



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**FRECUENCIA DE CICLOTIMIA EN PACIENTES AMBULATORIOS  
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, EN EL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”.**

Tesis que para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría.

PRESENTA:

---

**Dra. Paola Liliana Bustillos Bustillos.**

TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO

---

**Dr. Marco Antonio López Butron.**

---

**Dr. Fernando Corona Hernández.**

MÉXICO. D.F.

MARZO, 2007.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## CONTENIDO

### Resumen

<b>1. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2. Marco Teórico</b>	<b>5</b>
Trastorno Bipolar	5
Ciclotimia	9
Trastorno límite de personalidad	11
Prevalencia y comorbilidad	14
Diagnóstico diferencial	17
Clinimetría, TEMPS-A	18
Clinimetría, MDQ	19
<b>3. Justificación, planteamiento e hipótesis</b>	<b>20</b>
<b>4. Objetivo, material y métodos</b>	<b>21</b>
<b>5. Análisis estadístico y resultados</b>	<b>25</b>
<b>6. Discusión</b>	<b>26</b>
<b>7. Conclusiones</b>	<b>28</b>

<b>8. Bibliografía</b>	<b>29</b>
<b>9. Apéndice 1. Ficha de identificación y criterios Ciclotimia</b>	
<b>DSM-IV-TR</b>	<b>36</b>
<b>Apéndice 2. TEMPS-A</b>	<b>37</b>
<b>Apéndice 3. MDQ</b>	<b>38</b>
<b>Apéndice 4. Consentimiento informado</b>	<b>39</b>

*Palabras clave: frecuencia, ciclotimia, pacientes ambulatorios, Trastorno límite de la personalidad, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.*

## **INTRODUCCIÓN.**

Aunque el principal objetivo del estudio de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo consiste en describir las personalidades premórbidas que predisponen a los trastornos afectivos, en realidad muchos de los estudios abordan cambios comórbidos o postmórbidos (Akiskal y cols., 1983 Hirshfeld y cols., 1986

Kahlbaum (1863) y Kraepelin (1921) consideraron de inicio a la ciclotimia como la forma menos severa de la enfermedad maníaco depresiva. Schneider posteriormente (1958) se referiría a ella como un sinónimo de esta última enfermedad.

Recientemente se ha enfocado la investigación psiquiátrica en las etapas iniciales de las enfermedades, partiendo de ahí hacia la elaboración de una estrategia terapéutica efectiva, advirtiéndose una modificación inherente positiva tanto en la evolución natural de la enfermedad, como en el pronóstico global de los pacientes afectados. Sin embargo, en múltiples ocasiones sólo el estudio longitudinal del padecimiento será el que permita establecer de manera certera el diagnóstico.

El conflicto se eleva debido a que no es exclusiva la posibilidad de padecer Trastorno Bipolar, sino además de ser partícipe del Espectro bipolar que a su vez se liga a una mayor ideación suicida y comorbilidad con uso de sustancias.

Retomando la importancia del diagnóstico oportuno, se subraya la necesidad de un mejor entendimiento de las fases iniciales de la enfermedad. Actualmente existen

escalas traducidas al castellano que han sido ampliamente empleadas en diversos estudios encontrados al realizar la revisión bibliográfica, a nivel mundial

El espectro bipolar está ligado a un mayor número de intentos suicidas en comparación con otros trastornos mentales. Para lograr dicha intervención temprana es necesario un mayor estudio y entendimiento de las etapas iniciales de la enfermedad. Existen varios instrumentos que valoran tipo y severidad de los episodios de manía, optando en nuestro estudio por dos traducidas previamente al castellano, el Mood Disorders Questionnaire (MDQ) y la Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego (TEMPS-A).

Entonces, ¿Con qué frecuencia se encuentra la ciclotimia en pacientes portadores de un trastorno de personalidad tipo límite?

## MARCO TEÓRICO.

### Trastorno Bipolar (TB).

Los antecedentes de los trastornos del ánimo anteceden a Kraepelin y, de acuerdo con lo referido por Fairret en 1854 sobre la posibilidad de que la ciclotimia subyacera a la cronobiología de la “locura circular” (*foile circulaire*), caracterizada por episodios separados de manía y melancolía, se clasifica al Trastorno Bipolar (TB) como una entidad nosológica. Kraepelin sin embargo, se orientó más hacia la psicosis, a la que llamó *psicosis afectiva, locura maníaco-depresiva o “ataques dobles”* (Angst, 2000).

En la actualidad el TB se encuentra dentro de los trastornos afectivos o trastornos del estado de ánimo, al abarcar períodos de un estado anímico eufórico y períodos de depresión, con un curso crónico, y la ocurrencia de episodios de depresión o de manía cíclicos con remisiones interepisódicas (Akiskal, 2002).

En realidad Kraepelin (1909) fue el primer autor que describió el temperamento premórbido e indujo la idea de manifestaciones subclínicas y de temperamento bajo el término “estados fundamentales”; asoció estos estados a los subtipos de trastorno bipolar (depresivo, irascible, maniaco y ciclotímico), esta idea posteriormente la ampliaron Kretschmer (1921), Schneider (1923) y Montassut (1938), éste último con un concepto de “depresión constitucional” que partía de una definición exhaustiva de la tipología melancólica de Tellenbach y Schneider, compuesta de factores más relacionados con el trastorno afectivo que con el temperamento (Akiskal, 2002).

El temperamento ciclotímico fue descrito en 1786 por William Cullen y más tarde, un discípulo de Kahlbaum, Ewald Hecker (1877) empleó el término ciclotimia para referirse a pacientes que en la actualidad, serían diagnosticados con trastorno bipolar II.

La denominación mencionada de “*enfermedad maníaco-depresiva*”, produjo la conceptualización de esta enfermedad como un continuo en el que la melancolía recurrente, la manía y las fluctuaciones subsindrómicas interepisódicas de actividad, humor y condición -denominadas “temperamentos afectivos” por Kraepelin –se entendían como parte del mismo proceso mórbido. Tal y como hicieron autores franceses, Kraepelin describió gran variedad de patrones de curso, incluyendo formas continuas y de ciclación rápida. Es más, describió seis tipos de estados mixtos que caracterizó por la presencia simultánea de distintos ingredientes de depresión y manía. (Angst, 2000).

Las tesis krepelianas dominaron la psiquiatría hasta la década de los sesenta, en la que se trazó la frontera entre los trastornos afectivos unipolares y bipolares investigadores como Perris y Winokur en 1966, Angst en 1973 y Leonhard en 1979. (Angst, 2000).

La décima clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS 1992), basada en la tercera edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM III R), apoya esta clasificación, dotando de relieve a esta dicotomía. De hecho, la mera observación clínica pone de manifiesto una complejidad y variabilidad demasiado vasta para ser abarcada por dos únicas formas de trastorno afectivo (Akiskal, 1994). Así hay pacientes con distimia que ciclan a hipomanía (Rosenthal, 1981) o incluso, a la manía (Kovacs, 1994), pacientes con ciclotimia que llevan a cabo episodios depresivos graves (Akiskal, 1977), y pacientes con depresión “unipolar” que viran hacia la hipomanía o la manía (Akiskal, 1983).

En la práctica actual, estas transformaciones suceden tan a menudo que el universo de los trastornos afectivos no puede ser dividido tajantemente entre bipolares y unipolares. A diferencia del DSM III-R, donde las depresiones recurrentes con hipomanía eran etiquetadas de “trastorno bipolar no especificado” el DSM IV les ha dotado de un reconocimiento nosológico formal bajo el nombre de “bipolar II”. Esto significa un reconocimiento tácito de su prevalencia y significación clínica. Este espectro de trastornos bipolares moderados representa uno de los mayores retos

terapéuticos y diagnósticos de la práctica clínica en nuestros días. Observaciones clínicas realizadas de forma longitudinal en los Estados Unidos (*Akiskal, 1983*) y en Italia (*Cassano, 1992*) han puesto de manifiesto formas sutiles de hipomanía que tienen lugar como parte de un temperamento ciclotímico (alternancia a lo largo de la vida de la hipomanía y “minidepresiones”) o de un temperamento hipertímico (estado hipomaniaco permanente). Esta expansión del área de la bipolaridad suave crea un amplio terreno de trastornos del espectro bipolar y restringe el del trastorno unipolar definido estrictamente. Existen fuertes evidencias de que la genética juega un papel importante en el desarrollo del trastorno bipolar, se han identificados algunos elementos poligénicos los cuales al parecer no siguen exactamente un patrón mendeliano. Diversos estudios sugieren que en aquellos pacientes en que la enfermedad inicia a temprana edad existe mayor evidencia de los factores familiares involucrados, especialmente en familiares de primer grado. (*Strober, 1992*).

La distinción entre las formas unipolares y bipolares de la enfermedad maniaco – depresiva es que lo mismo ocurre con los trastornos bipolares tipo II en ocasiones de forma errónea denominada como “trastornos bipolares leves”, ya que en realidad es una patología grave “se parece a una forma leve de la enfermedad maniaco – depresiva clásica en lo referente a la intensidad de los síntomas pero no en la frecuencia episódica; la conducta suicida no presenta diferencias entre los pacientes bipolares I y II. Es una enfermedad mas maligna en cuanto a la frecuencia de los episodios (*Vieta, 1977*).

La subtipificación unipolar - bipolar reconocida oficialmente por el DSM-III (1980) se ha completado en el DSM-IV (1994) que distingue entre tipo I y tipo II. Esta distinción ha sido validada y posee una buena estabilidad diagnóstica. La hipomanía juega un papel fundamental en la comprensión de la patología bipolar de un trastorno afectivo. Algunas veces en el caso de un trastorno bipolar II, resulta difícil realizar un diagnóstico cuando los episodios hipomaniacos no presentan unas características claramente diferentes en cuanto a la conducta normal premórbida. Por ejemplo algunas personas poseen un temperamento hipertímico o ciclotímico con alteraciones del humor que en ocasiones pueden filiarse como rasgos de una personalidad límite.

El trastorno bipolar tiende a persistir durante toda la vida, y al igual que enfermedades, como el trastorno depresivo mayor, su curso natural puede complicarse cuando el diagnóstico y tratamiento no se realizan de manera apropiada, es frecuente que la recuperación completa y sostenida tarde en presentarse, se presenten constantes recaídas, y se complique principalmente con el suicidio (*Angst, 2003*).

Tanto en el trastorno bipolar, como en el trastorno depresivo mayor, pueden presentarse la mayoría de las entidades del eje I y del eje II, las entidades que más comúnmente se presentan son abuso de sustancias, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la alimentación, trastorno de control de impulsos y trastornos de la personalidad principalmente limítrofe (*Mark, 1999*).

Cuando dos síndromes concurren en un mismo paciente, el curso y el pronóstico de la enfermedad son más complejos. Esto se traduce en dificultad para establecer tratamientos de primera línea, los cuales suelen no ser suficientemente efectivos. (*Sheehan, 1993*).

El DSM IV ha hecho oficial el concepto de trastorno bipolar “moderado” -menos que maníaco- bajo el nombre de bipolar II (salvando a muchos de ser diagnosticados de depresión unipolar). Curiosamente, este manual ha mantenido la etiqueta “bipolar no especificado” para formas bipolares menos claras que el bipolar II, esta condición, básicamente indefinida, acepta la posibilidad de que algunos pacientes con depresión cíclica puedan ser considerados como bipolares, aún si haber presentado episodios de franca hipomanía. En breve el reto del clínico será el reconocimiento de pacientes bipolares cuya oscilación afectiva quede por debajo de la hipomanía y aprender a diferenciarlos de trastornos depresivos mayores (*Sheehan, 1993*).

### **Ciclotimia.**

Los pacientes con ciclotimia presentan manifestaciones por periodos prolongados, por más de dos años (un año para los adolescentes y niños) de cortos períodos de depresión subsindrómica alternados con breves períodos de exaltación del estado de ánimo; esta variabilidad cíclica es, en esencia, un reflejo de la gran labilidad del humor característica de estos pacientes. Es interesante constatar que, de los pacientes diagnosticados como ciclotímicos, muy pocos (6%) llegan a presentar manía (*Akiskal, 1977*), por el contrario, un porcentaje importante (25%) desarrolla una depresión mayor. Los episodios depresivos tienden a cursar con hipersomnia e hiperfagia aunque, en algunos casos, se observa insomnio debido a los períodos mixtos (*Akiskal, 1995a*).

Los pacientes ciclotímicos presentan fases prolongadas de depresión y de euforia leves. Es un problema relativamente frecuente, pero poco diagnosticado. El inicio es generalmente insidioso y se da durante la adolescencia o en la etapa adulta temprana. El inicio en la etapa adulta tardía generalmente sugiere la asociación con alguna condición orgánica. Las manifestaciones de las dos fases son habitualmente menos intensas que en las formas de trastorno bipolar tipo I. Así los episodios son de euforia y de depresión con síntomas limitados. La inestabilidad afectiva que presentan estos pacientes lleva a que sean erróneamente diagnosticados como portadores de trastorno de la personalidad sobre todo de tipo limítrofe. Un cierto porcentaje de pacientes ciclotímicos evolucionan con el tiempo a formas I ó II de trastorno bipolar (*Díaz Martínez, 2002*).

La hipomanía se distingue de la manía por el poco deterioro que implica –si es que implica alguno- y por su menor duración, aunque el CIE-10 y el DSM IV estipulan una duración mínima de cuatro días, el estudio de Memphis (*Akiskal, 1977*) ha validado una duración de dos días y los estudios de Zurich (*Wick, 1991*) informan de una duración media de entre uno y tres días. El diagnóstico de un estado hipomaniaco a partir de la historia del paciente requiere de las observaciones de terceras personas

que atestigüen que ese estado se diferenciaba claramente del estado habitual del paciente. Es habitual que clínicos inexpertos planteen cuestiones acerca de cómo diferenciar la felicidad “normal” de la hipomanía clínicamente significativa: la hipomanía es una condición recurrente o intermitente, mientras que la felicidad humana no lo es (*Akiskal, 1987*).

En la práctica clínica es muy frecuente encontrarse con depresiones recurrentes asociadas a hipomanía espontánea (*Akiskal, 1987*), el temperamento interepisódico en muchos de estos pacientes bipolares tipo II es ciclotímico, es decir con depresiones intermitentes alternadas con hipomanías. Algunos pacientes deprimidos, cuando son observados por primera vez por un clínico, parecen “unipolares” cuando en realidad son bipolares en los que la hipomanía se hará evidente por primera vez tras la administración de antidepresivos. Muchos de estos pacientes tienen historias familiares de trastorno bipolar o un temperamento premorbido hipertímico, pero los pacientes con ciclotimia presentan depresión mayor durante la adolescencia o la edad adulta temprana (*Akiskal, 1979*). Un estudio llevado a cabo en el John Hopkins Hospital por el grupo de Simpson en 1999, mostró que el trastorno bipolar tipo II es el fenotipo más común en el trastorno bipolar. Uno de los mejores predictores de viraje bipolar sería la aparición de hipomanía durante el tratamiento con fármacos antidepresivos (*Akiskal, 1983; Strober y Carlson, 1982*).

## **Trastorno límite de la personalidad**

El trastorno límite de la personalidad fue incorporado al DSM III de la American Psychiatric Association en 1980, y 12 años más tarde, en 1992 fue adaptado para la décima revisión del CIE 10. De todos los trastornos de la personalidad, es el más diagnosticado en la práctica clínica moderna (*Loranger, 1997*). Los individuos con un trastorno límite de la personalidad representan aproximadamente el 2-3% de la población general (*Swartz, 1990; Zimmerman y Coryell, 1989*), casi un 25% de todos los pacientes hospitalizados, y alrededor de un 15% de todos los pacientes ambulatorios (*Koenigsberg, 1995; Widiger y Sessman, 1996*).

Los orígenes de este diagnóstico, se remontan a las observaciones clínicas de Adolph Stern (1938), un psicoanalista que identificó un subgrupo de pacientes que no encajaban en los límites habituales de la psicoterapia ni en el sistema clasificatorio vigente en la época, un sistema centrado básicamente en la división entre psicosis y neurosis. Una revisión erudita del trabajo que precedió al de Stern puede encontrarse en la obra de Mack (1975). Este grupo comenzó a ser más reconocido a principios de la década de 1950, gracias a los trabajos de Robert Knight en 1953. Este autor amplió el término límite al considerar que esta entidad nosológica lindaba no sólo con la frontera de las neurosis, sino también con la de las psicosis.

La utilización del término límite para diagnosticar los casos atípicos alcanzó un avance hasta la década de 1960, momento en el que se empezaron 3 líneas de investigación independientes. La primera por Otto Kernberg en 1967 definió la organización límite de la personalidad como una de las tres formas de organización de la personalidad, con formación débil o fallida de la identidad, defensas primitivas y un juicio de la realidad que se perdía transitoriamente en situaciones de estrés. La segunda contribución fue la proporcionada por Roy Grinker y cols (1968), el bajo los resultados de sus estudios facilitó los primeros criterios con base empírica. Estos criterios fueron: a) fracaso en la construcción de la propia identidad; b) relaciones anaclíticas; c) depresión basada en

la soledad, y d) predominio de manifestaciones de ira. La tercera investigación importante fue hecha por Kety y cols quienes se vieron forzados a desarrollar unos criterios para identificar si los parientes no psicóticos sufrían trastornos del espectro de la esquizofrenia (es decir, si eran “esquizofrénicos límite”) y posteriormente se demostró que estos individuos presentaban trastornos esquizotípicos de la personalidad, y no trastornos límite (*Guanderson, 1983*), el objetivo de este trabajo era estimular el interés por investigar el diagnóstico de trastorno límite y facilitar el desarrollo de teorías sobre estos pacientes en los ámbitos de la transmisión genética y de las terapias biológicas.

Los criterios DSM IV solo han cambiado ligeramente desde sus orígenes el DSM III. Haciendo una ampliación de cada criterio para enfatizar su significado clínico encontramos: (1) relaciones interpersonales intensas e inestables, que finalmente describe las manifestaciones interpersonales de la escisión intrapsíquica. Una característica fundamental de la psicopatología límite es la incapacidad de relacionarse con las personas significativas del entorno (es decir, fuentes potenciales de atención o protección) sin idealizarlas, si la relación es gratificante o devaluarlas, si no lo es. (2) Impulsividad, este criterio evolucionó desde la literatura inicial, en la que se describían los problemas de acting out como una forma de resistencia o huida de los propios sentimientos y conflictos. Los estudios realizados pusieron de manifiesto que la impulsividad de los sujetos límite era, distinta de la observada en los pacientes maníacos/hipomaníacos o antisociales por su naturaleza autolesiva. (3) Inestabilidad afectiva, estos problemas como elemento esencial del trastorno límite, sugiere que son las intensas reacciones emocionales las que provocan los problemas conductuales y son estas teorías las que han alentado el uso de fármacos eutimizantes. (4) la ira en el paciente límite implica una agresividad excesiva debida a un exceso temperamental o bien a una respuesta infantil a una frustración excesiva, esta ira causa problemas como escisión o conductas autolesivas. (5) las conductas suicidas o autodestructivas, se pudiera decir que son la especialidad conductual de los pacientes límite, es un criterio prototípico que cuando se presenta ante el médico, inmediatamente el diagnóstico viene a su mente. (6) la alteración de la identidad, se diferencia de los problemas genéricos que aparecen como normales del desarrollo, en especial en la

adolescencia, este criterio abarca las distorsiones de la imagen corporal que se observan en personas con anorexia o con un trastorno dismórfico corporal; aún más importante, intenta identificar los trastornos del “sí mismo” (self) que son más específicos de los pacientes límite. (7) con respecto a los sentimientos de vacío, esta sensación de vacío es visceral; normalmente se siente en el abdomen o en el pecho, y no debe confundirse con el miedo a no existir a la angustia existencial, este vacío es un criterio ejemplar de estos pacientes que lo discrimina de otros tipos de depresión. (8) el miedo al abandono debe diferenciarse de la ansiedad causada por la separación, mas común y menos patológica, estos pacientes son conscientes de su temor a ser abandonados, pero responden con “acting out” que no reconocen, esto es reconocido como “intolerancia a la soledad” y actualmente este criterio se reconoce como síntoma de un vínculo temprano inseguro. (*Fongay 1991; Gunderson, 1996*).

Y por último la pérdida del juicio de la realidad, deriva de la literatura clínica anterior, que hablaba de transferencias psicóticas y del potencial de regresión psicótica en un contexto terapéutico no estructurado. La existencia de pacientes que cumplen con los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad esta bien establecido, aunque su significado sigue aún revisándose en la medida en que se añade mayor especificidad a nuestra comprensión de la etiología y su continuidad con otras patologías como la ciclotimia del espectro bipolar.

## **Prevalencia y Comorbilidad.**

La prevalencia del espectro bipolar es mayor a 1%. El espectro bipolar se ha definido de varias maneras, pero generalmente incluye al TBP I, TBP II, TBPNE y ciclotimia. La prevalencia de trastornos del espectro bipolar a lo largo del ciclo vital es tan alta como 2.6 a 6.5%, lo que es equiparable a la tasa de adicciones o trastornos de ansiedad.

Los trastornos del espectro bipolar en muchas ocasiones se subdiagnostican o se pasan por alto debido a que la gama de síntomas es muy amplia e incluye comportamiento impulsivo, abuso de alcohol y sustancias, fluctuaciones en el nivel de energía y problemas legales. Los resultados de un diagnóstico equivocado o retrasado pueden ser devastadores.

Se estima que la prevalencia del trastorno bipolar oscila entre el 0.4 y el 1.7% estudios hechos en la comunidad y en medios clínicos que han examinado hipomanía, ciclotimia y formas depresivas. El estudio de Memphis de 1977 detectó ciclotimia en el 10% de la población ambulatoria crónica (*Akiskal, 1977*) y al año siguiente, *Weissman y Myers (1978)* publicaron un estudio acerca de individuos con trastorno afectivo a un nivel subsindrómico, que ofrecía unas cifras del 6% en la muestra estudiada en New Haven, Connecticut. Posteriormente, el estudio de *Depue y colaboradores (1981)* realizado en Buffalo, New York, sobre una muestra de estudiantes, mostró que el 6% de la misma era ciclotímica. En 1986, *Eckbald y Chapman (1986)* informaron que hasta un 6% de su muestra de estudiantes en Madison, Wisconsin, cumplía criterios de hipomanía recurrente. El mismo año, *Casey y Tyrer (1986)*, en Nottingham, Inglaterra, informaban de la presencia de exaltación del humor en el 6% de la comunidad. En otro estudio clínico realizado con población

psiquiátrica no seleccionada, se observó que el 5% de los pacientes eran ciclotímicos (*Akiskal, 1987*). Finalmente, dos estudios epidemiológicos de la década de los 90 informan de porcentajes de hipomanía en determinados estratos de edad: 4% en la población de 28-30 años en Zurich, Suiza (*Wicki, 1991*), y entre el 3 y el 5% de adolescentes en Oregón (*Lewinsohn, 1995*). Por lo tanto, entre el 3 y el 6% de la población general, parece mostrar inestabilidad temporal en forma de cursos hipomaníacos o ciclotímicos.

Estas cifras explican la alta prevalencia de ciclotimia y formas similares en población clínica que, a su vez, contribuye a validar la razón unipolar-bipolar de 1:1 estimada por las investigaciones en población clínica de Memphis (*Akiskal y Mallya, 1987*).

En México, la encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica (*Medina Mora, 2003*) reporta una prevalencia total de 1.3 y 2.0% para trastorno bipolar tipo I y II, respectivamente. En los que respecta a las deferencias debidas al género, se reporta una prevalencia de 1.6% y 1.1% para hombres y mujeres, respectivamente en lo referente a la presencia de manía (Trastorno bipolar tipo I). Para el trastorno bipolar tipo II, las prevalencias entre hombres y mujeres son del 2.4% y 1.6% respectivamente, lo cual nos indica que en México ambos tipos de trastorno bipolar son más prevalentes en la población masculina. Además de lo anteriormente mencionado, el trastorno bipolar es la sexta causa de pérdida de años productivos debidos a discapacidad y la segunda enfermedad neuropsiquiátrica causante de discapacidad, sólo detrás del trastorno depresivo unipolar. Habitualmente es una enfermedad que surge en la adolescencia tardía o la madurez temprana, y es una enfermedad que prevalece a lo largo de toda la vida, provocando disfunción en numerosas áreas de actividad, como el trabajo, la escuela, la familia y la vida social. La presentación cíclica de la enfermedad ocasiona recaídas y fases de recuperación cuya periodicidad es impredecible. El riesgo de suicidio es alto tanto en el trastorno bipolar como en el trastorno depresivo mayor, siendo estimado en 18.9% y 36%.

Muchos pacientes debutan en la enfermedad con la presencia de síntomas depresivos, por lo que deberá interrogarse al paciente sobre estos con el objeto de establecer adecuadamente la fecha de inicio de la enfermedad, así como indagar también el grado de reconocimiento de la enfermedad por parte del paciente y es importante incluir en el interrogatorio a un familiar, ya que la percepción de los síntomas cambia con el tiempo, con la fase de la enfermedad y con el tipo de episodio que sufra el sujeto en ese momento, un sujeto con un episodio depresivo tiene dificultades para recordar o subvaloran sus episodios de hipomanía.

Akiskal y cols., en un estudio prospectivo sobre sujetos bipolares, encontraron que cerca del 30% de los sujetos inicialmente diagnosticados con trastorno depresivo unipolar desarrollarían manía o hipomanía en el seguimiento a largo plazo. La historia personal ayuda en el proceso de diagnóstico de forma importante. Akiskal menciona que la mejor manera de hacer diagnóstico de las enfermedades del espectro bipolar es mediante la revisión longitudinal de la biografía del paciente. Los pacientes con trastorno bipolar suelen tener biografías accidentadas, mal desempeño o desempeño inestable en los terrenos laboral o escolar, fracasos conyugales importantes, bruscos cambios de rumbo en la vida, numerosos intereses e historia de toma de riesgos innecesarios, así como disfunción o disminución del rendimiento por debajo de lo esperado para las habilidades del individuo.

### **Diagnóstico Diferencial.**

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad a menudo muestran el mismo tipo de vida accidentada que los pacientes con ciclotimia y con trastorno depresivo mayor, debido a los múltiples episodios de síntomas afectivos que presentan (*Akiskal, 1977*).

Los pacientes que fueron validados como poseedores de un temperamento ciclotímico en el estudio de 1977, habían sido previamente diagnosticados

como “histriónicos-sociópatas” o “borderline-narcisistas”. Estudios recientes muestran que muchos de los pacientes que nosotros consideramos ciclotímicos serían etiquetados de “borderline” según los criterios actuales. La tendencia a observar taras de carácter por encima de inestabilidad afectiva – y el consecuente sobrediagnóstico de trastornos de personalidad es, en parte, debida al olvido de las formas bipolares moderadas. Hasta ahora, estos pacientes han sido diagnosticados de depresión mayor (eje I) con trastorno de la personalidad (eje II) o, en el peor de los casos, como un mero trastorno de la personalidad sin diagnóstico en el eje I.

Los numerosos estudios llevados a cabo sobre el curso y el pronóstico de los trastornos del ánimo han llegado generalmente a la conclusión de que tales trastornos suelen tener un curso crónico y que los pacientes suelen presentar recaídas. Aunque los trastornos del ánimo se consideran a menudo benignos, pueden producir una interferencia importante en la vida del sujeto (*Akiskal, 2004*).

## **Justificación.**

El conocimiento de la frecuencia con que se presenta ciclotimia en pacientes ambulatorios previamente diagnosticados con Trastorno de personalidad tipo límite en el Eje II, permitirá tanto que mejore su tratamiento, como una intervención temprana.

Los cuestionarios empleados podrían usarse como pruebas de tamizaje rutinarias en el manejo del paciente ambulatorio con datos correspondientes al espectro bipolar.

## **Planteamiento del problema.**

¿Cuál es la frecuencia de ciclotimia en pacientes ambulatorios previamente diagnosticados con Trastorno límite de personalidad?

## **Hipótesis.**

Hipótesis General.

H0 – La frecuencia de ciclotimia en pacientes con diagnóstico previo de Trastorno de personalidad tipo límite resultará **menor** a 15%.

HA - La frecuencia de ciclotimia en pacientes con diagnóstico previo de Trastorno de personalidad tipo límite resultará **mayor** a 15%.

## **Objetivos .**

Objetivo General.

Determinar la frecuencia de ciclotimia en pacientes ambulatorios del HPFBA que tengan diagnóstico previo de Trastorno de personalidad tipo límite y que reúnan los criterios de inclusión mencionados para nuestro estudio.

## **Metodología.**

### **a) Diseño del estudio.**

El estudio es de tipo descriptivo y transversal.

### **b) Sujetos.**

Se incluyeron pacientes que cursaron con un trastorno de personalidad tipo límite, previamente diagnosticado, que cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra se conformó por 122 pacientes tratados en la Consulta externa de Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA) entre junio y agosto del 2006.

### **c) Locación.**

Pacientes ambulatorios con manejo en Consulta externa HPFBA.

**d) Criterios de inclusión.** Se incluyó a todos aquellos pacientes que cursaron con un Trastorno de personalidad tipo límite previamente diagnosticado por médico tratante de Consulta externa HPFBA. Ambos sexos, edad mayor a 18 años y menor a 55, con o sin tratamiento farmacológico previo, con o sin consumo de sustancias, con o sin comorbilidad médica o psiquiátrica, sin presencia de síntomas psicóticos, que aceptaran participar en el protocolo a través de carta de consentimiento informado.

**e) Criterios de exclusión.** Se excluyó del estudio a menores de 18 y mayores de 55 años, a pacientes con cuadros agudizados que afectaran su conducta de modo que no pudieran responder a una entrevista semi-estructurada o al cuestionario escrito, a pacientes analfabetas, y a aquellos que retiraron su consentimiento informado.

## **f) Variables de Estudio (Definición conceptual y operacional)**

### **1.- Edad**

Definida a partir de la edad cronológica del paciente al momento de ingresar al estudio, obteniéndose mediante pregunta directa durante la entrevista clínica a los pacientes examinados, corroborando la información en la revisión posterior de la fecha de nacimiento incluida en cada uno de los expedientes clínicos. El nivel de medición es de tipo dimensional y los resultados serán exhibidos en forma de medias y desviaciones estándar.

### **2.- Sexo**

Determinado como “masculino” o “femenino” a partir del género del paciente. El nivel de medición es de tipo categórico y para los resultados se usarán frecuencias y porcentajes. Se obtuvo a través del fenotipo (apreciado durante entrevista), además de la revisión de rubro en expediente.

### **3. Trastorno límite de la personalidad.**

Trata de un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems. Se llegó al diagnóstico – *previo a nuestra investigación, por personal tratante de consulta externa HPFBA* - mediante el estudio del paciente ambulatorio en el servicio, conforme a los criterios diagnósticos DSM-IV-TR para Trastorno límite de la personalidad F60.31 (tabla 1) , con la ulterior consignación del mismo diagnóstico en el expediente clínico de cada paciente, obteniéndolo nosotros para el estudio, de cada expediente clínico.

### Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]

Criterio	Cuestionamiento
(1)	Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. <b>Nota:</b> no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
(2)	Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
(3)	Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
(4)	Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. el., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). <b>Nota:</b> no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
(5)	Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
(6)	Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
(7)	Sentimientos crónicos de vacío.
(8)	Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
(9)	Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

#### 4. Trastorno ciclotímico.

Se trata de un trastorno caracterizado por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Para detectar la presencia e ciclotimia se hizo semiología, revisión de expediente clínico y, por clinimetría se emplearon el Cuestionario de trastornos del estado del ánimo (versión español mexicano) o Mood Disorder Questionnaire (MDQ) para detección del trastorno y el TEMPS-A (acrónimo en inglés para la estimación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego), versión en castellano, para determinar las características de la ciclotimia, tales como *temperamento ciclotímico*.

## **Criterios diagnósticos DSM IV-TR para Trastorno ciclotímico F34.0 [301.13]**

<b>Criterio</b>	<b>Cuestionamiento</b>
<b>A</b>	Presencia por lo menos por 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y numerosos de síntomas depresivos (no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor)
<b>B</b>	Durante el período de más de 2 años la persona no ha dejado de presentar los síntomas del criterio a por más de 2 meses.
<b>C</b>	Durante los 2 primeros años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.
<b>D</b>	Los síntomas del criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico.
<b>E</b>	Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad médica
<b>F</b>	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **5. Estado civil.**

El Estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Se obtuvo mediante interrogatorio directo en entrevista y corroboración posterior en ficha de Trabajo social del expediente clínico.

### **6. Ocupación.**

Empleo u oficio que desempeña actualmente. Se obtuvo mediante interrogatorio directo en entrevista y corroboración posterior en ficha de trabajo social del expediente clínico.

### **7. Uso de sustancias.**

Consumo de drogas de abuso (incluyendo el alcohol), medicamentos sin prescripción médica y con acción psicotropa (ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, opioides, amfetaminas y fármacos con acción simpaticomimética) y/o tóxicos del tipo inhalantes, tales como los solventes, que provocan trastornos ya sea por consumo o bien inducidos secundariamente a éste uso. Se obtuvo mediante interrogatorio directo en entrevista y corroboración posterior en historia clínica y notas de seguimiento en el expediente de cada paciente.

### **8. Antecedente de intencionalidad suicida.**

Historial de ideación suicida (pensamiento, plan o deseo de cometer suicidio) o a la realización de un acto positivo o negativo (auto agresión física, gesto, acto o intento de suicidio) realizado por el paciente mismo, y que, según él sabía, debía producir como resultado la muerte por suicidio. Se obtuvo mediante la entrevista y la revisión de historia clínica y notas de seguimiento en el expediente de cada paciente.

### **G. Instrumentos clínicos. Espectro Bipolar – Ciclotimia.**

- i. TEMPS-A (acrónimo en inglés para la estimación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego).
- ii. Mood Disorder Questionnaire (MDQ o Cuestionario para trastornos del estado del ánimo (MDQ).

**Características del espectro bipolar – TEMPS-A.** Es el acrónimo en inglés para la estimación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego. Es

un instrumento auto aplicable de 21 reactivos de verdadero o falso para experiencias a través de la mayor parte de la vida. Al responder 10 o mas reactivos como positivos se considera que el sujeto tiene un temperamento ciclotímico, relacionado con distintos trastornos psicopatológicos que pueden tener relación con aspectos afectivos, ansiosos o de falla en el control de impulsos. Sobre la base de un temperamento ciclotímico-ansioso-sensible puede establecerse un trastorno bipolar, hipomanía asociada con antidepresivos, ansiedad de separación, trastorno dismórfico corporal, fobia social, personalidad antisocial, problemas de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y uso, abuso o dependencia a sustancias (Perugi, 2002).

La versión del cuestionario TEMPS-A que incluye 110 preguntas se ha adaptado al castellano siguiendo la metodología de traducción-retrotraducción, incluyendo dos traducciones al español y la clasificación de equivalencia al inglés por un autor independiente. Resultando una buena adaptación, ya que todos los ítems mostraron una equivalencia perfecta o satisfactoria, por lo que la TEMPS-A, versión española, se constituye e un cuestionario comprensible y equivalente a la versión en inglés, que permite la evaluación de los temperamentos afectivos (Sánchez-Moreno y Cols., 2005).

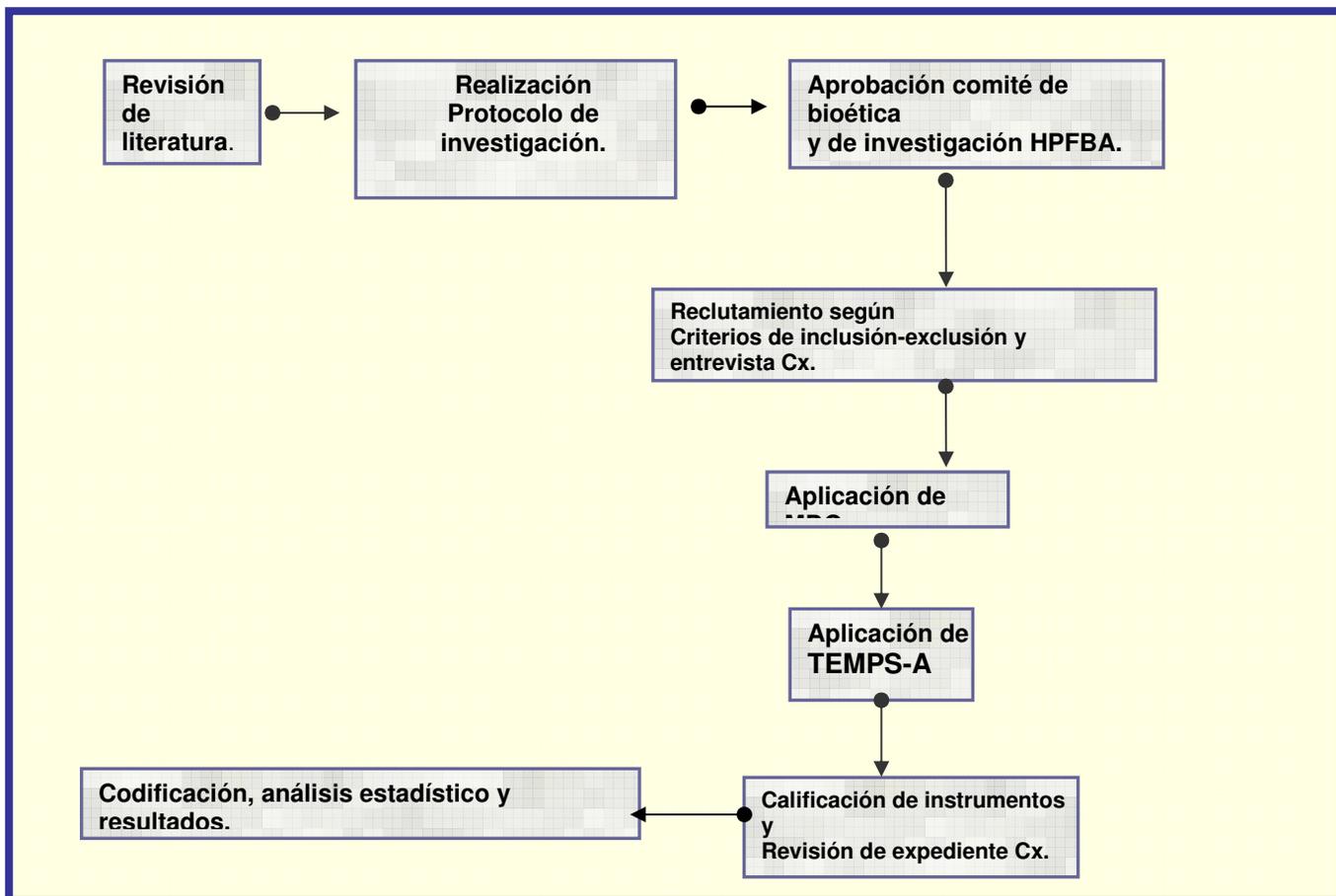
**Diagnóstico oportuno o tamizaje - Mood Disorder Questionnaire (MDQ o Cuestionario para trastornos del estado del ánimo (MDQ):** El “Mood Disorder Questionnaire” es el primer instrumento desarrollado específicamente para el tamizaje en población abierta del trastorno bipolar y otros del mismo espectro.

Hirschfield y colaboradores (2000) describieron el desarrollo y validación de un instrumento de tamizaje para espectro bipolar breve y fácil de usar llamado

Mood Disorder Questionnaire (MDQ); este estudio fue diseñado para determinar el umbral sintomático óptimo para determinar trastornos del espectro bipolar y asesorar la sensibilidad y especificidad de dicho umbral al compararlo con un diagnóstico hecho por un profesional de la salud mental como criterio estándar. Se llevó a cabo en cinco clínicas psiquiátricas con pacientes ambulatorios en un total de 198 sujetos y se concluyó que el punto de corte para obtener una sensibilidad óptima (73%) y especificidad óptima (90%) deben ser siete reactivos positivos.

Dado que la mayor parte de las entrevistas diagnósticas estructuradas toman demasiado tiempo y requieren de un especialista entrenado para practicarlas, el MDQ se mantiene como una buena opción de tamizaje, sin embargo no se valida al español y en población mexicana hasta 2006, en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr, Ramón de la Fuente” (Corona, 2006).

#### **h) Procedimiento.**



Procedimiento detallado.

- ⇒ De inicio se seleccionó el tema de la investigación a realizar, esto en base a una interés por parte del investigador principal y al posterior visto bueno por parte de los tutores elegidos.
- ⇒ Se eligieron las unidades y fuentes documentales y se accedió a la información para luego analizarla de manera crítica y formarnos juicios bien sustentados sobre las fuentes, tomando en consideración lo aprendido sobre el tema y la opinión personal formada sobre dicha información.
- ⇒ En seguida se inició la elaboración del protocolo de la investigación a manera de reporte escrito, donde se expuso el tema a desarrollar, el procedimiento a seguir y la metodología tentativa, esto partiendo de una base.
- ⇒ Al finalizarlo se presentó al Comité de Bioética e investigación del HPFBA para la aprobación correspondiente, luego de la cual se inició el trabajo de campo en el área de consulta externa de la misma institución, con pacientes que acudían a citas de seguimiento programadas, a los cuales se les invitó a participar en nuestro estudio, previa explicación detallada y firma del consentimiento informado del paciente. Esto sin olvidar que también debían de cumplir con los criterios de inclusión del estudio para ser integrados al mismo.
- ⇒ Para la aplicación de los instrumentos se explicó durante la invitación, el procedimiento y lo que se esperaba obtener al calificarlos. Ambas escalas son

autoaplicables, no demorándose en total más de 30 minutos para su contestación.

- ⇒ Después se revisó expediente clínico para corroborar y/o complementar la información general del paciente.
- ⇒ Se decodificaron los instrumentos empleados y se construyó la base de datos con el programa SPSS 15.0 versión inglés.
- ⇒ Finalmente se estructuraron y elaboraron los productos de la investigación, a través de un reporte escrito, de forma narrativa, dividiéndolo en cuatro ejes: introducción, marco teórico, discusión-conclusiones y referencias documentales.

## **Análisis Estadístico.**

Se utilizó el programa SPSS versión 15.0 para la elaboración de la base de datos y el análisis estadístico. La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con promedios y desviación estándar (+/-) para las variables dimensionales.

En la comparación de grupos (pacientes en los que se diagnosticó ciclotimia y pacientes en los que no se diagnosticó dicha entidad nosológica) se utilizó la t de Student para muestras independientes.

## **Resultados**

### **Características demográficas**

La muestra de estudio estuvo compuesta por un total de 122 individuos. La mayoría de los pacientes fueron mujeres (77%), la edad promedio de la muestra fue de 31.22 años con rango de 17 a 56 años. solteros (62.3%) y desempleados (55.7%).

### **Diagnóstico de ciclotimia**

Un total de 47 pacientes (38.5%) cumplieron criterios para ciclotimia según el DSM IV TR y los datos obtenidos a través de los instrumentos empleados y previamente mencionados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con diagnóstico de ciclotimia sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y uso de sustancias. En promedio el grupo de pacientes con ciclotimia fue 3.51 años más jóvenes que el grupo sin ciclotimia (29.06 versus 32.57  $t=1.98$   $p=0.049$ ). En promedio los pacientes con ciclotimia contaban con 2.10 más intentos suicidas que el grupo sin ciclotimia (4.15 versus 2.05  $t=2.135$   $p=0.035$ ).

En cuanto a síntomas afectivos de tipo depresivos ambos grupos (con y sin ciclotimia) no mostraron diferencias significativas (22.04 versus 20.27  $t=1.32$   $p=0.20$ ). El grupo

con ciclotimia mostró niveles más elevados de síntomas de elevación (24.34 versus 17.23  $t=4.81$   $p>0.001$ ; TEMPS 16.13 versus 10.87  $t=7.8$   $p>0.001$  y MDQ 9.40 versus 4.88  $t=10.25$   $p>0.0001$ ).

El 61.5% de los pacientes de esta muestra contaban con al menos un intento suicida en el curso de su padecimiento y la distribución de los datos mostraba una kurtosis derecha (promedio 2.86 DE 5.35). El 66.4% de los pacientes contaban con antecedente de uso de sustancias. La probabilidad de subdiagnóstico de ciclotimia resulto de 3.73.

## **Discusión.**

*En este estudio se encontró una frecuencia de Trastorno ciclotímico en población previamente diagnosticada con Trastorno de personalidad tipo límite de 38.5%.*

Comparando los grupos diagnósticos encontramos que el 77% de los pacientes fueron mujeres, aproximadamente 60% solteros y 55% desempleados, lo cual corrobora lo que se menciona en el estudio del grupo de van Valkenburg del 2006, donde la muestra también estaba constituida por pacientes con Trastorno de personalidad tipo límite y se encontró una frecuencia de ciclotimia estimada entre 5.7 y 9%. Sin embargo, durante el mismo año el grupo de Akiskal realizan otro estudio en el mismo tipo de población, encontrando Trastorno ciclotímico en pacientes con Trastorno límite de la personalidad cercano al 50.2%.

Partiendo de que el objetivo de nuestro estudio consistió en determinar la presencia de sub-diagnóstico de ciclotimia, se cumplieron las expectativas al haberse comprobado la hipótesis de trabajo. Hubo significancia tanto estadística como clínica, sin embargo considerando la complejidad del trastorno sería conveniente un nuevo estudio, ahora con más fortaleza metodológica, como en el caso de los estudios longitudinales, idóneos para el tipo de investigaciones respecto a éstas dos complejas psicopatologías.

## **Conclusiones.**

- 1) En una muestra de 122 adultos mexicanos, pacientes ambulatorios del HPFBA y, que previamente habían sido estudiados, dictaminándoles la presencia de Trastorno límite de personalidad, se encontró una frecuencia de Trastorno Ciclotímico de 38.5% que legitima la hipótesis de la investigación.
- 2) Al resultar estadísticamente significativo pese a una asociación no tan importante, sería muy valioso el realizar posteriormente un estudio similar pero longitudinal y con un tamaño de muestra mayor , para que al reducirse la amplitud del intervalo de confianza se obtenga una asociación mas confiable.
- 3) Nuestro estudio es valioso porque no existen muchos estudios formales similares tanto en México como en el mundo, ya que la mayoría de los que se le asemejan fueron hechos buscando el subdiagnóstico de Trastorno Bipolar, o bien utilizan pacientes portadores de diferentes Trastornos de personalidad.
- 4) El diagnóstico diferencial de los pacientes con trastorno límite de la personalidad no es sencillo el mayoría de ocasiones. En muchos de éstos pacientes sobresalen la inestabilidad emocional y las vivencias depresivas dificultando aun más el diagnóstico diferencial de la entidad nosológica. Los estudios futuros están en esta línea y aportarán datos más esclarecedores que los comentados por investigadores sobre esta relación, lo que ayudará a una mejor comprensión y manejo del enfermo.

## **Bibliografía**

1. Alp Ücok, Deniz Karaveli, Turgut Kundakci, and Olcay Yazini. Comorbidity of Personality Disorders with Bipolar Mood Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 39, 1998: pp 72-74.
2. Atre-Vaidya, Nutan M: D.; Hussain, Syed M. M .D. Borderline Personality Disorders and Bipolar Mood Disorder: two Distinct Disorders or a Continuum? *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. 187(5). 1999: pp 313-315.
3. Bolton, Sara MD; Gunderson, John G. MD. Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Disorder: Differential Diagnosis and Implications. *The American Journal of psychiatry*. Vol. 153(9), 1996: pp 1202-1207.
4. Chantal Henry, Vivian Mitropoulou, Antonia S. New, Harold W. Koenigsberf, Jeremy Silverman, Larry J. Siever. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of psychiatric Research*. Vol. 35, 2001 pp 307-312.
5. De Flores. I. Formenti, Tomás, et al. *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Edit. Masson. 6a. ed. México, 2003.
6. Franco Benazzi. Borderline Personality Disorders and Bipolar II Disorder in Private Practice Depressed Outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 41. No 2 (March/April), 2000, pp 106-110.
7. Hagop S. Akiskal. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinava*. vol. 110, 2004, pp 401-407.
8. Peter Brieger, Uwe Ehrt, and Andreas Marneros. Frequency of Comorbid Personality Disorders in Bipolar and Unipolar Affective Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 44, No 1 (January/February), 2003: pp 28-34
9. Vieta, eduard M: D: Colom, Francesc Ph., D.; Martínez-arán, Anabel Ph.D., Benabarre, Antonio M: D: Gastó, Cristóbal M.D. Vol. 187(4). April 1999: pp 245-248.
10. Akiskal HS, Bowden CL. The spectrum of bipolarity, Hiperlink <http://medscape.com/Medscape/CNO/2000APA>.

11. Akiskal HS, Cassano GB, Musetti I, Perugi G, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. *Psychopathology* 1989; 22:268-277.
12. Akiskal HS, Djenderedjian AH, Rosenthal RJ, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J psychiatry* 1977; 134:1227-1233.
13. Akiskal HS, Dhani MK, Scott-Strauss a cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin north Am* 1979; 2:527-554.
14. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Warshaw M, Clayton P, Goodwin F. Switching from "unipolar" to bipolar II. An 11 year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:114-123
15. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4:25-46.
16. Akiskal HS. The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon I, psychiatry update: the American psychiatric Association annual review. Washington KC: American Psychiatric Press, 1983; 271-292.
17. Baillarger J. De la folie á double forme. *Ann Med psychol (Paris)* 18546:367-391.
18. Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, Musetti I, Perugi G. proposed subtypes of bipolar II and related disorders: whit hypomanic episoder (or ciclothymia) and with hipertymic temperament. *J Afect Dosord* 1992; 26:127-140.
19. Doens NS, Swerdiow NR, Zisook S. The relationship of affective illness and personality disorders in psychiatric outpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1992; 4:87-94.
20. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, et al. Switching from "unipolar" to bipolar II. A 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients, *Arch Gen Psychiatr* 1995; 52:114-123
21. Akiskal H. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders, Beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*, 16 (suppl 1): 4s-14s, 1996.
22. Akiskal H. Classification, Diagnosis and Boundaries of Bipolar Disorders: A review. En. *Bipolar Disorder*; Maj M, Akiskal H, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N Editors, WPA Series. Vol 5: 1-52, 2002b.

23. Angst J, Sellaro R. Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. Biol. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures, 2000.
24. Conus P, McGorry PD. First-episode hipomania: a neglected priority for early intervention. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36:158-172, 2002.
25. Gorski E, Willis KC. A Pilot Study Examining the Relationship Between Patients' Complaints and Scores on the Hirschfeld Mood Disorder Questionnaire. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2003 Oct;5(5):201-204.
26. Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Dell'Osso B, Carpiniello B, Morosini PL, Calabrese JR, Carta MG. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005 Jul 21;1:8.
27. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rapport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry. 2000 Nov;157(11):1873-5.
28. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2003 Feb; 64(2):161-74.
29. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD. Screening for bipolar disorder in the community. J Clin Psychiatry. 2003 Jan;64(1):53-9.
30. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. J Affect Disord. 2005 Apr;85(3):293-9.
31. Lara Muñoz MC, Evaluación Clínica en Psiquiatría, Programa de Actualización Continua en Psiquiatría-4. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., 159-160, 175-177, 2003.
32. Moore DP. Syndromes of disturbances of mood and affect. En Textbook of Clinical neuropsychiatry, 261-269, 2001.

33. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS. Polarity of the First Episode, Clinical Characteristics, and Course of Manic Depressive Illness: a systematic Retrospective investigation of 320 Bipolar I patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41:13-18, 2000.
34. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin N Am* 25 (2002) 713-737.
35. Sánchez-Moreno J, Barrantes-Vidal N, Vieta E, Martínez-Arán A, Saiz-Ruíz J, Montes JM, Akiskal K, Akiskal HS. Proceso de adaptación al español de la Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego. Versión auto aplicada ( TEMPS-A ). *Actas Españolas Psiquiátricas* 2005; 33(5): 325-30.
36. Winokur G, Coryell W, Sélér M, y cols. A prospective study of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. 50:457-465, 1993.
37. Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenberder KD, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Sanislow ChA, Yen S. Descriptive and Longitudinal Observations on the Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 1173-78.
38. van Valkenburg C, Kluznick JC, Speed N, Akiskal HJS. Cyclothymia and Labile Personality: Is all *Folie Circulaire*?. *Journal of Affective Disorders* 2006; 96(3): 177-81.

## APÉNDICE 1.

### Ficha sociodemográfica.

Nombre:
Expediente:
Sexo: M: 1 F:2
Edad: Años
Edo. Civil: S:1 C:2
Escolaridad: Años completados (desde el inicio primaria)
Ocupación: 1: Empleado 2: Desempleado
Edad de inicio de padecimiento actual:
Inicio de padecimiento actual posparto: 1: SI 2: NO
Estados de hipomanía: No.
Estados depresivos previos: No.
Intentos suicidas previos: No.
Tratamiento farmacológico actual: (describirlo)
Consumo de sustancias (alcohol, benzodiazepinas, tabaco, café): 1: SI 2: NO

### Criterios diagnósticos DSM IV para trastorno ciclotímico.

<b>Criterio</b>	<b>Cuestionamiento</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
<b>A</b>	Presencia por lo menos por 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y numerosos de síntomas depresivos (no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor)		
<b>B</b>	Durante el período de más de 2 años la persona no ha dejado de presentar los síntomas del criterio a por más de 2 meses.		
<b>C</b>	Durante los 2 primeros años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.		
<b>D</b>	Los síntomas del criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico.		
<b>E</b>	Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad médica		
<b>F</b>	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.		

## Apéndice 2. Cuestionario para trastornos del estado del ánimo.

1.	¿Ha habido ALGÚN PERIODO DE TIEMPO en el cual su comportamiento fue diferente del habitual y....	SI	NO
	...se sentía tan bien o tan acelerado que los demás pensaron que estaba fuera de lo normal, o bien, se sentía tan acelerado que se metió en problemas?		
	...estaba tan irritable que le ha gritado a la gente o ha empezado peleas y discusiones?		
	... se sentía mas seguro de sí mismo que lo habitual?		
	...dormía menos horas de las habituales y no le hacía falta recuperarlas?		
	...estaba mas platicador o hablaba más rápido de lo habitual?		
	...sentía que le llegaban muchas ideas a la vez y no podía detenerlas?		
	...se distraía tan fácilmente por las cosas a su alrededor que tenía problemas para concentrarse o mantenerse atento?		
	...tenía mucha mas energía que la habitual?		
	... estaba mucho mas activo/a o hacía mas cosas que lo habitual?		
	... tenía mas actividad social que de costumbre, por ejemplo, salía mas de casa o llamaba por teléfono a altas horas de la noche?		
	... estaba mucho mas interesado/a en el sexo de lo habitual?		
	... hacía cosas fuera de lo común para usted o que otras personas consideraran exageradas, tontas o riesgosas?		
	... gastaba dinero de tal forma que le ocasionara problemas a usted o a su familia?		
2.	Si contestó SI en mas de una de las preguntas anteriores, ¿varias de ellas se presentaron durante un mismo periodo de tiempo? Por favor circule solo una respuesta.  SI NO		
3.	¿Que tan graves han sido los problemas ocasionados por estas conductas? Por ejemplo: no poder trabajar; problemas familiares, económicos o legales; pleitos o discusiones con consecuencias graves. Por favor circule solo una respuesta.  Sin problemas Problemas mínimos Problemas moderados Problemas graves		

### Apéndice 3. Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego. TEMPS-A.

V= Verdadero.

F= Falso.

1. V F Frecuentemente me siento cansado(a) sin ninguna razón.
2. V F Tengo cambios súbitos en mi ánimo y energía.
3. V F Mi ánimo y energía puede estar alto o bajo, pero raramente en un punto medio
4. V F Mi habilidad para pensar varía mucho, de clara a trabajosa, sin razón aparente.
5. V F Puede agradarme mucho una persona y, de pronto, pierdo el interés en él o en ella.
6. V F Frecuentemente me encolerizo con la gente, y luego me siento culpable por ello.
7. V F Frecuentemente empiezo cosas y luego pierdo el interés antes de terminarlas.
8. V F Mi ánimo cambia frecuentemente sin razón.
9. V F Cambio constantemente entre animado(a) y perezoso(a).
10. V F A veces me voy a dormir sintiéndome abatido(a), pero me despierto sintiéndome formidablemente.
11. V F A veces me voy a dormir sintiéndome maravillosamente pero me despierto sintiendo que la vida no tiene sentido.
12. V F Me dicen que a veces soy pesimista respecto a las cosas, y que olvido los buenos tiempos.
13. V F De pronto me siento sumamente confiado(a) y en otros momentos me siento inseguro(a) acerca de mí mismo(a).
14. V F De pronto me siento confiado(a) y en otros momentos quiero alejarme de los demás.
15. V F Siento todas las emociones muy intensamente.
16. V F Mi necesidad de dormir varía mucho, de unas cuantas horas a más de 9 horas.
17. V F El modo en que veo las cosas es a veces vívido y en otros momentos parece sin vida.
18. V F Soy el tipo de persona que puede estar triste y feliz al mismo tiempo.
19. V F Sueño despierto(a) con oportunidades que otras personas consideran imposibles de conseguir.
20. V F Frecuentemente siento la fuerte necesidad de hacer cosas exageradas.
21. V F Soy el tipo de persona que se enamora y se desenamora fácilmente.

#### **Apéndice 4. Consentimiento informado.**

##### **“Frecuencia de ciclotimia en pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, estudio comparativo con frecuencia de ciclotimia en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor”.**

Esta carta es una invitación a participar en un proyecto de investigación que nos permitirá detectar mejor una condición psiquiátrica conocida como ciclotimia. Se le invita a usted a participar porque en la primera entrevista que tuvo en este hospital se detectó como su problema principal una enfermedad del estado del ánimo. Las pruebas a realizar ayudan a entender si su problema del estado de ánimo es un trastorno ciclotímico o no, que es parte del espectro bipolar.

Si usted tuviera un trastorno ciclotímico y no se detectara inicialmente, se retrasaría el tratamiento adecuado para esta condición. Mientras no se da un tratamiento adecuado, el paciente puede seguir padeciendo su enfermedad aunque ya este siendo atendido por un médico calificado, prolongando su sufrimiento y entorpeciendo su curación.

En caso de que usted amablemente decida ayudarnos con esta investigación, le pediremos que acepte una nueva entrevista, más enfocada a los trastornos del estado de ánimo únicamente, y que responda a 7 escalas para saber si tiene ciertos síntomas o no los tiene. Se calcula que esto tomará como máximo 40 minutos de su tiempo. Usted será escuchado y atendido por un profesional durante todo el procedimiento.

Toda la información que usted comparta con nosotros será estrictamente confidencial y anónima, y será usada EXCLUSIVAMENTE para esta investigación. Usted se beneficiará de un diagnóstico clínico más oportuno y de mejores posibilidades de recuperación. En cualquier momento puede hacer preguntas sobre el procedimiento y en caso de desacuerdo podrá retirar su participación en el momento que usted lo deseé.

---

Nombre y firma del paciente

---

Nombre y firma del entrevistador principal.

---

Nombre y firma de testigo

---

Nombre y firma de testigo