

F. Lana<sup>1</sup>  
M. I. Fernández San Martín<sup>2</sup>  
C. Sánchez Gil<sup>1</sup>  
E. Bonet<sup>3</sup>

# Estudio de los trastornos de personalidad y de la utilización de servicios en la población clínica atendida en la red de salud mental de un sector sanitario

<sup>1</sup> Centros Asistenciales Dr. Emilio Mira y López  
Campus Torribera  
Diputación de Barcelona  
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

<sup>2</sup> Servicio de Atención Primaria Litoral  
Epidemiología y Medicina Preventiva  
Barcelona

<sup>3</sup> Servicio de Psiquiatría  
Hospital Parc Taulí  
Sabadell (Barcelona)

**Introducción.** Los trastornos de personalidad (TP) constituyen un problema clínico y asistencial creciente. En España los estudios de los TP y de la utilización de servicios de salud mental (SM) en población clínica son escasos. Sin embargo, estos datos son necesarios para planificar la asistencia de los TP.

**Método.** Se han estudiado todos los pacientes atendidos durante 1 año en el conjunto de los servicios psiquiátricos (n=2.701) y por separado en los servicios hospitalarios (n=193) y ambulatorios (n=2.649). Se han incluido todos los pacientes diagnosticados de TP mediante entrevista clínica (criterios DSM-IV-TR). Se han investigado variables demográficas, clínicas y uso de servicios de SM.

**Resultados.** La proporción de TP en el conjunto de la población atendida fue del 11% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 9,8-12,2) y en los servicios hospitalarios y ambulatorios del 17,6% (IC 95%: 12,9-23,6) y 10,3% (IC 95%: 9,2-11,5), respectivamente. Los TP más representados fueron el límite (25,7%), el histriónico (24%) y el obsesivo-compulsivo (6,4%), y el 19,6% fueron TP no especificado. Los TP hicieron una utilización importante de los recursos de salud mental (hospitalarios, ambulatorios y urgencias). Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancias fueron los más comórbidos en el eje I.

**Conclusiones.** El estudio de los TP atendidos en los servicios de SM de un distrito sanitario mediante evaluación clínica es un instrumento económico, sencillo y reproducible para planificar la asistencia de los TP.

**Palabras clave:**

Trastorno de personalidad. Utilización de servicios. Comorbilidad. Distrito sanitario.

*Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(6):331-336

## Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area

**Introduction.** Personality disorders (PD) are a growing clinical and health care problem. In Spain, the studies of PD and utilization of the Mental Health Services (MHS) in the clinical population are scant. However, these data are necessary in the planning of MHS for PD.

**Method.** We studied all the patients attended throughout one year in all the psychiatric departments (n=2701), and separately in the inpatient (n=193) and outpatient (n=2649) psychiatric services. All the patients diagnosed with PD by clinical interview (DSM-IV-TR criteria) were included. Demographic and clinical variables as well as use of MHS were studied.

**Results.** The proportion of PD in the population attended was 11% (95% CI: 9.8%-12.2%) and in the inpatient and outpatient psychiatric services 17.6% (95% CI: 12.9%-23.6%) and 10.3% (95% CI: 9.2%-11.5%), respectively. The most representative PD were borderline (25.7%), histrionic (24%) and obsessive-compulsive (6.4%) and 19.6% were not otherwise specified PD. PD accounted for an extensive use of mental health resources (inpatient, outpatient and emergency units). The most comorbid conditions in axis I were affective, anxiety and substance-related disorders.

**Conclusions.** The study of PD attended in the MHS in a community area by means of clinical evaluation is an economical instrument, which is easily applied and replicated in planning of MHS for PD.

**Key words:**

Personality disorder. Service utilization. Comorbidity. Community area.

**Correspondencia:**

Fernando Lana  
Centros Asistenciales Dr. Emilio Mira y López  
Campus Torribera  
Prat de la Riba, 171  
08921 Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)  
Correo electrónico: lanamf@diba.es

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad (TP) constituyen un problema clínico y asistencial de complejidad cada vez mayor tanto cualitativamente (trastornos graves de conducta, comorbilidad, adhesión al tratamiento escasa, etc.) como por su prevalencia. Sin embargo, el estudio de los TP en la pobla-

ción general ha tenido una suerte desigual. En unos estudios ha merecido escasa atención<sup>1-3</sup>, en otros, al utilizar instrumentos generales para la detección de trastorno mental, se han obtenido prevalencias muy bajas<sup>4,5</sup>; finalmente las investigaciones realizadas fuera de España con instrumentos específicos para la detección de TP han proporcionado resultados más ajustados y relativamente homogéneos<sup>6,7</sup>.

Por otro lado se encuentran los trabajos realizados en población clínica atendida que aportan datos complementarios de interés clínico y asistencial<sup>4,8</sup>. Los estudios en centros psiquiátricos son muy numerosos, pero presentan resultados muy variables en función de criterios de muestreo y de diagnóstico<sup>5</sup>. Para su análisis es útil omitir los realizados en hospitales psiquiátricos con estancias hospitalarias prolongadas y en unidades con patologías específicas. Cuando se investigan los pacientes ingresados, la proporción de TP en población clínica oscila entre el 6,4 y el 11,6% si el diagnóstico se realiza mediante evaluación clínica<sup>4,9</sup> (EC) y entre el 36 y el 81% si se utilizan instrumentos de evaluación estandarizada<sup>10,11</sup> (IES). Los estudios con pacientes ambulatorios publican cifras entre el 5 y el 12,9% mediante EC<sup>12,13</sup> y entre el 31,4 y el 81% mediante IES<sup>14,15</sup>. Finalmente hay estudios con pacientes hospitalizados y ambulatorios, aunque es difícil establecer si la muestra incluye la totalidad de pacientes psiquiátricos atendidos en la red de salud mental (SM). En éstos, la proporción en población clínica es del 10,8% mediante EC<sup>16</sup> y oscila entre el 14 y el 73,5% mediante IES<sup>4,17</sup>.

Los datos disponibles coinciden en que los TP se cuentan entre los pacientes más habituales de los servicios médicos<sup>4</sup>, utilizan intensamente los servicios psiquiátricos (hospitalarios y ambulatorios) incluso por encima de los pacientes con trastorno depresivo mayor<sup>18</sup> y entre los reingresos están más representados de lo que sería esperable<sup>19</sup>. Asimismo, tanto los profesionales como los propios pacientes y sus familias están insatisfechos con la asistencia actual y demandan nuevos recursos. No obstante, los TP integran un grupo muy heterogéneo de pacientes cuyas necesidades asistenciales posiblemente son muy diferentes<sup>20,21</sup>. En España los estudios que investigan la proporción de TP en población clínica y la utilización de servicios de SM son escasos y los existentes aportan datos limitados al ámbito hospitalario o ambulatorio<sup>22</sup> sin considerar el conjunto de los servicios de SM de un sector sanitario. Sin embargo, estos datos podrían ser útiles para la planificación de nuevos programas terapéuticos y el análisis de la variabilidad asistencial<sup>19,23</sup>. Este trabajo tiene como objetivo: *a)* estudiar la proporción de TP en la población clínica atendida en el conjunto de los servicios de SM de un sector sanitario, y *b)* evaluar la utilización de recursos ambulatorios y de hospitalización por los pacientes con TP.

## MÉTODOS

### Sujetos

El estudio se ha realizado en las unidades ambulatorias y hospitalarias de los Centros Asistenciales Dr. Emilio Mira y

López (CAEM) de Santa Coloma de Gramanet (SCG). La ciudad está situada en la corona metropolitana de Barcelona y tiene 117.127 habitantes; los CAEM son el referente de SM de la totalidad de los servicios de salud de la zona. Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se han incluido todos los pacientes atendidos durante el año 2003 que presentaban algún TP (como primer o segundo diagnóstico). Para evitar pérdidas y casos repetidos la base de datos del centro de salud mental (CSM) se ha comparado con la del hospital. Así se han identificado 2.649 pacientes en el CSM (929 como primera consulta y 1.720 en seguimiento) y 52 casos más que sólo estaban registrados en el hospital. El estudio se ha realizado sobre estos 2.701 pacientes.

### Valoraciones y diagnóstico

El diagnóstico de TP se ha realizado mediante entrevista clínica según criterios DSM-IV-TR<sup>24</sup>, pero en el registro de casos éste quedó codificado según la modificación clínica de la CIE-9 (CIE-9-CM<sup>25</sup>) exigida desde el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Como la fiabilidad de los diagnósticos realizados en urgencias es más baja para los casos en los que el diagnóstico de TP sólo se ha realizado en esta unidad, la inclusión ha sido más exigente y ha precisado o bien tres diagnósticos en urgencias de TP durante 2003 o bien un diagnóstico de TP en urgencias, pero corroborado en un ingreso durante los 5 años previos. Los criterios de exclusión han sido: *a)* diagnóstico comórbido de trastorno esquizofrénico (16 casos), esquizofreniforme, esquizoafectivo (1 caso), bipolar I (1 caso), retraso mental moderado o mayor (1 caso), trastorno cognoscitivo (1 caso) y debido a enfermedad médica, pues éstos pueden condicionar una diferente utilización de servicios, y *b)* no residir en SCG. Se han investigado variables demográficas (edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento y situación laboral), clínicas (clúster y tipo específico de TP, antecedentes personales psiquiátricos y comorbilidad de otros trastornos en el eje I) y de utilización de servicios (frecuencia de visitas a los centros de SM y urgencias, número de ingresos y días de estancia en unidad de agudos, subagudos, hospital de día y centro de día).

### Análisis estadístico

Los porcentajes, salvo indicación expresa, se han calculado con relación con la totalidad de la muestra de TP. Se han comparado los porcentajes, junto con sus intervalos de confianza (IC) del 95%, y se han señalado aquellos porcentajes cuyos IC no se solapan con el IC de la proporción de TP calculada para todos los pacientes.

## RESULTADOS

Según los criterios de inclusión, se detectaron un total de 296 TP, 162 (54,7%) como primer diagnóstico y 134 (45,3%) como segundo diagnóstico. La mayoría, 273 TP (92,2%),

fueron identificados en el CSM, mientras que 12 (4,1%) y 11 (3,7%) fueron atendidos sólo en la unidad de agudos o en urgencias, respectivamente. Por tanto, la proporción de TP en población clínica atendida en la totalidad de los servicios psiquiátricos (n=2.701) fue del 11% (IC 95%: 9,8-12,2). La proporción de TP en la unidad de agudos, urgencias, hospital de día y CSM figura en la tabla 1. El perfil del TP fue: mujer (58,4%), soltera (42,9%), nacida en Cataluña (55,1%), que desempeña un trabajo no cualificado (31,8%) o cualificado (17,6%), que realizó la primera consulta en nuestro centro a los 37 años (desviación estándar [DE]: 13,9) y que

desde entonces han transcurrido una media de 4,8 años (DE: 4,9). La edad media fue de 41,8 años (desviación estándar [DE]: 14,1); por grupos de edad: 18-24 años (8,1%), 25-34 años (31,4%), 35-49 años (32,1%), 50-64 años (21%) y 65 años o más (7,4%). Los TP más representados fueron (fig. 1) el límite (25,7%), el histriónico (24%) y el obsesivo-compulsivo (6,4%); un 19,6% fue diagnosticado de TP no especificado (NS). Por clústers, el 54,1% pertenecían al clúster B, el 15,5% al C y el 10,8% al A. En el 77,7% de los TP coexistía un diagnóstico en el eje I; los trastornos más frecuentes junto con los antecedentes personales psiquiátricos se resumen en la tabla 2.

Respecto a la utilización de servicios (tabla 1), destacan los porcentajes que los TP presentaron entre los ingresos en la unidad de agudos, las consultas de urgencias, los ingresos y las estancias en hospital de día y las consultas de seguimiento totales y las realizadas por facultativos en el CSM. En cuanto al número de consultas en el CSM, se pudieron diferenciar dos grupos de TP relevantes: el primero, 72 TP (24,3%), realizó menos de 3 consultas al año; el segundo, 47 TP (15,9%), realizó más de 15 consultas al año.

Tabla 1	Proporción en población clínica y utilización de servicios			
	Total		Trastornos de personalidad	
	n	n	%	IC 95%
<b>Proporción en población clínica (pacientes atendidos)</b>				
El conjunto de la red de servicios*	2.701	296	11	9,8-12,2
Unidad de agudos	193	34	17,6**	12,9-23,6
Urgencias	721	72	10	8-12,4
Hospital de día	17	6	35,3**	17,3-58,7
Centro de salud mental	2.649	273	10,3	9,2-11,5
Como primera consulta	929	63	6,8**	5,3-8,6
Como seguimiento	1.720	210	12,2	10,8-13,8
Altas	513	29	5,7**	4-8
<b>Utilización de servicios</b>				
Unidad de agudos				
Número de ingresos	306	61	19,9**	15,8-24,8
Estancias (días)	7.807	998	12,8	12,1-13,5
Urgencias				
Número de consultas	1.340	206	15,4**	13,5-17,4
Hospital de día				
Número de ingresos	17	6	35,3**	17,3-58,7
Estancias (días)	3.040	841	27,7	26,1-29,3
Centro de salud mental				
Número de consultas de seguimiento totales	14.974	2.611	17,4**	16,8-18,1
Número de consultas de seguimiento facultativas***	11.602	2.330	20,1**	19,4-20,8
Número de consultas de seguimiento no facultativas****	3.372	281	8,3**	7,4-9,3

\*La unidad de subagudos y el centro de día no atendieron a pacientes con trastornos de personalidad durante 2003. \*\*El porcentaje, junto al intervalo de confianza del 95%, es significativamente mayor o menor a lo esperable (entre el 9,8 y el 12,2). \*\*\*Realizadas por psiquiatría o psicología. \*\*\*\*Realizadas por enfermería o trabajo social.

### DISCUSIÓN

La proporción de TP en la población clínica atendida en la totalidad de los servicios psiquiátricos (11%) podría estar condicionada por las características sociodemográficas y los hábitos asistenciales de la población del sector sanitario investigado. Sin embargo, el resultado es muy similar al obtenido en Nueva York por Oldham y Skodol<sup>16</sup> (10,8%) con pacientes ambulatorios e ingresados mediante EC en los que se

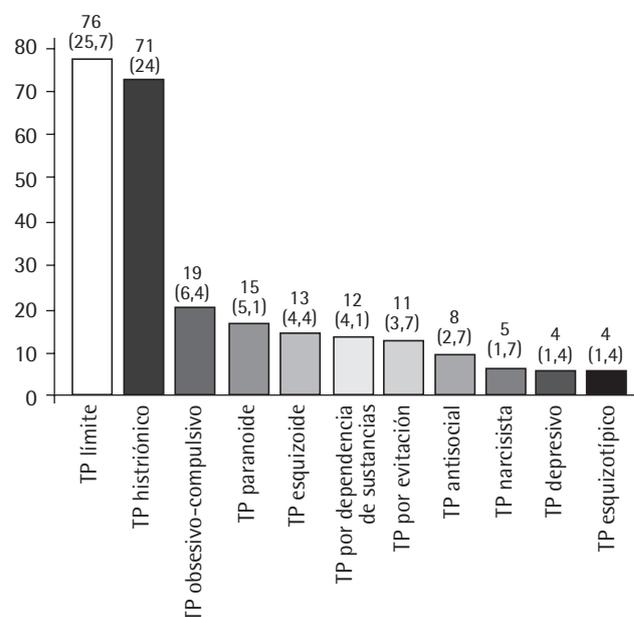


Figura 1 Distribución de los trastornos de personalidad (TP) en la muestra (porcentaje).

Tabla 2	Comorbilidad y antecedentes psiquiátricos	
	Trastornos de personalidad (n = 296)	
	n	%
<b>Diagnóstico eje I</b>		
Distimia	73	24,7
Trastorno de ansiedad	50	16,9
Trastorno por consumo de sustancias	26	8,8
Trastorno del estado ánimo (otros*)	17	5,7
Trastornos adaptativos	17	5,7
Trastorno psicótico (otros**)	14	4,7
Retraso mental leve	6	2
Trastornos somatomorfos	5	1,7
Otros	10	3,4
Total	230	77,7
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>		
Trastorno del estado de ánimo	90	30,4
Trastorno de ansiedad	54	18,2
Trastorno por consumo de sustancias	38	12,8
Trastorno psicótico	23	7,8

\*Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar II, trastorno depresivo no significativo. \*\*Trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no significativo.

investigó más de un diagnóstico. Por el contrario, difiere bastante del porcentaje de TP (4,4%) en población clínica en Navarra<sup>26</sup> durante 2003, obtenida sólo con el diagnóstico primario. En los estudios con población clínica es muy importante investigar más de un diagnóstico; así, en nuestro estudio sin incluir la EC del segundo diagnóstico la proporción de TP hubiera quedado en el 6%. La proporción de TP en los pacientes ambulatorios (10,3%) se encuentra en el rango alto (5-12,9%) de lo publicado por estudios previos realizados mediante EC<sup>12,13</sup>. Por el contrario, la proporción de TP en los pacientes hospitalarios (17,6%) es superior a la obtenida en trabajos previos realizados con EC<sup>4,9</sup> (6,4-11,6%). La proporción de TP en los pacientes de hospitales de día (35,3%) es muy elevada debido a que en esta unidad desde 2001 existe un programa terapéutico específico<sup>27</sup>. No obstante, todas estas cifras están muy por debajo de las obtenidas por los estudios que utilizan IES y, como ha demostrado el grupo de Zimmerman<sup>28</sup>, pueden escapar al diagnóstico muchos TP si no se utilizan estos instrumentos. Las investigaciones con IES aportan datos de gran valor epistemológico y nosológico que no hacen sino confirmar la importancia psicopatológica de los TP. Sin embargo, es controvertido si estos datos reflejan la verdadera realidad clínica y su utilidad para planificar y gestionar los servicios de SM. Este hecho queda muy bien reflejado en el estudio de Reich y Trough-

ton<sup>29</sup>, que investigó la proporción de TP en pacientes hospitalizados, ambulatorios y controles sanos obteniendo cifras de 43, 55 y 20%, respectivamente. Aunque es interesante que una quinta parte de las personas aparentemente sanas cumpla criterios de TP, cabe preguntarse en qué medida este dato es clínicamente relevante.

Los TP más representados fueron el límite y el histriónico y en consecuencia los TP más comunes fueron los del clúster B y los menos comunes los del clúster A. Estos datos coinciden con la mayoría de trabajos publicados<sup>4,13,16</sup> en muestras clínicas que realizaron el diagnóstico mediante EC. Sin embargo, en varios trabajos<sup>4,30,31</sup> que utilizaron IES, los TP límite, por evitación y por dependencia de sustancias fueron los más comunes. Esto concuerda con los datos del DSM-IV-TR<sup>24</sup> y por tanto es muy probable que los TP del clúster C hayan sido infradiagnosticados. Es posible que el clínico tienda a diagnosticar más los TP graves, aquellos con los que es más difícil la alianza terapéutica o que son más propensos a utilizar los servicios de hospitalización y urgencias. Que los clínicos piensen poco en los TP del clúster C merece una reflexión, pues puede ser una importante variable en la predicción de la historia natural de los trastornos del eje I<sup>4</sup>, especialmente entre los pacientes que refieren síntomas psiquiátricos mixtos (ansiosos, depresivos, somatomorfos, etc.) que clínicamente no son graves, pero que persisten durante años<sup>32-35</sup>. También destaca la escasa presencia del TP narcisista en el clúster B. Finalmente, el porcentaje de TP NS es muy importante, circunstancia que, como señalan Johnson et al.<sup>36</sup>, se repite en la mayoría de los servicios psiquiátricos. Desgraciadamente la utilización de IES no consigue proporcionar más diagnósticos de TP específicos. Así, en dos estudios recientes con IES, Zimmerman et al.<sup>13</sup> y Verheul, Bartak y Widiger<sup>37</sup>, la proporción de TP NS fue del 14,1 y 21,6%, respectivamente, por lo que se ha propuesto<sup>36,37</sup> mejorar los criterios diagnósticos para los TP NS.

Respecto a la utilización de servicios, los porcentajes que los TP presentaron entre los ingresos en la unidad de agudos, las consultas de urgencias y las consultas de seguimiento totales y las realizadas por facultativos en el CSM son superiores a lo que sería esperable, según el porcentaje de TP en el conjunto de los pacientes atendidos en todos los servicios. Estos datos coinciden con las publicaciones que remarcan la importante utilización de servicios psiquiátricos entre los pacientes con TP<sup>18,19</sup>. Por el contrario, el porcentaje de TP entre las altas es menor de lo esperable, lo que quizá podría ser un índice de cronicidad dentro de los servicios. Por último se pudieron distinguir dos subgrupos destacados, los que consultan muy poco y los que consultan mucho; sería útil estudiar con mayor profundidad estos TP.

Como ya se ha mencionado previamente, el perfil socio-demográfico de los TP podría estar condicionado por los hábitos asistenciales de la población del sector sanitario investigado; sin embargo, los resultados en cuanto a edad, sexo y estado civil fueron similares a los de estudios previos<sup>4,13</sup>. Además, si este perfil lo comparamos con el del conjunto de pa-

cientes del CSM<sup>32</sup> se observa que proporcionalmente los pacientes con TP son más jóvenes, están más representados los hombres, los solteros y el nivel de cualificación profesional es algo mayor. En este sentido, las características sociodemográficas de los pacientes del CSM serían más parecidas a las del usuario de servicios de SM en la población general española descrito en el estudio ESEMeD-España<sup>38</sup> y se diferenciarían de las de los TP. Por último, como en la mayoría de los estudios<sup>4,8,13,16</sup>, los trastornos del estado de ánimo, los de ansiedad y los TP NS fueron los más comórbidos entre los TP.

Para finalizar se podría concluir que el estudio de los TP y de la utilización de servicios en la población atendida en la red de SM de un distrito sanitario mediante EC, aunque tiene evidentes limitaciones, puede ser un instrumento económico de fácil aplicación y replicable para planificar e implementar nuevos recursos asistenciales para los TP. La proporción de TP en población clínica ha estado en el rango alto publicado en estudios previos. Los TP del clúster B han sido los más representados y los del clúster C estarían infradiagnosticados si los comparamos con otras investigaciones. Se ha confirmado que los pacientes con TP utilizan los diversos servicios psiquiátricos de manera notable. Las principales limitaciones del estudio son las siguientes: *a)* se trata de un estudio retrospectivo; *b)* no se han utilizado IES, y *c)* el porcentaje de TP NS es importante, aunque este problema es común en este tipo de estudios<sup>36,37</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Urdániz. Epidemiología. En: Roca M, editor. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Medica, 2004; p. 187-202.
- Desviat M, Delgado M, Fernández MI, González C, Hernández M, Lana F, et al. Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la enfermedad mental. *Psiquiatr Públ* 1997;9:315-26.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S.. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(Suppl.):21-7.
- De Girolano G, Reich JH. Epidemiología de los trastornos mentales. Trastornos de la personalidad. Madrid: Meditor, 1996; p. 16-40.
- Seva A. Evolución del concepto de trastornos de la personalidad y su influencia sobre el actual estado de la epidemiología. En: Rubio V, Pérez Urdaniz A, editores. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier, 2003; p. 45-66.
- Samuels J, Eaton WW, Bienvenu (III) OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002;180:536-42.
- Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:590-6.
- Moreno MJ, Medina A. Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. *Psiquiatria.com* 2006;10.
- Olfson M, Mechanic D. Mental disorder in public, private non-profit and proprietary general hospitals. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1613-9.
- Pilgrim J, Mann A. Use of the ICD-10 version of the standardized assessment of personality to determine the prevalence of personality disorders in psychiatric in-patients. *Psycholog Med* 1990;20:985-92.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Chancey DL, Gunderson JG. The diagnostic interview for personality disorders: interrater and test-retest reliability. *Comprehen Psychiatry* 1987;28:467-80.
- Allan CA. Psychological symptoms, psychiatric disorder and alcohol dependence amongst men and women attending a community-based voluntary agency and an alcohol treatment unit. *Br J Addiction* 1991;86:419-27.
- Fabrega H Jr, Ulrich R, Pilkonis P, Mezzich J. Personality disorders diagnosed at intake at a public psychiatric facility. *Hosp Commun Psychiatry* 1993;44:159-62.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162:1911-8.
- Alnaes R, Torgersen S. The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:485-92.
- Oldham JM, Skodol AE. Personality disorders in the public sector. *Hosp Commun Psychiatry* 1991;42:481-7.
- Hylar SE, Lyons M. Factor analysis of the DSM-III personality disorders clusters: a replication. *Comprehen Psychiatry* 1988; 29: 304-8.
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dick IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:295-302.
- Lana F, Fernández San Martín M, Vinue JM. La variabilidad en la práctica médico-psiquiátrica evaluada mediante el estudio de los ingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:340-5.
- Rubio V, Molina R, Pérez Urdaniz. Trastorno límite de la personalidad. En: Rubio V, Pérez Urdaniz A, editores. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier, 2003; p. 139-90.
- Lana F. Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:58-66.
- Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Trastorno límite de la personalidad. Cuadernos de salud mental n.º 8. Barcelona: CatSalut, 2006.
- Lana F, Vinue JM. Referral to aftercare and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004;55:193.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las enfermedades, modificación clínica, 9.ª ed. ICD-9-MC. Barcelona, 1991.
- Servicio Navarro de Salud. Memoria, 2003.
- Lana F, Pérez I, Ferrer L, López N, Juan S. Effectiveness of a partial hospitalization program in the treatment of severe personality disorders: one year follow-up in an ordinary clinical setting. *Rev Person* 2005;3:19.
- Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1570-4.

29. Reich JH, Troughton E. Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: comparison with psychiatric and normal control subjects. *Psychiatr Res* 1988;26: 89-100.
30. Loranger AW, Sartorius N, Andreotti A, Berger P, Buckheim P, Channabasavanna SM. The international personality disorder examination: The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:215-24.
31. Oldham JM, Skodol AE, Dellman H, Hylar S, Rosnick L, Davies M. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992;149:213-20.
32. Lana F, Mas-Yebra A, Moyano E. Los trastornos mentales no severos de evolución crónica. *Psiquiatria.com* 2003;7(4).
33. Sartorius N, Usten B, Lecubier Y, Wittchen H. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry* 1996;(Suppl. 30):38-43.
34. Vallejo J, Bataller R. Relación entre los estados de ansiedad y los trastornos depresivos. En: Vallejo J, Gastó C, editores. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, 2.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 2000.
35. Tyrer P. *Classification of neurosis*. Chichester: John Wiley and Sons, 1989.
36. Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *Am J Psychiatry* 2005;162:1926-32.
37. Verheul R, Bartak A, Widiger T. Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified. *J Person Disord* 2007;21:359-70.
38. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(Suppl. 2):21-8.