | 1 (1.1%) |
| Ninguno | 10 (11.4%) |
| Tratamiento antipsicótico | - |
| Quetiapina | 35 (53.8%) |
| Olanzapina | 8 (12.5%) |
| Risperidona | 16 (25%) |
| Clozapina | 2 (3.1%) |
| Haloperidol | 2 (3.1%) |
| Levomepromazina | 5 (7.8%) |

| | |
|---|---|
| Zuclopentixol | 1 (1.6%) |
| Ninguno | 24 (27.3%) |
| Estabilizador del estado del ánimo | - |
| Carbonato de litio | 11 (17.4%) |
| Valoprato de magnesio | 33 (52.3%) |
| Valproato semisódico | 18 (28.6%) |
| Lamotrigina | 2 (3.1%) |
| Carbamazepina | 2 (3.1%) |
| Fenitoína | 1 (1.6%) |
| Ninguno | 25 (28.4%) |
| Tratamiento ansiolítico | |
| Alprazolam | 4 (13.3%) |
| Lorazepam | 2 (6.7%) |
| Clonazepam | 21 (70%) |
| Diazepam | 3 (10%) |
| Ninguno | 58 (65.9%) |
| Tratamiento previo al ingreso (n = 87) | 66 (75%) |
| Adherencia al tratamiento | |
| Sí | 17 (19.3%) |
| No | 52 (59.1%) |
| No aplica | 19 (21.6%) |
| Conciencia de enfermedad (n = 81) | - |
| Nula | 13 (16%) |
| Leve | 54 (66.7%) |
| Moderada | 12 (14.8%) |
| Alta | 2 (2.5%) |

No se encontró una asociación entre el tipo de conducta suicida y la presencia de depresión grave con la duración del internamiento, sin embargo, se encontró que la mayoría de los pacientes de primer ingreso (88.9%) tuvieron un internamiento menor de 10 días, mientras que los pacientes con ingreso subsecuente requirieron de 10-20 días de internamiento (53.7%) o más de 20 días (60%) ($P$ = 0.004) (tabla 7).

Tampoco se encontró una relación significativa entre el tipo de intento suicida cometido (violento o no violento) y la duración del internamiento, el tipo o el número de ingresos.

Tabla 7. *Asociación entre la duración del internamiento con variables del paciente*.

| **Variable** | **Duración de último internamiento** | | | ***P*** |
|---|---|---|---|---|
| | **<10 días** | **10-20 días** | **>20 días** | |
| Conductas suicidas | | | | 0.348 |
| Ninguna | 0 (0%) | 2 (3.7%) | 1 (6.7%) | |
| Ideación suicida | 2 (11.1%) | 12 (22.2%) | 6 (40%) | |
| Planeación suicida | 7 (38.9%) | 10 (18.5%) | 2 (13.3%) | |
| Intento suicida no violento | 7 (38.9%) | 21 (38.9%) | 3 (20%) | |
| Intento suicida violento | 2 (11.1%) | 9 (16.7%) | 3 (20%) | 0.559 |
| Tipo de ingreso | | | | 0.004 |
| Primera vez | 16 (88.9%) | 25 (46.3%) | 6 (40%) | |
| Subsecuente | 2 (11.1%) | 29 (53.7%) | 9 (60%) | |
| Depresión grave | 12 (66.7%) | 27 (50%) | 8 (53.3%) | 0.469 |

Se encontró que el tener una evolución mayor a un año, el exhibir conductas agresivas y tener tratamiento previo al ingreso se asociaron como factores de riesgo de reingreso en los pacientes (OR = 6.40, OR = 3.92 y OR = 5.10, respectivamente) (tabla 8).

Tabla 8. *Factores asociados con reingreso en pacientes con TLP*.

| **Variable** | **Reingreso** | | ***P*** | **OR (IC 95%)** |
|---|---|---|---|---|
| | Sí | No | | |
| Sexo femenino | 32 (80%) | 33 (68.8%) | 0.232 | 1.81 (0.67-4.87) |
| Tener pareja | 13 (32.5%) | 14 (29.2%) | 0.736 | 1.16 (0.47-2.90) |
| Estudios profesionales | 6 (15%) | 11 (22.9%) | 0.349 | 0.59 (0.19-1.78) |
| Más de un año de evolución | 29 (72.5%) | 14 (29.2%) | <0.001 | 6.40 (2.52-16.26) |
| Más de dos consultas de urgencias en el último año | 16 (40%) | 13 (27.1%) | 0.199 | 1.79 (0.73-4.40) |
| Conductas heteroagresivas | 19 (47.5%) | 9 (18.8%) | 0.004 | 3.92 (1.51-10.18) |
| Intento suicida | 20 (50%) | 26 (54.2%) | 0.697 | 0.84 (0.36-1.96) |
| Tratamiento previo al ingreso | 36 (90%) | 30 (63.8%) | 0.004 | 5.10 (1.54-16.79) |
| Conciencia moderada-alta de la enfermedad | 4 (10.3%) | 10 (23.8%) | 0.107 | 0.36 (0.10-1.28) |
| Depresión grave | 18 (45%) | 29 (60.4%) | 0.149 | 0.53 (0.22-1.25) |

No se identifico ningún factor relacionado con más de 20 días de internamiento en pacientes con TLP (tabla 9).

Tabla 9. *Factores asociados con más de 20 días de internamiento en pacientes con TLP.*

| **Variable** | **>20 días de internamiento** | | ***P*** | **OR (IC 95%)** |
|---|---|---|---|---|
| | Sí | No | | |
| Sexo femenino | 13 (86.7%) | 52 (72.2%) | 0.337 | 2.50 (0.51-12.08) |
| Tener pareja | 3 (20%) | 24 (33.3%) | 0.374 | 0.50 (0.12-1.94) |
| Estudios profesionales | 1 (6.7%) | 16 (22.2%) | 0.284 | 0.25 (0.03-2.04) |
| Más de un año de evolución | 6 (40%) | 37 (51.4%) | 0.422 | 0.63 (0.20-1.95) |
| Más de un**a** consulta de urgencias en el último año | 6 (40%) | 23 (31.9%) | 0.547 | 1.42 (0.45-4.46) |
| Conductas agresivas | 8 (53.3%) | 20 (27.8%) | 0.071 | 2.97 (0.95-9.27) |
| Conductas suicidas | 6 (40%) | 39 (54.2%) | 0.318 | 0.56 (0.18-1.75) |
| Tratamiento previo al ingreso | 13 (86.7%) | 52 (73.2%) | 0.341 | 2.37 (0.49-11.51) |
| Adherencia al tratamiento | 4 (30.8%) | 13 (23.6%) | 0.723 | 1.43 (0.37-5.44) |
| Conciencia moderada-alta de la enfermedad | 2 (14.3%) | 12 (18.2%) | >0.999 | 0.75 (0.14-3.79) |
| Depresión grave | 8 (53.3%) | 39 (54.2%) | 0.953 | 0.96 (0.31-2.95) |

Por otro lado, se observo que el tener una evolución mayor de un año con TLP se presentó como factor de riesgo de tener dos o más internamientos (OR = 42.0, IC 95%, 5.29-332.95), mientras que el presentar una depresión grave se asoció como factor protector (OR = 0.30, IC 95%, 0.10,-0.84) (tabla 10).

Tabla 10. *Factores asociados con más de 2 internamientos en pacientes con TLP.*

| **Variable** | **>2 internamientos** | | ***P*** | **OR (IC 95%)** |
|---|---|---|---|---|
| | Sí | No | | |
| Sexo femenino | 16 (72.7%) | 49 (74.2%) | 0.889 | 0.92 (0.31-2.74) |
| Tener pareja | 9 (40.9%) | 18 (27.3%) | 0.23 | 1.84 (0.67-5.05) |
| Estudios profesionales | 2 (9.1%) | 15 (22.7%) | 0.219 | 0.34 (0.07-1.62) |
| Más de un año de evolución | 21 (95.5%) | 22 (33.3%) | <0.001 | 42.00 (5.29-332.95) |
| Más de dos consultas de urgencias en el último año | 10 (45.5%) | 19 (28.8%) | 0.15 | 2.06 (0.76-5.57) |
| Conductas heteroagresivas | 9 (40.9%) | 19 (28.8%) | 0.29 | 1.71 (0.62-4.67) |
| Intento suicida | 11 (50%) | 35 (53%) | 0.805 | 0.88 (0.33-2.32) |
| Tratamiento previo al ingreso | 20 (90.9%) | 46 (70.8%) | 0.056 | 4.13 (0.87-19.43) |
| Adherencia al tratamiento | 2 (9.5%) | 15 (31.3%) | 0.054 | 0.23 (0.04-1.12) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Conciencia moderada-alta de la enfermedad | 2 (9.1%) | 12 (20.3%) | 0.33 | 0.39 (0.08-1.91) |
| Depresión grave | 7 (31.8%) | 50 (60.6%) | 0.019 | 0.30 (0.10-0.84) |

Se encontró que el recibir tratamiento antidepresivo (*P* = 0.005) y tener adherencia al tratamiento fue mayor en los pacientes sin reingreso (*P* = 0.001), mientras que el recibir tratamiento estabilizador del estado del ánimo fue mayor en pacientes con reingreso (*P* = 0.003). También se observó que el tratamiento antidepresivo fue mayor en pacientes que no presentaban más de 2 internamientos (*P* = 0.002) (tabla 11).

Tabla 11. *Relación entre el tipo de tratamiento recibido y el apego al tratamiento con reingreso, internamiento mayor de 20 días o más de 2 internamientos en pacientes con TLP.*

| **Variable** | **Reingreso** | | ***P*** |
|---|---|---|---|
| | Sí | No | |
| Tratamiento antidepresivo | 31 (77.5%) | 47 (97.9%) | 0.005 |
| Tratamiento antipsicótico | 29 (72.5%) | 35 (72.9%) | 0.965 |
| Tratamiento estabilizador del estado del ánimo | 35 (87.5%) | 28 (58.3%) | 0.003 |
| Tratamiento ansiolítico | 14 (35%) | 16 (33.3%) | 0.87 |
| Adherencia al tratamiento | 3 (8.1%) | 14 (43.8%) | 0.001 |
| | >20 días de internamiento | | *P* |
| | Sí | No | |
| Tratamiento antidepresivo | 12 (80%) | 65 (90.3%) | 0.367 |
| Tratamiento antipsicótico | 13 (86.7%) | 50 (69.4%) | 0.219 |
| Tratamiento estabilizador del estado del ánimo | 12 (80%) | 50 (69.4%) | 0.539 |
| Tratamiento ansiolítico | 8 (53.3%) | 22 (30.6%) | 0.091 |
| Adherencia al tratamiento | 4 (30.8%) | 13 (23.6%) | 0.723 |
| | >2 internamientos | | *P* |
| | Sí | No | |
| Tratamiento antidepresivo | 15 (68.2%) | 63 (95.5) | 0.002 |
| Tratamiento antipsicótico | 19 (86.4%) | 45 (68.2%) | 0.097 |
| Tratamiento estabilizador del estado del ánimo | 20 (90.9%) | 43 (65.2%) | 0.02 |
| Tratamiento ansiolítico | 7 (31.8%) | 23 (34.8%) | 0.795 |
| Adherencia al tratamiento | 2 (9.5%) | 15 (31.3%) | 0.054 |

Se encontró que los pacientes con reingreso tuvieron una mediana de 2 (1-3.7) consultas a urgencias en el 2019, y que la mediana de número de internamientos previos en pacientes reingresados fue de 2.5 (2-3).

## Costos relacionados a la atención intrahospitalaria

El departamento de Administración de la URP proporcionó los costos relacionados con el área de hospitalización, de los cuales se calcularon los costos fijos y variables. (tabla 12 y 13)

Tabla 12. *Costos fijos relacionados a la atención intrahospitalaria*

| Costos fijos | Promedio por día |
|---|---|
| Médico psiquiatra | MX$1,634.72 |
| Médico general | MX$1,334.90 |
| Enfermero | MX$857.77 |
| Trabajador social | MX$1,005.45 |
| Psicólogo clínico | MX$1,342.65 |
| Apoyo administrativo | MX$701.93 |
| Servicio de limpieza | MX$225.96 |
| Servicio de seguridad | MX$487.20 |
| Servicio de recolección de RPBI | MX$177.92 |
| Gas natural | MX$247.08 |
| Energía eléctrica | MX$3,985.12 |
| Material de utilería y curación | MX$3,095.31 |
| Material de limpieza | MX$921.18 |
| Telefonía e internet | MX$166.53 |
| Total | MX$16,183.72 |

Los gastos fijos por día serían de un promedio de MX$16,183.72. Los gastos variables, en cambio, se modifican de acuerdo con el número de pacientes hospitalizados y también varían dependiendo del tipo de tratamiento que se utiliza. (tabla 13)

Tabla 13. *Costos variables relacionados a la atención intrahospitalaria*

| Costos variables | Promedio por día por paciente |
|---|---|
| Comidas | MX$321.80 |
| Ropa hospitalaria | MX$14.04 |
| Ropa de cama | MX$20.42 |
| Total | MX$356.26 + Medicamento |

En este estudio se clasificó el tratamiento de los pacientes en cuatro grupos: antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado del ánimo y ansiolíticos. Por lo tanto, se calculó un promedio del costo por día de cada tipo de medicamento y se encontró lo siguiente.(tabla 14)

Tabla 14. *Costos según tipo de medicamento*

| | Costo por día por paciente |
|---|---|
| Antidepresivo | MX$1.12 |
| Antipsicótico | MX$4.92 |
| Estabilizador del estado del ánimo | MX$3.25 |
| Ansiolítico | MX$0.76 |

En la muestra estudiada fue común el uso de más de un tipo de medicamento, e incluso se encontraron pacientes cuyo esquema contenía los cuatro tipos de fármacos mencionados. Se encontraron las siguientes combinaciones de fármacos y se obtuvo su costo promedio por día de cada una. (tabla 15)

Tabla 15. *Costos según combinación de medicamentos*

| | **Costo por día por paciente** |
|---|---|
| Antidepresivo + Antipsicótico | MX$6.04 |
| Antidepresivo + Antipsicótico + Estabilizador | MX$9.29 |
| Antidepresivo + Antipsicótico + Estabilizador + Ansiolítico | MX$10.05 |
| Antidepresivo + Ansiolítico | MX$1.88 |
| Antidepresivo + Estabilizador | MX$4.37 |
| Antidepresivo + Estabilizador + Ansiolítico | MX$5.13 |
| Antipsicótico + Estabilizador + Ansiolítico | MX$8.93 |
| Antipsicótico + Antidepresivo + Ansiolítico | MX$6.80 |

De forma que, si un paciente utilizó solo un medicamento (antidepresivo, MX$1.12) o una combinación de los cuatro medicamentos (MX$10.05), más la suma de los costos de comidas, ropa hospitalaria y de cama (MX$356.26**)** podemos deducir que el promedio del costo variable que la URP invierte por paciente se encuentra entre MX$357.38 - MX$366.31.

# Capítulo 5. Análisis y discusión de resultados

Se incluyo a 88 pacientes con diagnóstico de TLP que presentaran al menos un internamiento, con una mediana de 28 años (p 25%, 23 años – p 75%, 36 años), con un mayor porcentaje (73.9%) de sexo femenino, estado civil solteros (58%), con educación media superior (40.9%) o básica (38.6%). Además, la mayoría de los pacientes presentaban una evolución menor a un año al momento de su evaluación (51.5%). Las principales comorbilidades de los pacientes fueron el trastorno depresivo (53.4%) y el trastorno de abuso de sustancias (23.8%).

El 54.5% de los pacientes fueron hospitalizados por primera vez y el 45.5% tuvieron un ingreso subsecuente. En el año 2019, la mediana de consultas a urgencias fue de 2 (1-3), mientras que la mediana de internamientos fue de 2 (1-2.7). Más de la mitad de los pacientes presentaron un internamiento de más de 10 días (79.3%), la mayoría de estos con un internamiento entre 10 y 20 días.

El 75% de los pacientes fueron tratados farmacológicamente previamente, y durante su ingreso, los tratamientos más requeridos por los pacientes fueron antidepresivos (88.7%), empleando principalmente algún tipo de inhibidor selectivo de la recaptura de la serotonina; antipsicóticos (72.7%), principalmente quetiapina, risperidona y olanzapina (antipsicóticos de segunda generación o “atípicos”); y estabilizadores del estado del ánimo (34%), principalmente ácido valproico o carbonato de litio.

En caso de requerirse el uso de tratamiento ansiolítico, se utilizaron principalmente benzodiacepinas de larga duración. Se encontró una adherencia al tratamiento baja en los pacientes (75.3%), así como una conciencia subjetiva nula o leve de la enfermedad en la mayoría de los pacientes (82.7%).

La presencia de conductas suicidas se identificó en la mayoría de los pacientes (96.6%) y es probable que esto contribuya a la necesidad de su ingreso. La presencia de conductas agresivas se asoció también con un aumento de reingreso (OR 3.92, IC 95% 1.51-10.18; p=0.004) . Además, el presentar un tratamiento farmacológico previo al ingreso (OR 5.10, IC 95% 1.54-16.79; p=0.004) y tener una evolución mayor de un año (OR 6.40, IC 95% 2.52-16.26; p<0.001) se asociaron como factores de riesgo de reingreso en pacientes con TLP.

Se halló que, en pacientes con un ingreso de primera vez, la duración del internamiento fue menor que en pacientes con un ingreso subsecuente.

Se encontró que el recibir tratamiento antidepresivo (P = 0.005) y tener adherencia al tratamiento (P = 0.001) fue mayor en los pacientes sin reingreso, mientras que el recibir tratamiento estabilizador del estado del ánimo fue mayor en pacientes con reingreso (P = 0.003).

Por otro lado, la presencia de depresión grave se asoció como factor protector de más de 2 internamientos ((OR 0.30, IC 95% 0.10-0.84; p=0.019).

En cuanto a los costos relacionados a la atención intrahospitalaria de los pacientes en la URP, se dividieron en costos fijos y variables. Por lo tanto, se obtuvo un promedio de los costos fijos y variables utilizados para la atención intrahospitalaria de los pacientes con TLP internados en la URP, dando un total de los costos fijos de MX$16,183.72 y de los costos variables de MX$357.38 a MX$366.31.

# Capítulo 6. Conclusión

El TLP es un trastorno mental severo y heterogéneo caracterizado por un patrón de difusión de la identidad, conflictos interpersonales e inestabilidad crónica, con episodios de descontrol afectivo e impulsivos severos. (APA, 2013) Por tanto, y como se menciono previamente,  el TLP es un problema de salud pública mayor, con una prevalencia del 1% en la comunidad. (Ellison et al., 2018)

Los pacientes con TLP son usuarios frecuentes de los servicios de hospitales psiquiátricos y suelen consumir altos niveles de atención médica y recursos. Como se ha revisado, los pacientes con TLP suelen ser atendidos inicialmente en el departamento de urgencias, con frecuencia debido a autolesiones, conductas suicidas o tras un intento de suicidio y pueden requerir hospitalización para dar contención e intervenir en la crisis aguda. También se observa que la hospitalización no planificada y prolongada de pacientes con TLP en un entorno psiquiátrico general puede tener un valor incierto e incluso según algunos autores, consecuencias negativas.

El objetivo principal de esta investigación fue el de describir los factores clínicos y sociodemográficos asociados al internamiento de pacientes con diagnóstico de TLP internados en la URP de los SSNL, así como los costos de su atención intrahospitalaria, con el fin de conseguir un mejor entendimiento de los mecanismos que contribuyen a su internamiento.

En este estudio la presencia de conductas suicidas se identificó en la mayoría de los pacientes y aunque no se encontraron relaciones significativas entre estas variables y las variables de internamiento, es posible que las conductas suicidas contribuyan a la necesidad de su ingreso. Esto debido a que una de las principales razones de internamiento en pacientes con TLP es la conducta suicida, sabiendo que tres cuartos de los pacientes con TLP tienen intentos suicidas y aproximadamente el 10% completan el suicidio. (Wedig, 2012) De forma que es muy importante tener en mente que la incidencia de conductas suicidas encontrada en este estudio fue muy alta.

Además, la evidencia sugiere que un factor de riesgo importante para la conducta suicida es la presencia de comorbilidad psiquiátrica, principalmente la depresión, el trastorno de abuso de sustancias, o ambos. (Black et al., 2004) En este trabajo la mayoría de los pacientes presentaron alguna comorbilidad psiquiátrica, siendo las más prevalentes la depresión grave y el trastorno de abuso de sustancias, lo que demuestra la importancia de su manejo temprano y el desarrollo de estrategias preventivas, para prevenir el riesgo de suicidio, así como de internamiento en este grupo de pacientes.

Se identificó que el tener una evolución mayor de un año, tener tratamiento previo al ingreso y la presencia de conductas agresivas aumentaban el riesgo de reingresos.

Asimismo, los pacientes que fueron reingresados presentaron un mayor tiempo de estancia hospitalaria. Con relación a estos datos, sería interesante ver si y como influye la

percepción subjetiva del médico que realiza el abordaje en el hospital y si esto se relaciona con el mayor tiempo de internamiento que presentan los pacientes.

Por otro lado, la presencia de depresión grave se asoció como factor protector de más de 2 internamientos, y esto podría relacionarse a que los pacientes con depresión reciben una atención más especializada, y que el manejo más específico de esta comorbilidad podría disminuir el riesgo de reingreso.

Se encontró también que la adherencia al tratamiento se asocia con un menor número de reingresos, lo cual es un factor importante para considerar como factor predictivo de hospitalización, y una oportunidad de trabajo en estos pacientes.

A la par, se obtuvieron los costos a la atención intrahospitalaria de pacientes de la URP, dando un costo promedio de gastos fijos de MX$16,183.72 y un promedio de los costos variables de MX$357.38 a MX$366.31. Por costos fijos se entiende aquellos gastos que permanecen constantes ante variaciones en el nivel de actividad o producción. Y por costos variables, se refiere a los gastos que cambian en proporción a la actividad de una empresa. (Buján Pérez, 2018)

En resumen, tomando en cuenta los resultados encontrados en este estudio se puede destacar que: la presencia de conductas suicidas se identifico en la mayoría de los pacientes; la adherencia al tratamiento fue mayor en pacientes sin reingreso; la evolución mayor de un año de la enfermedad, la presencia de conductas agresivas y el tratamiento

previo al ingreso aumentaban el riesgo de reingreso; la evolución mayor de un año de la enfermedad aumentaba el riesgo de más de dos internamientos; y que, en pacientes con reingreso, el número de días internados fue mayor que en pacientes de primera vez.

Con el hallazgo de estos datos, se puede proponer plantear un manejo más especializado donde se de un seguimiento más estrecho a estos pacientes. La aplicación de un modelo de internamiento breve en la URP podría lograr abordar de forma más directa los factores relacionados al reingreso de estos pacientes (como el tiempo de evolución de la patología, la presencia de conductas agresivas y la adherencia al tratamiento).

Como se reviso previamente, el sistema GOLDBIT de Siefert integra recomendaciones de expertos en el desarrollo de un abordaje estructurado para el manejo de pacientes con TLP durante su hospitalización. La aplicación de este modelo se considera cuando el paciente tiene un diagnóstico de TLP, un historial de internamientos frecuentes, antecedentes de un mal seguimiento y una pobre adherencia a su tratamiento, factores que se pueden encontrar en los pacientes evaluados en esta investigación. Y, al tratarse de un abordaje perfeccionado en un hospital psiquiátrico general, seria factible intentar su implementación en la URP.

Igualmente, si se llegara a implementar un modelo de internamiento breve, podría esperarse una reducción en los gastos del manejo de estos pacientes. Esto puede suponerse debido a que el 79.3% de la muestra de este estudio presentó un internamiento de 10 días o más, por lo que al reducir el tiempo de internamiento (por ejemplo, de 5 a 10 días como

propone el modelo GOLDBIT revisado en el marco teórico) se puede esperar una reducción en los costos de la atención intrahospitalaria de estos pacientes.

Habiendo identificado ya los costos relacionados a su manejo durante el año 2019, donde el costo fijo por día fue de MX$16,183.72 y el costo variable por día fue un promedio de MX$357.38 a MX$366.31, se intentaría encontrar una reducción en los costos variables. Como se menciono previamente, los costos variables son los mismos que se modifican de acuerdo con el número de pacientes hospitalizados y son aquellos que se podrían reducir si se disminuyeran los días de estancia intrahospitalaria de estos pacientes. De tal forma que, de implementar el modelo GOLDBIT, donde el promedio de internamiento es de 5 a 10 días, podría esperarse una reducción en los costos de comida, ropa hospitalaria, ropa de cama y sobretodo, una reducción en los costos de medicamentos.

En esta investigación fue frecuente encontrar que los pacientes estuvieran bajo esquemas de tratamiento con dos, tres y hasta cuatro psicofármacos. Estos hallazgos concuerdan con la literatura, donde se menciona que los pacientes con TLP tienden a estar sobremedicados. Es posible suponer que en estos pacientes se hace necesario el uso de polifarmacia debido a la falta de psicoterapias estructuradas y basadas en evidencia, que constituyen el tratamiento de primera línea en el TLP. Al utilizar el modelo GOLDBIT, se podría trabajar de forma más directa y específica con estos pacientes, ya que el objetivo de este modelo es lograr un manejo mas integral, donde se combine el uso de fármacos con la psicoterapia.

Por lo tanto, al implementarse intervenciones clínicas ambulatorias a más largo plazo, como la terapia dialéctico conductual o la terapia basada en mentalización, junto con el modelo GOLDBIT de internamiento breve, podría esperarse una reducción en el número de hospitalizaciones de estos pacientes y una reducción en los días de internamiento, lo que se traduce en una reducción de los gastos variables de la institución.

Cabe mencionar que, dentro de las limitantes de este estudio, se trabajó solamente con los datos proporcionados por el departamento de administración de la URP y que estos datos no necesariamente reflejan el costo real para la población general, sino solo para la institución que los utiliza. Pero esto abre pie a que investigaciones futuras puedan realizar un estudio socioeconómico más profundo sobre los costos en la atención intrahospitalaria de la URP.

Otra de las limitaciones de esta investigación fue que, al tratarse de estudio retrospectivo donde los datos obtenidos fueron de expedientes y notas realizados por una población heterogenia de médicos y residentes del área de psiquiatría de la URP, pueden existir sesgos a la hora de codificar el diagnóstico, el tratamiento y otras variables utilizadas. De igual manera, no se contaron con medidas estandarizadas para la obtención de ciertas variables, como el apego al tratamiento, conducta suicida (con o sin conducta violenta) o la conciencia de enfermedad.

Finalmente, se plantea la posibilidad de que futuros estudios puedan dar continuidad a esta investigación con la implementación de un modelo de internamiento breve en la URP,

con el fin de abarcar los factores de riesgo encontrados en estos pacientes y de proporcionar un abordaje más estructurado e integral para el manejo del TLP.

# Anexos

## Anexo 1: Hoja de Recolección de Datos

| | Nombre | Tipo | Anchura | Decimales | Etiqueta | Valores | Perdidos | Columnas | Alineación | Medida | Rol |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | folio | Numérico | 8 | 0 | folio | Ninguno | Ninguno | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 2 | edad | Numérico | 8 | 0 | edad | Ninguno | 99 | 8 | Derecha | Escala | Entrada |
| 3 | sexo | Numérico | 8 | 0 | sexo | {1, femenino... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 4 | edocivil | Numérico | 8 | 0 | estado civil | {1, soltero}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 5 | escolaridad | Numérico | 8 | 0 | escolaridad | {1, primaria}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 6 | ocupación | Numérico | 8 | 0 | Empleo | {1, emplead... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 7 | evolTLP | Numérico | 8 | 0 | tiempo de evolu... | {1, < 1 año}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 8 | comorbpsiq | Cadena | 8 | 0 | comorbilidad ps... | Ninguno | Ninguno | 29 | Izquierda | Nominal | Entrada |
| 9 | comorbpsiq2 | Cadena | 8 | 0 | comorbilidad ps... | Ninguno | 99 | 8 | Izquierda | Nominal | Entrada |
| 10 | comorbpsiq3 | Cadena | 8 | 0 | comorbilidad ps... | Ninguno | 99 | 8 | Izquierda | Nominal | Entrada |
| 11 | comorbmed | Numérico | 8 | 0 | comorbilidad m... | {0, Ninguna}... | 99 | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 12 | tipoingreso | Numérico | 8 | 0 | tipo de ingreso | {1, primera v... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 13 | numconsultas | Numérico | 8 | 0 | número de con... | Ninguno | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 14 | numinterna... | Numérico | 8 | 0 | número de inter... | Ninguno | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 15 | duracióninte... | Numérico | 8 | 0 | duración del últi... | {1, <10}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 16 | conductasa... | Numérico | 8 | 0 | conductas hete... | {1, si}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 17 | conductass... | Numérico | 8 | 0 | conductas suici... | {0, no}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 18 | tratamiento... | Numérico | 8 | 0 | Tratamiento pre... | {1, si}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 19 | antidepresivo | Numérico | 8 | 0 | tratamiento al i... | {0, Ninguno}... | 99 | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 20 | antipsicotico | Numérico | 8 | 0 | tratamiento al i... | {0, Ninguno}... | 99 | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 21 | estabilizado... | Numérico | 8 | 0 | tratamiento al i... | {0, Ninguno}... | 99 | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 22 | ansioliticos | Numérico | 8 | 0 | tratamiento al i... | {0, Ninguno}... | 99 | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 23 | adherenciatx | Numérico | 8 | 0 | adherencia a tr... | {1, si}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |
| 24 | concienciaenf | Numérico | 8 | 0 | conciencia subj... | {1, nula}... | 99 | 8 | Derecha | Desconocido | Entrada |

# Referencias


Álvarez Tomás, I., Andión Pérez, Ó., Barral Picado, C., Calvo Piñero, N., Casadella Ventura, M., Casañas Sánchez, R., & Estrada Sabadell, M. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. (G. de trabajo de la guía de práctica Clínica & sobre trastorno límite de la Personalidad., Eds.). Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5* (5th editio).

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*, *18*(3), 226–239. https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445

Buján Pérez, A. (2018). Enciclopedia Financiera.

Dawson, D. (1993). Relationship Management and the Borderline Patient. *Canadian Family Physician*, *39*, 833–839.

Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *41*(4), 561–573. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008

Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings . Part 1 : Borderline personality disorders. *Cambridge University Press*, *10*(2), 93–99. https://doi.org/https://doi.org/10.1192/apt.10.2.93

Font Domenech, E. (2019). Trastorno límite de la personalidad: Revisión sistémica de las intervenciones TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, *30*(113), 197–212.

Fowler, J. C., Clapp, J. D., Allen, J. G., Frueh, B. C., Oldham, J. M., Fowler, J. C., … Oldham, J. M. (2017). A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. *Journal of Affective Disorders*, (235), 323–331. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.054

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Publishing Group*, *4*, 1–21. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29

Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaasenbrood, A., & Achterberg, T. Van. (2009). Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder : A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, *50*, 65–75. https://doi.org/10.1111/ppc.12023

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *377*(9759), 74–84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5

Leontieva, L., & Gregory, R. (2013). Characteristics of patients with borderline personality disorder in a state psichiatric hospital. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 222–232. https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.222

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. *British Psychological Society*.

National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council.

Nelson, K. J., Zagoloff, A., Quinn, S., Swanson, H. E., & Garber, C. (2014). Review: Borderline personality disorder: treatment approaches and perspectives. *Clinical Practice*, *11*(3), 341–349.

Oldham, J. M., Gabbard, G. O., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., Phillips, K. A., & Consultant, M. D. (2005). *Practice Guideline fo the Treatment of Patients With Borderline Personality*. American Psychiatric Association.

Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, *18*(3), 240–247. https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.240.35443

Paruk, L., & Janse van Rensburg, A. (2016). Inpatient management of borderline personality disorder at Helen Joseph Hospital , Johannesburg. *South African Journal of Psychiatry*, *22*(1), 1–8. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4102/ sajpsychiatry.v22i1.678 Copyright:

Pascual, J., Córcoles, D., Castaño, J., Ginés, J., Gurrea, A., Martín-Santos, R., … Bulbena, A. (2007). Hospitalization and Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, *58*(9), 1199–1204. https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1199

Rydin, E., Asberg, M., Edman, G., Violent, S. D., Rydin, E., Asberg, M., & Edman, G. (1990). Violent and nonviolent suicide attempts - a controlled Rorschach study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *82*, 30–39. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb01351.x

Siefert, C. J. (2012). A Goal-Oriented Limited-Duration Approach for Borderline Personality Disorder During Brief Inpatient Hospitalizations. *Psychotherapy*, *49*(4),

502–518. https://doi.org/10.1037/a0026128

Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The Frequency of Personality Disorders in Psychiatric Patients. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*, 405–420. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.015

# Curriculum vitae de la autora

María Fernanda Flores Mejía

Registro del CVU oficial del CONACYT: 824782

Información Personal

Dr. Juan de Dios Treviño #205, San Jerónimo, Monterrey, Nuevo León, México. C.P. 64634

Casa: (81) 81439258 Celular: 8110777153

fernanda.floresme@gmail.com

Fecha de Nacimiento: 19/09/1989

Nacionalidad: mexicana.

Formación Académica

| | |
|---|---|
| Marzo 2017- Actual | Especialidad Médica en Psiquiatría (*cursando*)<br><br>Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de SSNL.<br>Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas<br>ITESM-SSNL |
| Agosto 2008 – Mayo 2013 | Licenciatura en Médico Cirujano y Partero<br>Universidad de Monterrey<br>San Pedro Garza García, Nuevo León, México<br>Cédula profesional: 9499951 |
| Agosto 2005 – Junio 2008 | Preparatoria<br>Liceo de Monterrey<br>Preparatoria afiliada al Bachillerato Internacional (BI)<br>San Pedro Garza García, Nuevo León, México |

Otros Estudios

Octubre – Noviembre 2016 Diplomado Arte y Pedagogía: El poder formativo del arte

Museo MARCO
Monterrey, México

Septiembre – Noviembre 2013 Diplomado en Inglés Médico

ILSC Education Group
Vancouver, B.C., Canadá

Experiencia

Febrero 2015 – Enero 2016 Servicio Social

Universidad de Monterrey
Departamento de Especialidades Médicas
Actividades: Orientación y seguimiento a candidatos interesados en realizar una especialidad médica, asistencia a conferencias y brigadas médicas, actualización de programas analíticos.

Enero – Diciembre 2015 Internado de Pregrado

Instituto Mexicano del Seguro Social
Rotación en Hospital General de Zona #6 por las áreas de: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Urgencias, Medicina interna, Medicina familiar y Cirugía.

Idiomas

– Español: Lengua natal
– Inglés: Avanzado

Cursos, Certificados Y Congresos

- Certificación por el Consejo Mexicano de Psiquiatría

Consejo Mexicano de Psiquiatría A.C. - 2020

- 1er Congreso Virtual APM 2020

Asociación Psiquiátrica Mexicana - 2020

- Curso Salud Mental Durante la Pandemia Covid-19

Secretaria de Salud – 2020

- Curso Salud mental en primeros respondientes

Secretaría de Salud - 2020

- Taller De Liderazgo, Gestión Del Cambio Y Educación Para Jefes De Residentes

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud – 2020

- XXVI Congreso Nacional De Psiquiatría, Psiquiatría Y Salud Mental Sus Retos De Innovación Ante Un Cambio De Época.

Asociación Psiquiátrica Mexicana – 2019

- Taller de acompañamiento terapéutico para el aprendizaje de estrategias para la vida diaria del cuidado de personas con enfermedades de salud mental por Mgter Dante Orlando Tolosa.

Comenzar de Nuevo A.C. y U-ERRE. - 2019

- X Encuentro Regional de Residentes de Psiquiatría

2018

- 3º Simposium de Actualidades en Psiquiatría, *Retos de la Salud Mental en el Siglo XXI*

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Secretaría de Salud de Nuevo León y la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud - 2018

---

Publicaciones Y Distinciones

- Profesionalismo Y Ética En El Uso De La Telepsiquiatría En México

Saucedo-Martínez, D. Flores-Mejía, M. Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. 2020.vol.1.Num.1:26-29

- 1º Lugar En El Concurso De Carteles Categoría Estudiantes

XXVI Congreso Nacional De Psiquiatría, Psiquiatría Y Salud Mental Sus Retos De Innovación Ante Un Cambio De Época.

Asociación Psiquiátrica Mexicana - 2019

- Síndrome De Dependencia A Tramadol Y Su Tratamiento Hospitalario En Una Unidad De Psiquiatría En México.

Rogers A. Pezoa Patiño, María F. Flores Mejía. Acta Médica de la UNSA, Vol. III Nº 1 (29-33) 2019

Actualizado: Noviembre 2020