



TRASTORNO DE PERSONALIDAD ORGÁNICO EN CHILE: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS ENTRE LOS AÑOS 2021–2024

ORGANIC PERSONALITY DISORDER IN CHILE: A DESCRIPTIVE ANALYSIS OF HOSPITAL DISCHARGES BETWEEN THE YEARS 2021–2024

Catalina Alvarado Vásquez^{a*}
Francisca Godoy Martínez^a
Felipe Alvial Ahumada^a
Lissette Cartes Cabrera^a
Javiera Duque Bouthors^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina - Universidad Andrés Bello.

Artículo recibido el 17 de junio, 2025. Aceptado en versión corregida el 18 de noviembre, 2025.

DOI: 10.52611/confluencia.2025.1433

RESUMEN

Introducción: El trastorno de personalidad orgánico consta de alteraciones de personalidad secundarias a lesiones del sistema nervioso central. **Objetivo:** Describir la tasa de egreso hospitalario por trastorno de personalidad orgánico durante el periodo 2021-2024 en Chile. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo. Obtención de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas. Análisis realizado con medidas de tendencia central, gráficas y tablas con software analítico Excel. No requirió aprobación por comité ético. **Resultado:** La mayor tasa de egreso hospitalario fue en 2024 (0,69/100.000 habitantes), con predominancia femenina (0,70/100.000 habitantes) y grupo etario entre 15-19 años (1,37/100.000 habitantes). El mayor promedio de estadía hospitalaria fue en 2024 con 49,02 días. **Discusión:** El aumento de la tasa de egresos hospitalarios en 2024 podría relacionarse con la pandemia, donde existió significativo deterioro de patologías psiquiátricas y menor acceso en salud, acumulándose casos graves. En cuanto al sexo femenino, podría asociarse al manejo subóptimo de patologías psiquiátricas, empeorando evolución y pronóstico. Respecto al grupo etario, existe mayor asociación con traumatismos encefalocraneanos. Sobre el promedio de estadía hospitalaria podría deberse al aumento de descompensaciones en pacientes hospitalizados. **Conclusión:** El trastorno de personalidad orgánico es una causa importante y al alza de hospitalización en Chile. Destaca su subdiagnóstico y sesgo según sexo, retrasando el acceso a tratamiento, lo que favorece hospitalizaciones por descompensaciones y prolongada estadía hospitalaria. Esto evidencia la necesidad de integrar políticas con enfoques multidisciplinarios en materia de salud mental y de profundizar en estudios relacionados.

Palabras clave: Chile; Epidemiología; Hospitalización; Trastorno orgánico de la conducta.

ABSTRACT

Introduction: Organic personality disorder consists of personality alterations secondary to central nervous system injuries. **Objective:** To describe hospital discharge rate for organic personality disorder during 2021-2024 in Chile. **Methodology:** Observational, descriptive, quantitative study was conducted. Data was obtained from the Department of Health Statistics and Information and National Institute of Statistics. The analysis was performed using measures of central tendency, graphs, and tables with Excel analytical software. It didn't require ethical committee approval. **Result:** The highest hospital discharge rate was in 2024 (0,69/100.000 inhabitants), with female predominance (0,70/100.000 inhabitants) and in 15-19 age group (1,37/100.000 inhabitants). The longest average hospital stay was in 2024, at 49,02 days. **Discussion:** The increase in hospital discharge rate could be related to the pandemic, when significant deterioration of psychiatric pathologies and reduced access to healthcare were reported, leading to an accumulation of severe cases. Regarding the female sex, this could be associated with suboptimal management of psychiatric pathologies in women, worsening evolution and prognosis. Concerning the age group, there's a greater association with traumatic brain injuries. Regarding the average length of hospital stay, this may stem from an increase in hospitalized patients' decompensations. **Conclusion:** Organic personality disorder is a significant cause of hospitalization in Chile. Its underdiagnosis and sex-based bias are notable, delaying access to treatment, favoring hospitalizations due to decompensations, and prolonging hospital stays. This highlights the need to integrate policies with multidisciplinary approaches regarding mental health and to delve deeper into related studies.

Key words: Chile; Epidemiology; Hospitalization; Illness behaviors.

Cómo citar:

Godoy-Martínez F, Alvarado-Vásquez C, Alvial-Ahumada F, Cartes-Cabrera L, Duque-Bouthors J. Trastorno de personalidad orgánico en Chile: Un análisis descriptivo de los egresos hospitalarios entre los años 2021-2024. Rev Conflu [Internet]. 2025 [citado el 30 de noviembre 2025];8. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2025.1433>

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de la Personalidad Orgánico (TPO), consta de alteraciones persistentes de la personalidad secundarias a lesión o disfunción del sistema nervioso central, pudiendo manifestarse de distintas maneras según su localización, principalmente en regiones frontales o fronto-subcorticales. Dentro de las manifestaciones del TPO se encuentran desregulación emocional, impulsividad, apatía o conductas antisociales, síntomas que producen un deterioro laboral o social significativo¹⁻³.

Para su diagnóstico es necesaria evidencia de afección cerebral y cambios persistentes en la personalidad, evaluados según criterios de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10 o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)-5². En este último, el TPO se incluye en "Trastorno de la personalidad debido a otra afección médica", que considera como criterios diagnósticos: a) alteración persistente de la personalidad que represente un cambio de su patrón previo, no explicable por otro trastorno mental ni delirio en curso; b) malestar clínicamente significativo (deterioro social y laboral); y c) evidencia de que es causado por una consecuencia fisiológica directa de otra enfermedad, ya sea mediante historia clínica, examen físico o de laboratorio².

Respecto a su epidemiología, los datos son escasos al ser una patología escasamente investigada, tanto a nivel nacional como internacional⁴. El TPO se presenta frecuentemente en individuos con Traumatismo Encefalocraneano (TEC) en más del 40% de los casos, pudiendo llegar al 59,1% en TEC grave^{5,6}, epilepsia crónica y refractaria (20% de los casos)⁵ y Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico y hemorrágico⁷.

Entre las complicaciones causantes de hospitalización asociadas a este diagnóstico se encuentran la agresividad, autolesiones, descompensación psiquiátrica o complicaciones de comorbilidades neurológicas. Es frecuente entre los pacientes la inadaptación social y laboral, con tasas altas de desempleo y conflictos interpersonales^{1,8}.

Su tratamiento consta de intervenciones multifactoriales, incluyendo el manejo sintomático farmacológico (estabilizadores del ánimo, antipsicóticos atípicos y antidepresivos), rehabilitación neuropsicológica para mejorar funciones ejecutivas y cognición social, junto a la psicoeducación familiar⁹.

Dado que la investigación de TPO es infrecuente en Chile y se considera subdiagnosticado a nivel mundial⁴, estudiar la Tasa de Egresos Hospitalarios (TEH) permitirá actualizar el conocimiento sobre esta patología y, a su vez, profundizar en torno a su manejo, aportando información epidemiológica relevante para Chile, útil para estudios futuros. Por ello, el objetivo de esta investigación es describir la

TEH por TPO entre 2021 y 2024 en Chile. La hipótesis de este estudio es que existe un aumento progresivo en la TEH por TPO en el periodo anteriormente nombrado.

Objetivo general

Describir la TEH por TPO durante el periodo 2021 a 2024 en Chile.

Objetivos específicos

- Determinar la TEH según sexo.
- Relacionar la TEH según grupo etario.
- Definir el tiempo promedio de hospitalización.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y ecológico de la TEH por TPO en el periodo de 2021-2024, utilizando las variables sexo, grupo etario y días de estadía hospitalaria. El universo de estudio estuvo conformado por todos los egresos hospitalarios registrados en los establecimientos públicos del país, incluyendo hospitales psiquiátricos públicos. Los datos fueron obtenidos desde las bases de información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), usando el código CIE 10 "F070 Trastorno de la personalidad, orgánico". Con los datos se elaboró un análisis descriptivo según las variables estipuladas. La TEH se calculó con la siguiente fórmula, considerando como "Población total en riesgo" a la población total de Chile según el CENSO 2017:

$$TEH = \frac{\text{Número de egresos hospitalarios por "TPO" en determinado año}}{\text{Población total en riesgo}} \times 100000$$

Para el análisis se utilizó el programa Excel®, donde los datos se organizaron, tabularon y fueron expresados en frecuencia, porcentaje y tasa de egresos según las variables.

Los datos fueron obtenidos de fuentes estadísticas validadas, con datos de acceso público y carácter anónimo, por lo que no fue necesaria la aprobación de un Comité de Ética. Los autores declaran no tener conflictos de interés que interfieran en la realización del estudio. No se contó con financiamiento económico para la realización de este estudio.

RESULTADO

Durante el periodo de estudio hubo un total de 271 egresos hospitalarios por TPO, con una TEH de 0,58 casos por 100.000 habitantes. Se observó un aumento de la TEH año a año, siendo mayor el 2024 con 0,69 casos por 100.000 habitantes, seguido de los años 2023 y 2022 con 0,64 y 0,53 casos por 100.000 habitantes. Por último, el año 2021 obtuvo la menor TEH con 0,47 casos por 100.000 habitantes.

En relación a la variable sexo, todos los años las mujeres tuvieron mayor TEH, siendo en promedio 0,70 casos por 100.000 habitantes, en comparación a los hombres, con 0,31 casos por 100.000 habitantes. El año con mayor TEH para las mujeres fue el 2024 con 0,86 casos por 100.000 habitantes, mientras que para los hombres fue el año 2022 con 0,52 casos por 100.000 habitantes. En contraste, el año con menor TEH para las mujeres fue el 2022 con 0,55 casos por 100.000 habitantes, mientras que para los hombres fue el 2021 con 0,31 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

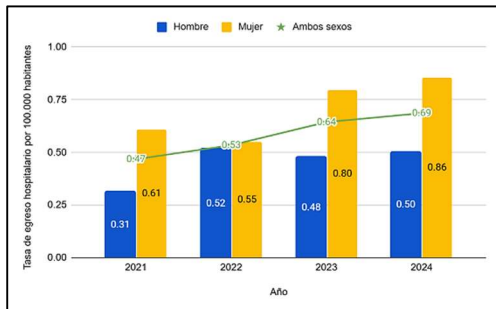


Figura 1. TEH por 100.000 habitantes por TPO según sexo, 2021 a 2024 en Chile.

Respecto a los grupos etarios, la mayor TEH se encontró en los grupos de 15-19 y 20-44 años, con 1,37 y 0,74 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Mientras que los grupos con menor TEH fueron los de 65-79 años con 0,18 casos por 100.000 habitantes, y 80 años y más con 0,13 casos por 100.000 habitantes (Figura 2).

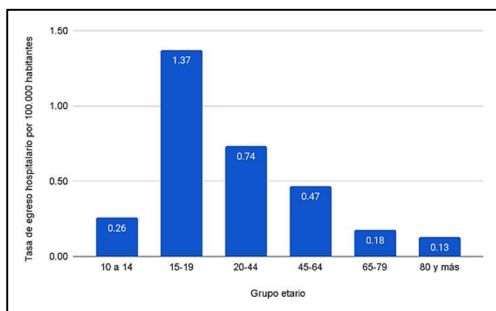


Figura 2. TEH por 100.000 habitantes por TPO según grupo etario, 2021 a 2024 en Chile.

El promedio en días de estadía hospitalaria durante el periodo fue de 36,22. El año con mayor promedio fue el 2024 con 49,02, seguido de los años 2023 y 2021 con 45,70 y 28,05. Mientras que el año con menor promedio fue el 2022 con 15,50 (Figura 3).

DISCUSIÓN

Respecto al aumento sostenido de la TEH durante el periodo de estudio, al realizar revisión de los egresos hospitalarios anuales por causas de trastornos mentales, incluido el TPO, se observa una tendencia al alza a lo largo de los años coincidente con los resultados¹⁰. Desde 2016 a 2019 se registró un aumento de 29.941 a 36.604 egresos, con una interrupción en esta tendencia en 2020 por reconversión de camas en la Pandemia COVID-19.

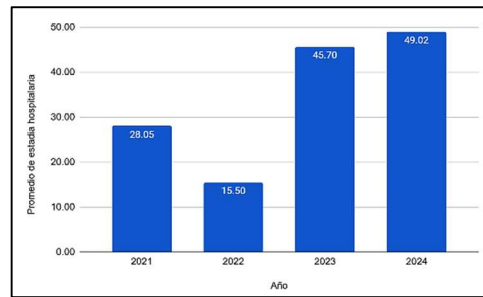


Figura 3. Promedio de estadía hospitalaria por TPO, 2021 a 2024 en Chile.

Sin embargo, en los años siguientes se registró nuevamente un alza, superando los 40.000 egresos hospitalarios el 2022 y excediendo al periodo pre-pandémico¹⁰. Por otra parte, acerca de los Trastornos de Personalidad (TDP), desde el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak se reportó un subdiagnóstico de estas entidades, ya que sólo el 15% son diagnosticadas en la Atención Primaria de Salud (APS)¹¹, razón por la cual recibirían tratamiento subóptimo, aumentando el riesgo de descompensaciones que requieran atención secundaria y hospitalización. Junto a lo anterior se debe considerar la pandemia como factor agravante de los TDP, donde el distanciamiento social, aumento del sentimiento de soledad y disminución del acceso a servicios de salud generó un aumento de la susceptibilidad de los pacientes a conductas de riesgo, consumo de sustancias y empeoramiento de la sintomatología¹², todas ellas situaciones que podrían contribuir al aumento de hospitalizaciones por TDP. En suma, tanto bibliografía internacional como epidemiología nacional suponen un deterioro de la sintomatología mental, aumento en atenciones en urgencias y hospitalizaciones en el periodo post pandémico¹⁰⁻¹², lo cual podría deberse a los efectos deletéreos de ésta sobre la esfera mental, y al aumento del acceso y oportunidad de atención para estas patologías.

En cuanto a la TEH según sexo, se apreció una discordancia entre la prevalencia de las principales causas de TPO, que es mayor en hombres¹³, y la TEH, que es mayor en mujeres. Esto podría atribuirse al sesgo de género en torno al diagnóstico y manejo de cuadros psiquiátricos. Según estudios, existen prejuicios inherentes en torno a la salud mental femenina, que subestima la gravedad de sus síntomas y retrasa derivaciones a especialistas, fenómeno que se conoce como "sexismo institucionalizado"¹⁴. Otros estudios avalan que, cuando el consultante es hombre, se estima que su patología es grave y presentan mayor tendencia a derivar a especialistas con un menor tiempo de espera, que es 13,6% mayor para mujeres, mientras que las mujeres son más propensas a que sus síntomas sean atribuidos a causas psicológicas o psicósomáticas, retrasando el diagnóstico de origen orgánico en un contexto ambulatorio y requiriendo hospitalizaciones con mayor frecuencia¹⁵. Dada estas

disparidades en atención sanitaria según sexo, pacientes femeninas con el mismo diagnóstico orgánico que los masculinos podrían presentar retraso diagnóstico, mayor riesgo de complicación y, por ende, mayor necesidad de hospitalización y días de estadía.

En cuanto a la TEH según grupo etario, se evidencia un aumento en población de 15-44 años con disminución sobre los 65 años, hecho que concuerda con la literatura, que refleja mayor concentración de TPO en adultos jóvenes entre 20-30 años, disminuyendo con la edad. Lo anterior podría deberse a que la primera causa de TPO, correspondiente al TEC¹³, tiene una mayor prevalencia en adultos jóvenes con un máximo entre los 15 y 30 años¹⁶, en asociación con accidentes de tránsito y exceso de velocidad, abuso de sustancias, hechos violentos y deportes o actividades recreativas^{13,17}. De igual manera, las consecuencias del TEC en adultos mayores suelen ser fatales con mayor frecuencia (alcanzando 34,9 muertes por 100.000 habitantes en mayores de 80 años en Chile)¹⁸, lo que podría explicar la disminución en la TEH por TPO en edades más avanzadas. Otro elemento a considerar es el desarrollo de estrategias madurativas a lo largo de la vida, que disminuirían los rasgos impulsivos característicos de esta patología, atenuando los síntomas más severos y permitiendo una mejor adaptación al entorno¹⁹. Por otro lado, se observó un sesgo en la evaluación de adultos mayores producto de la falta de adaptación de criterios diagnósticos y la atribución de la sintomatología a demencias¹⁹, derivando en un subdiagnóstico de TPO en este grupo etario.

Durante el periodo 2021-2024 se observó un promedio de estadía hospitalaria de 36,22 días, discordante con lo recomendado por la literatura internacional. Distintos estudios han planteado como mejor alternativa una hospitalización corta al momento de la intervención en pacientes con TDP, con un promedio de 13 días²⁰, fundamentalmente en pacientes con crisis emocionales con o sin riesgo de autolesiones, ideaciones suicidas activas o intentos previos. Esta hospitalización tiene el objetivo de desescalar la crisis del paciente para posteriormente ser referidos a manejos ambulatorios enfocados en psicoterapia individual, grupal e intervenciones con la comunidad, demostrando disminuir la estancia hospitalaria^{20,21}. Respecto al manejo de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en Chile, se reserva la atención en urgencias y hospitalización para pacientes con suicidabilidad extrema, impulsividad con alto riesgo de autolesiones o heteroagresiones y fracaso de manejo ambulatorio¹¹. Según lo anterior, se asume que el manejo de TPO utiliza los mismos lineamientos de hospitalización en Chile.

Para explicar la estadía hospitalaria prolongada, en la literatura se mencionan factores como abuso de alcohol y otras drogas, falta de adherencia a

tratamiento, factores sociodemográficos, presencia de psicosis, riesgo suicida, severidad de la patología, comportamientos agresivos y admisión por servicios de urgencia^{8,22}. Considerando el subdiagnóstico en atención primaria de los TDP en Chile¹¹, y asumiendo que dentro de estos se incluye el diagnóstico de TPO, esto explicaría un menor acceso a tratamiento oportuno. Debido a esto, se asume que el promedio de días de hospitalización es alto puesto que los pacientes llegarían a nivel secundario, acorde a los criterios descritos, con descompensaciones sintomatológicas, alto riesgo suicida o episodios psicóticos. También se entiende, según el subdiagnóstico de patologías psiquiátricas en APS¹¹, que la hospitalización correspondería a la primera instancia donde se realiza el diagnóstico, lo que significa un mayor tiempo hospitalario para manejar los síntomas agudos e implementar un tratamiento adecuado.

Los hallazgos revelan un manejo subóptimo del TPO, aumentando progresivamente hospitalizaciones y estadía hospitalaria, lo que enfatiza la necesidad de implementar estrategias de capacitación clínica y optimización de recursos hospitalarios para enfrentar el TPO de manera integral, asegurando un manejo adecuado para los individuos afectados, ya sea a nivel primario para disminuir la tasa de hospitalización, como a nivel secundario para disminuir su estadía.

CONCLUSIÓN

Si bien el TPO es poco frecuente, es una causa importante de hospitalización en Chile, con tendencia al alza coincidente con el aumento global de egresos por salud mental. Destacan su subdiagnóstico y sesgo según sexo, retrasando el acceso a tratamiento oportuno, favoreciendo hospitalizaciones por descompensaciones y prolongando el promedio de estadía hospitalaria. La brecha entre la realidad chilena y las recomendaciones internacionales evidencia la urgencia de integrar políticas con enfoques multidisciplinarios que prioricen la salud mental, capacitando al primer nivel de atención para lograr diagnóstico y tratamiento adecuados. Se recomienda profundizar en estudios relacionados al TPO, su epidemiología, factores locales que prolonguen hospitalización y herramientas para evitar el subdiagnóstico.

Este trabajo presenta como fortaleza la representatividad de los datos obtenidos, que incluyen a toda la población chilena, y la credibilidad de estos por los sitios de obtención de información. Como limitantes, se encuentra la escasa literatura asociada al TPO, sin estudios relacionados a la tasa hospitalaria, ya que es una patología poco estudiada, además de presentar criterios de hospitalización indefinidos. Por último, al contar únicamente con el Censo 2017 para estimar la población chilena, no se tienen datos más precisos por año.

El presente trabajo permite visibilizar, mediante información analítica y fundamentada, un problema de salud mental que ha sido escasamente estudiado y que implica una problemática en ascenso para la salud pública en Chile, importante de ser considerado desde todos los niveles de formación en salud, inclusive desde el pregrado. Refuerza el concepto de manejo multidisciplinario y la necesidad de visualizar el subdiagnóstico de esta patología, la disparidad de género asociada a la atención relacionada al TPO y las brechas respecto al manejo hospitalario, datos que respaldan la necesidad de mejorar los protocolos clínicos y políticas públicas en salud mental en Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Usyukina MV, Kornilova SV, Laavruschik MV. Cognitive impairment and social functioning in organic personality disorder due to epilepsy. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* [Internet]. 2021 [citado el 25 de mayo 2025];121(6):21-6. Disponible en: <https://doi.org/10.17116/inevro202112106121>
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Ed. Sección II: Criterios y códigos diagnósticos, Trastornos de la personalidad. Arlington, VA: APA, 2014. p. 645-84.
3. Perales A, Mendoza A, Vásquez-Caicedo G, Rivera F, Bojórquez E, editores. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotoondo". 3a ed. Capítulo 10: Trastornos mentales orgánicos. Lima: Galería del Libro Médico Peruano; 2021. p. 169-80.
4. Román Rodríguez A, Diéguez Mompel J, Polo Elvira RM. Revisión sobre el trastorno orgánico de personalidad [Internet]. España: Psiquiatría.com; 2020 [citado el 25 de mayo 2025];24(2):45-50. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?url=revison-sobre-el-trastorno-orgánico-de-personalidad>
5. Nagore-Casas A, Vargas Aragón ML. Trastorno orgánico de la personalidad: Estudio descriptivo de sus implicaciones forenses en el ámbito penal entre los años 1998 a 2017. *Psicopatol Clín Leg Forense* [Internet]. 2019 [citado el 27 de mayo 2025];19(1):197-215. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7983826>
6. Li B, Fang Y, Lin J, Chen X, Li C, He M. Forensic psychiatric analysis of organic personality disorders after craniocerebral injury in Shanghai, China. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado el 1 de junio 2025];13:944888. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.944888>
7. Ruiz-Ruiz R, Basterra-Gortari V. Repercusiones funcionales y legales de un trastorno orgánico de la personalidad tras un infarto cerebral. *Cuad Med Forense* [Internet]. 2015 [citado el 6 julio 2025];21(3-4):169-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200010&lng=es
8. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado el 6 julio 2025];18(1):351. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
9. Vázquez Estévez R, D'Hiver Cantalejo Y, Mancha Heredero E, López Gil J. Atención integral en el trastorno orgánico de la personalidad [Internet]. España: Psiquiatría.com; 2018 [citado el 26 de mayo 2025]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/atencion-integral-en-el-trastorno-orgánico-de-la-personalidad>
10. Ministerio de Salud de Chile. Construyendo Salud Mental [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2024 [citado el 30 de mayo 2025]. Disponible en: https://diprepe.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf
11. González M, San Román L, Tardito S. Guía clínica en trastorno de la personalidad límite [Internet]. Santiago: Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak; 2010 [citado el 1 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.psiquiatico.cl/Transparencia/2017/docencia/guia clinica ptp.pdf>
12. Malogiannis IA. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with personality disorders. *Psychiatriki* [Internet]. 2023 [citado el 2 de junio 2025];34(1):9-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22365/psych.2023.004>
13. Muñoz Vergara D, Moreno Moreno I, Möller Opazo M, Guesalaga Ulloa V, Barros Cruz A, Lacassie Hasbún M. Descripción epidemiológica internacional del traumatismo encefalocraneano. *Rev Conflu* [Internet]. 2025 [citado el 3 de junio 2025];8. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2025.1319>
14. Bravo D, Errázuriz A, Calfucoy P, Campos D. Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC: Octava Ronda [Internet]. Santiago: Asociación Chilena de Seguridad y Pontificia Universidad Católica de Chile; 2024 [citado el 6 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/2024/achs-221357/termometro-de-la-salud-mental-en-chile-achs-uc-octava-ronda.pdf>
15. del Río-Pedraza C. La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2022 [citado el 6 de junio 2025];42(141):55-73. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>
16. Charry JD, Cáceres JF, Salazar AC, López LP, Solano JP. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. *Rev Chil Neurocirugía* [Internet]. 2019 [citado el 6 de junio 2025];43(2):177-82. Disponible en: <https://doi.org/10.36593/rev.chil.neurocir.v43i2.82>
17. Howlett JR, Nelson LD, Stein MB. Mental Health Consequences of Traumatic Brain Injury. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado el 6 de junio 2025];91(5):413-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.09.024>
18. Möller-Opazo M, Moreno-Moreno I, Guesalaga-Ulloa V, Barros-Cruz A, Muñoz-Vergara D, Lacassie-Hasbún M. Tendencias de la Tasa de Mortalidad por Traumatismo Encéfalo Craneano en Chile desde 2002 a 2023. *Rev Conflu* [Internet]. 2025 [citado el 6 de junio 2025];8. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2025.1308>
19. Penders KAP, Peeters IGP, Metsemakers JFM, van Alphen SPJ. Personality Disorders in Older Adults: a Review of Epidemiology, Assessment, and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2020 [citado el 10 de junio 2025];22(3):14. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1133-x>
20. Grenyer B, Lewis K, Fanaian M, Kotze B. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado el 10 de junio 2025];13(11):e0206472. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206472>
21. Leichsenring F, Fonagy P, Hein N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado el 6 de julio 2025];23(1):4-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
22. Barruel D, Perozzielli A, Lefèvre H, Msellati A, Launay C, Dauriac-Le Masson V. Predictors of the length of stay in psychiatric inpatient units: a retrospective study for the Paris Psychiatry Hospital Group. *Front Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado el 10 de junio 2025];15:1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1463415>