



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina



## **Hospital Psiquiátrico “ Fray Bernardino Álvarez”**

Comorbilidad del Trastorno Límite de la Personalidad con el Trastorno Bipolar en  
Pacientes Hospitalizados del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

RODRIGO OCHOA RUBIO

ASESORES DE TESIS

ASESOR TEORICO

Dra. Cecilia Bautista M.A. H.P.F.B.A.

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Fernando Corona M.A. H.P.F.B.A  
Psic. Janet Jiménez Genchi Psic. H.P.F.B.A.

MÉXICO D.F. AGOSTO DEL 2011



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.

## AGRADECIMIENTOS:

A mi madre, a mi padre por recibirme en esta vida y darme todo lo que son para ser quien soy.

A mi prometida, por su amor incondicional aquí, ahora y siempre.

A mis maestros y compañeros, por compartirme generosamente su experiencia de vida.

A mi País México, por permitirme una educación superior de calidad con valores y responsabilidad.

Al Gran Creador por hacerme ser.

Índice	página
1 Introducción	1
2 Marco Teórico: Antecedentes y Marco Conceptual	3
3 Método	12
Justificación y Planteamiento del Problema	12
Objetivo General y Específico	13
Hipótesis	13
Variables: Dependiente, Independiente	13
Muestra	13
Sujetos	13
Criterios de Selección: Inclusión, exclusión y eliminación	14
Tipo de Estudio	14
Instrumentos de Evaluación y Medición	14
Procedimiento	15
4 Análisis Estadístico	16
5 Resultados	16
6 Discusión	22
7 Conclusiones	26
8 Referencias	27
9 Anexos	30
Consentimiento Informado	
Instrumentos de Medición	

Lista de gráficas y abreviaturas	página
1. Distribución por sexo de la población.	16
2. Distribución por edad de la población.	17
3. Distribución por escolaridad de la población.	17
4. Distribución por estado civil de la población.	18
5. Distribución por ocupación de la población.	18
6. Frecuencia de pacientes con Trastorno Bipolar	19
7. Frecuencia de pacientes con Trastorno Límite	19
8. Frecuencia de Trastorno Bipolar	20
9. Frecuencia de Trastorno Límite	20
10. Área Afectiva de la Escala DIB-R	21
11. Área Cognitiva de la Escala DIB-R	21
12. Área de Conductas Impulsivas de la Escala DIB-R	22
13. Área de Relaciones Interpersonales de la Escala DIB-R	22

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad.

TBP: Trastorno Bipolar

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

DIB-R: Diagnostic Interview for Borderline - Revised

MDQ: Mood Disorder Questionnaire

DSM- IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición.  
 Texto revisado.

## Resumen.

El trastorno límite de personalidad es un trastorno caracterizado por impulsividad grave e inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y la afectividad. Frecuentemente presente en la práctica clínica, se puede asociar o no a otros trastornos mentales (11 y 40.4%). Esta Tesis es un estudio descriptivo transversal prospectivo observacional. Tiene la hipótesis siguiente: los pacientes que son ingresados a hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con el diagnóstico de ingreso Trastorno Límite de la Personalidad presentan una comorbilidad o diagnóstico diferencial con Trastorno Bipolar no identificada. El estudio se realizó en pacientes ingresados al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo agosto 2010 – enero 2011. Se tomó una población cuyos rangos de edad fueran de los 18 a los 59 años de edad, ambos sexos, 30 de estos con diagnóstico de ingreso de Trastorno Límite de la Personalidad y 30 más con diagnóstico de ingreso con Trastorno Bipolar, posteriormente se aplicarán las escalas de Trastorno Límite de la Personalidad, Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R) así como el Cuestionario de Trastornos del Humor (MDQ para TBP) a ambas poblaciones. Se realizó un estudio de frecuencias y se encontró que la comorbilidad TLP de diagnóstico de ingreso y TBP comórbido fue del 13.3%. La comorbilidad de TBP de diagnóstico de ingreso y TLP alcanzó el 20% .

## 1. Introducción.

La distinción entre los trastornos de personalidad y del ánimo es un asunto polémico en psiquiatría. Ha sido particularmente controvertido definir la frontera entre el trastorno de personalidad límite y el trastorno bipolar, más aún cuando muchos autores dudan de la existencia del diagnóstico "borderline" (límite). En pacientes con inestabilidad afectiva e impulsividad, a menudo es difícil determinar si estos síntomas ocurren dentro del contexto de episodios concretos, si representan un patrón estable de funcionamiento o son una combinación de ambos. Son difíciles de clasificar los pacientes que tienen comportamientos de mala adaptación social persistente e inestable y además síntomas afectivos intermitentes. (4)

Puede ser problemático hacer un diagnóstico en evaluaciones transversales, porque los pacientes con ambos trastornos pueden presentar síntomas similares en un momento dado. Algunos autores sugieren que muchos pacientes diagnosticados como Trastorno de Personalidad Límite (TLP) son mejor descritos como Trastorno Bipolar, que la clasificación bipolar es demasiado reducida, o que el TLP debería ser considerado como una variante

de los trastornos afectivos. Otros presentan evidencia que confirma al TLP como un constructo válido. Parece haber suficiente evidencia para considerar que el Trastorno de Personalidad Límite sea un diagnóstico válido. Para evitar errores de diagnóstico en pacientes que presenten inestabilidad afectiva e impulsividad, es esencial una historia longitudinal detallada. (14).

En el pasado, la patología límite se ha visto como una variante de la psicosis, de la depresión o del trastorno por stress postraumático, pero hay diferencias importantes entre todas estas condiciones y el TLP. La propuesta que el TLP cae dentro del espectro bipolar depende de la presunción que la inestabilidad afectiva se desarrolla a través del mismo mecanismo en ambas categorías diagnósticas. Hay diferencias mayores en la fenomenología, historia familiar, curso

longitudinal y respuesta al tratamiento entre el trastorno de personalidad límite y el trastorno bipolar, y los hallazgos de los estudios de comorbilidad son equívocos. Por lo tanto, la evidencia existente es insuficiente para mantener el concepto que el TLP cae dentro del espectro bipolar (33).

La relación entre el trastorno de personalidad límite y el trastorno bipolar ha sido un tema polémico desde que el trastorno de personalidad límite se incorporó al DSM III en 1980 (13).

El trastorno bipolar es esencialmente un trastorno de la fluctuación del humor, caracterizado más a menudo por depresión. El trastorno de personalidad límite es esencialmente un trastorno hiperreactivo/impulsivo con rasgos del estado de ánimo, más otros síntomas que afectan al pensamiento y a la percepción, el concepto de sí mismo, las relaciones, etc. Involucra inestabilidad no sólo del humor, sino también de la percepción de sí mismo, de los otros, de las relaciones, de la firmeza de la conducta, del autocontrol, etc (44).

La perturbación del humor, en el trastorno bipolar, es típicamente en la dimensión depresión-manía (ó hipomanía). En el trastorno de personalidad límite, sin embargo, las perturbaciones del humor involucran las dimensiones de ira y ansiedad. Se observa alta impulsividad y hostilidad. En el trastorno bipolar los comportamientos autodestructivos se deben a que el individuo se siente todo poderoso e invencible, mientras que en el trastorno de personalidad límite los comportamientos autodestructivos son un intento de frenar el sufrimiento (6).

El paciente borderline o límite fluctúa entre dos polos: omnipotencia - desvalorización; idealización - descalificación; la inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (la relación del individuo con el mundo externo); la carencia de una identidad integrada, de la autoimagen o del sentido de sí mismo, que es persistentemente inestable. El paciente TBP utiliza como principal mecanismo de defensa la escisión (la división de los objetos

externos en "completamente buenos" y "completamente malos") con virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y conceptualizaciones sobre una persona particular, así como la oscilación repetitiva extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo; aumento de la ansiedad en el paciente cuando se le señalan aspectos contradictorios de su autoimagen o de sus representaciones objetales; impulsividad, con cambio brusco y repentino de amor a odio; auto y heteroagresividad (9).

## 2. Marco Teórico: Antecedentes y Marco Conceptual.

### Trastorno Límitrofe de la Personalidad

Temperamento y carácter son términos utilizados para delimitar la participación de la biología y los factores psicosociales en la conformación de la personalidad normal y los trastornos de la personalidad. A veces la parte biológica es la determinante (3, 34); en otras, el papel principal lo llevan la crianza y eventos psicosociales ocurridos a lo largo de la vida. El trastorno límite de personalidad (TLP) se caracteriza tanto por impulsividad como por inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad (2, 3). En los estudios familiares se ha observado que el TLP y otros trastornos caracterizados por impulsividad, como el trastorno antisocial y el abuso de sustancias, son más frecuentes en familias de pacientes con trastorno límite. Los estudios de concordancia en gemelos idénticos señalan la transmisión genética tanto de la inestabilidad afectiva como de la impulsividad (11). Los estudios neurobiológicos indican que la serotonina es el neurotransmisor relacionado con la impulsividad (20). La inestabilidad afectiva también parece estar mediada por la serotonina a través de una falta de inhibición de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico (9). El trastorno límite de la personalidad es producto de la interacción de factores biológicos (temperamentales), psicológicos y conductuales. Se ha observado hasta en 25% de pacientes con TLP y abuso sexual en la niñez (33), junto con las

mujeres que sufrieron abuso durante la niñez, que presentan cambios en el volumen del hipocampo y la amígdala (14). De por sí, los niños con patología límite presentan alteraciones en la flexibilidad cognitiva, la planeación, la atención y el alertamiento, todo lo cual afecta su capacidad para procesar e integrar las experiencias traumáticas (11). Se ha llegado a proponer que el TLP es una variante del trastorno de estrés postraumático (10).

El TLP se observa entre 11 y 40.4% de los pacientes psiquiátricos. En un estudio reciente se halló en 9.3% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y distintos trastornos de ansiedad (5). Considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV (2), se describen frecuencias de 22.5% a 33.3% (20), y en pacientes con intentos suicida de 41% (11).

Los nueve criterios propuestos para diagnosticar un TLP (3) pueden agruparse en las cuatro dimensiones del modelo psicobiológico de personalidad: 1. La dimensión de organización cognitivo-perceptual, que se relaciona con la esquizofrenia. 2. La dimensión de regulación afectiva, que se asocia con los trastornos del estado de ánimo. 3. La dimensión de impulsividad-agresividad, que se relaciona con los trastornos del control de impulsos. 4. La dimensión de ansiedad e inhibición, que se vincula con los trastornos de ansiedad. Las anormalidades en estas dimensiones ocurren a lo largo de un continuo. En un extremo se encuentran los síntomas de los trastornos mentales relacionados con el Eje I y, en el otro, los trastornos de la personalidad (Eje II) (5). Los pacientes con TLP muestran alteraciones persistentes en las cuatro dimensiones. La combinación de estas alteraciones con los mecanismos de defensa y las estrategias de adaptación originan los comportamientos característicos del TLP (26).

1. La dimensión cognitivo-perceptual refleja el proceso de enfocar y percibir los estímulos, relacionarlos con experiencias previas y seleccionar la respuesta apropiada. Los defectos en los procesos de atención y selección afectan la cognición y, por lo mismo, la adaptación al ambiente.

El paciente con TLP manifiesta alteraciones relacionadas con esta dimensión en forma de ideación paranoide y con síntomas disociativos, pero únicamente al estar bajo un estrés importante. En estos pacientes el estrés compromete el funcionamiento de los lóbulos frontales al aumentar la liberación de norepinefrina y dopamina en la corteza prefrontal; y condiciona un menor volumen de la corteza frontal dorsolateral (10), parietal derecha y del hipocampo (34).

2. La alteración en la dimensión de regulación afectiva se manifiesta en cambios rápidos del estado afectivo. La inestabilidad afectiva es responsable de las relaciones tormentosas, fluctuaciones en la autoimagen y la autoestima, el mal genio y el enojo constantes, las peleas físicas y los sentimientos de vacío. Esta inestabilidad afectiva se relaciona asimismo con la falta de modulación de la serotonina sobre los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico (13). La administración de anfetaminas puede causar alteraciones psicóticas, depresivas o ansiosas, o bien ocasionar una muy notoria mejoría en el ánimo. Esta hipersensibilidad a las anfetaminas refleja un funcionamiento limitado de los sistemas adrenérgicos en el nivel de la corteza prefrontal y del sistema límbico (4). El volumen de la amígdala y el hipocampo de las mujeres con TLP es menor. Cuando se les expone a estímulos visuales que generan emociones negativas, muestran una activación excesiva de la amígdala (30).

3. La alteración en la dimensión de impulsividad-agresividad origina falta de control en el uso de alcohol o drogas, atracones de comida, problemas en la forma de conducir y gastar, gestos o intentos suicidas, ira inapropiada y dificultad para controlarla y automutilación. La heredabilidad de esta dimensión se sustenta tanto en hallazgos en estudios familiares como en gemelos idénticos. En varones gemelos idénticos, la herencia explica 47% de la agresividad dirigida hacia otros, 40% de la agresividad dirigida hacia los objetos y 28% de la agresividad verbal (13, 14, 20). La mayoría de los estudios señala una relación inversa entre los niveles de serotonina y la

impulsividad, agresividad y conductas autodestructivas (45). La conducta de automutilación también está relacionada con el sistema serotoninérgico, pues los pacientes con estas conductas muestran una respuesta aplanada de la prolactina y del cortisol a la dl-fenfluramina (34). En los estudios del gen transportador de serotonina, encargado de controlar la concentración del neurotransmisor en la sinapsis, se ha observado que el alelo corto (S) es más frecuente en personas con intentos suicidas y en aquellos que se han quitado violentamente la vida . Los estudios con imágenes cerebrales señalan que la conducta agresiva se debe a una falla en la inhibición de la corteza prefrontal (corteza orbital frontal y ventral medial adyacente) sobre la amígdala (40). La alteración de la corteza orbitofrontal se ha relacionado recientemente con impulsividad, conductas inapropiadas, enojo fácil y sentimientos de infelicidad, a ser menos abiertos a nuevas experiencias y a una percepción de que el tiempo pasa muy rápidamente. En cambio, ni la extroversión, la ansiedad, la autoconciencia y el afecto se relacionan con esa área (6).

4. La alteración en la dimensión de ansiedad e inhibición se manifiesta en los intentos “frenéticos” de evitar el abandono real o imaginado (39).

Aunque los trastornos de personalidad se han explicado con modelos psicodinámicos, conductuales o del desarrollo, el creciente cúmulo de evidencias que favorecen la existencia de bases neurobiológicas en la etiología de estos trastornos ha abierto la posibilidad a la utilización de fármacos. Vale la pena aclarar que en la mayoría de los casos el tratamiento farmacológico del paciente con TLP se considera coadyuvante en el tratamiento psicoterapéutico (2, 25).

Para iniciar el tratamiento se debe efectuar una evaluación psiquiátrica completa y tener un diagnóstico integral. La presencia de esquizofrenia, trastorno bipolar, obsesivo-compulsivo, de angustia y otros, es prioritaria en la selección de medicamentos. En segundo lugar es necesario

descartar la presencia de abuso o dependencia a sustancias y de enfermedades de otros sistemas (endocrino, inmunológico, neurológico), que pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos (44). Finalmente, es necesario obtener una historia psiquiátrica familiar y, de ser posible, entrevistar a los familiares más cercanos.

El paciente con trastorno límite de personalidad se beneficia con el uso de medicamentos para la impulsividad, los estados psicóticos, la inestabilidad afectiva y la depresión. Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina son útiles para disminuir la irritabilidad y la agresividad y, en menor grado, la depresión (fluoxetina) y la labilidad emocional (fluvoxamina). Los antipsicóticos (haloperidol y olanzapina) disminuyen en algún grado los síntomas depresivos, la impulsividad y la agresividad. Los anticonvulsivantes (carbamazepina, valproato y topiramato) mejoran los síntomas de depresión y el control sobre la agresión. A partir de una revisión de ensayos clínicos controlados se puede concluir que los pacientes con trastorno límite de personalidad en quienes la agresividad, la automutilación y la disforia crónica forman parte de la problemática sobresaliente, debe iniciarse con un neuroléptico atípico y como segunda opción un anticonvulsivante, quedando la clozapina y el litio para los casos resistentes. En pacientes en que predomina la depresión, la ansiedad o la impulsividad, es mejor usar, como primera opción, un antidepresivo inhibidor selectivo de recaptura de serotonina. Como segunda opción, se recomiendan los antidepresivos tricíclicos y, como último recurso, un inhibidor de la MAO. Debe iniciarse el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas progresivamente, sin cambiar o agregar medicamentos antes de haber esperado un lapso razonable. (11)

### Trastorno Bipolar

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en México alrededor del 1.6 por ciento de la población padece trastorno bipolar. (6)

El trastorno Bipolar es uno de los graves problemas de salud pública a los que tiene que enfrentarse la humanidad en este siglo XXI. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa del sexto puesto entre todos los trastornos médicos. Es una entidad que, a pesar de poseer características clínicas y evolutivas propias, es de difícil diagnóstico. (1)

El Trastorno Bipolar (TB ) es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos. (1)

Existe una prevalencia a lo largo de la vida de: 1,6% para TB tipo I, y 0,5% para TB tipo II. (8)

La prevalencia de TB en personas mayores de 65 años que se encuentran en la comunidad se estima en el 0,1% y el 1%. Cuando se trata de adultos mayores residentes en asilos se eleva casi al 10% y constituye del 5% al 15% de las internaciones psiquiátricas. (8)

Goodwin y Jamison concentran datos de diez estudios realizados a 1.304 pacientes y encuentran la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de vida, con un pico menor en la adolescencia. La mayor frecuencia de brotes ocurre en los cambios estacionales, principalmente verano. En las mujeres es más frecuente la ciclación rápida y las hospitalizaciones psiquiátricas. (15) Existe prevalencia similar en todos los grupos étnicos, pero se sobrediagnostica de Esquizofrenia en jóvenes hispanos y negros. Con respecto a los antecedentes familiares, niños cuyos padres son portadores de TB tienen una probabilidad mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos. (16)

La cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM- IV) divide los trastornos bipolares en depresivos y bipolares. (2)

A su vez los TB se clasifican en: *TB I*:

- Episodio maníaco único

- Episodio más reciente hipomaniaco
- Episodio más reciente maniaco
- Episodio más reciente mixto
- Episodio más reciente depresivo
- Episodio más reciente no especificado

*TB II:* Trastorno depresivo mayor recurrente con episodios hipomaniacos.

*Trastornos ciclotímicos:* presencia de al menos dos años de reiterados síntomas hipomaniacos y síntomas depresivos alternados.

*TB no especificado:* trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún TB específico. (18,23)

El diagnóstico de bipolaridad es hecho por el médico cuando observa que la depresión alterna con un episodio maniaco. Generalmente la depresión aparece primero y en pocas ocasiones el primer episodio de un TB es de tipo maniaco. Estos hechos clínicos permiten deducir que el criterio principal para el diagnóstico de TB es la presencia de manía (TB tipo I) o de hipomanía (TB tipo II), (1)

Factores predictivos de bipolaridad: Inicio precoz del episodio depresivo (generalmente mujeres menores de 25 años), episodio depresivo con inhibición psicomotriz e hipersomnias, historia familiar de TB, antecedentes de depresión postparto y antecedentes de hipomanía al iniciar tratamiento con antidepresivos. (36)

Patologías más asociadas a TB: Esquizofrenia, trastornos limítrofes de la personalidad, depresión unipolar(28) .También se incluyen el Síndrome de déficit de atención hiperactivo, trastornos de conducta, trastornos ansiosos, abuso de sustancias. La comorbilidad es prácticamente inseparable del diagnóstico diferencial, debido a que los cuadros comórbidos presentan a su vez la

dificultad, en muchos casos, de ser objeto de diagnóstico diferencial. (42) El Déficit de atención hiperactivo es el diagnóstico diferencial más importante para el TB en la preadolescencia y adolescencia temprana, en contraposición a depresión monopolar, trastornos por ansiedad, esquizofrenia y abuso de alcohol, en adolescentes tardíos y adultos (16) .

Los pacientes con trastornos alimentarios tienen mayor incidencia de trastornos afectivos que la población general. También la Migraña y el TB son condiciones prevalentes y de gran relevancia, algunos estudios han informado de su asociación, pero aún no se sabe si ésta es real (21).

El pronóstico depende de la frecuencia con que aparezcan los episodios depresivos y maníacos, ya que sus reiteraciones repercuten negativamente en el destino psiquiátrico del paciente (17) .

La meta del tratamiento es dar una respuesta adecuada a ambas fases de la enfermedad (manía y depresión), prevenir la frecuencia y mejorar la calidad de vida entre episodios. (29) Las intervenciones psicosociales estructuradas se han validado como un medio efectivo de contribuir a la mantención de la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas. (18) El manejo psicofarmacológico es condición fundamental pero no única. Los fármacos incluyen a los que disminuyen la sintomatología afectiva, los que previenen el episodio agudo, y los que son complemento en distintas circunstancias clínicas en el curso de la enfermedad. (29)

### Relación entre TLP y TBP

La relación entre el Trastorno Límite de la personalidad y los trastornos bipolares ha sido un tema controvertido desde que el trastorno de personalidad límite fue incorporado en el DSM en 1980. El trastorno límite de personalidad se pensaba de origen muy heterogéneo, inicialmente se dividió en aquellos pacientes cuyo trastorno se pensaba de origen puramente orgánico y aquellos cuya etiología se encontraba en el medio ambiente. En la actualidad, los

pacientes que presentan una comorbilidad de ambas patologías son entendidos como una interacción de procesos biológicos y ambientales. Las afirmaciones que consideran al TLP como una variante de trastornos afectivos (en particular del trastorno bipolar tipo II) actualmente se encuentran menos en boga. Actualmente no existe evidencia satisfactoria para afirmar que el TLP y los TBP se encuentran indisolublemente unidos sin embargo tampoco existe evidencia para afirmar que no se encuentran en algunos casos etiológicamente relacionados. (33, 35)

Gunderson evaluó 629 pacientes, 196 con TLP y 433 con otros trastornos de personalidad (esquizotípico, evitativo, obsesivo-compulsivo). Cada grupo fue dividido en aquellos con un trastorno comórbido a lo largo de la vida de Bipolar I o Bipolar II, versus aquellos que no presentaban dicha comorbilidad. La bipolaridad se presentó en 38 de los pacientes diagnosticados con TLP y en 34 de los otros trastornos de personalidad. Los objetivos del estudio fueron determinar la relación que pudiera existir entre el TLP y el TBP, usando las medidas de su co-ocurrencia incluido un periodo de seguimiento longitudinal de cuatro años. Se buscó si la presencia de un trastorno de personalidad predisponía a un mayor riesgo de presentar episodios de TBP. Los resultados mostraron que los TBP I y II se presentaban de una manera significativa más en aquellos pacientes con TLP que en los otros trastornos de personalidad; 19.4 % versus 7.9%. Por otro lado, el haber presentado TLP diagnosticado inicialmente, confirió un ligero mayor riesgo que los otros trastornos de personalidad para presentar episodios bipolares en los años de seguimiento. El estudio concluyó que la asociación entre el TLP y el TBP existía, sin embargo la asociación era modesta. Quedo demostrado que es más probable que pacientes con TLP desarrollen TBP en el curso de su vida que aquellos afectados de TBP presenten posteriormente la comorbilidad de el TLP.

Por otro lado, el riesgo de ver al TLP como una variante del TBP II incluye el hecho de favorecer la farmacoterapia y relegar a un plano posterior las intervenciones psicoterapéuticas que tan útiles son en los pacientes con el trastorno de personalidad.(13)

Las conclusiones del mencionado estudio llevan a los autores a sugerir que actualmente se piensa que existe un subgrupo dentro del TLP que presentan genes de riesgo para desarrollar de manera conjunta TBP. La hipomanía pudiera preceder el surgimiento de TLP en algunos pacientes, en otros se presenta simultáneamente. En estos casos queda fuertemente sugerida la asociación genética entre ambos trastornos, así como la utilidad de la farmacoterapia (estabilizadores del estado del ánimo, así como intervenciones psicoterapéuticas) para el tratamiento de dichas enfermedades.(13)

### 3.MÉTODO

**Justificación:** La comorbilidad documentada de Trastorno Bipolar en pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad hace necesario su identificación con el uso de escalas específicas con el fin de mejorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes.

**Planteamiento del Problema:** el Trastorno Límite de Personalidad es uno de los diagnósticos con mayor prevalencia de ingreso y consulta subsecuente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Su asociación con el Trastorno Bipolar como comorbilidad y/o como diagnóstico diferencial ha sido referida en la literatura. Por tanto es importante identificar con mayor sensibilidad aquellos pacientes de uno u otro trastorno con fin de mejorar su tratamiento y seguimiento.

## Objetivo General

Identificar aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad según los criterios del DSM IV TR y presentaran criterios para comorbilidad o diagnóstico diferencial con Trastorno Bipolar en cualquiera de sus subclasificaciones según el DSM IV- TR.

Identificar aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de Trastorno Bipolar según los criterios del DSM IV- TR y que presenten criterios para comorbilidad o diagnóstico diferencial con Trastorno Límite de la personalidad.

## Objetivo Específico

Identificar la frecuencia de la comorbilidad de TLP con TBP en una muestra de pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## Hipótesis

Los pacientes que son ingresados a hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con el diagnóstico de ingreso Trastorno Límite de la Personalidad presentan una comorbilidad o diagnóstico diferencial con Trastorno Bipolar no identificada.

## Variables:

Variable Independiente: Trastorno Límite de la Personalidad

Variable Dependiente: Trastorno Bipolar

## Muestra:

No probabilístico, intencional y por cuota.

Sujetos: Se trabajó con 60 personas, hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 30 de ellos con diagnóstico de Trastorno Bipolar y 30 de ellos con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad.

### Criterios de Selección:

Inclusión: Personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo comprendido entre agosto 2010 y enero 2011, que sepan leer y escribir, de entre 18 a 59 años de edad cumplidos, de cualquier sexo, en condiciones de responder a las preguntas de la entrevista, que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Con los diagnósticos de ingreso de Trastorno Límite de la Personalidad y de Trastorno Bipolar ( en cualquier subtipo) según los criterios diagnósticos del DSM IV TR.

### Exclusión:

Aquellas personas que no cumplieron con los criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad y de Trastorno Bipolar, personas que presentaron comorbilidad con trastornos psicóticos y/o consumo perjudicial de sustancias.

### Eliminación:

Personas que no cumplieron con el llenado de las escalas cénicas, que no otorgaron su consentimiento informado.

Tipo de Estudio: Estudio Descriptivo Transversal Observacional.

### Instrumentos de Evaluación y Medición:

*a) Escala Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R). (45)*

Prueba cuyo objetivo es determinar la presencia del trastorno límite de la personalidad, heteroaplicada, consta de 125 ítems. Desarrollada en 1989 por Zanarini y cols. Se trata de una entrevista diagnóstica semiestructurada para el trastorno límite de la personalidad. Consta de 95 ítems que evalúan las siguientes 4 áreas del funcionamiento personal de gran importancia en el TLP.

- Afectiva ( depresión, sentimientos de desesperanza, culpabilidad, irritabilidad, ansiedad y vacío).
- Cognitiva ( experiencias perceptuales infrecuentes, y pensamiento pre y psicótico).
- Conductas Impulsivas.
- Relaciones Interpersonales.

La principal fuente de información para la asignación de puntuaciones es el propio paciente. El tiempo de administración varía entre 45 y 60 minutos. Proporciona una puntuación total ( oscila entre 0 y 10) presencia/ausencia del TLP. 0 a 5 no hay trastorno límite de personalidad, 6 a 10 compatible con TLP.

*-b) Cuestionario de Trastornos del Humor ( Mood Disorder Questionnaire, MDQ). (43)*

Se trata de una prueba autoaplicada consistente en 13 ítems cuyo objetivo es evaluar la presencia de Trastorno Bipolar. Formulada por Hirschfeld y cols 2000, adaptado y validado al español por Sánchez-Moreno y cols. 2008. El MDQ es un instrumento diseñado para el cribado de los trastornos del espectro bipolar. Los ítems se encuentran formulados en forma de preguntas a las que el paciente debe responder si o no. A continuación se formulan otras 4 cuestiones que hacen referencia a al presencia simultánea de varios síntomas , su repercusión y los antecedentes familiares y personales. Los autores recomiendan utilizar como punto de corte la respuesta afirmativa a 7 o más de las 13 cuestiones formuladas.

**Procedimiento:**

Se captó a aquellas personas ingresadas al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo de tiempo seleccionado, que cumplieron con los criterios de inclusión para la muestra. Se corroboró el diagnóstico de ingreso según los criterios del DSM IV- TR, posteriormente se aplicó a ambos grupos escalas de Trastorno Límite de la Personalidad y MDQ. En razón de que

la MDQ es una entrevista de cribado, se realizó posteriormente una entrevista clínica para corroborar el diagnóstico en aquellos con resultado positivo en dicha entrevista. Posteriormente se procedió al análisis de la información, se elaboró una discusión y conclusiones.

#### 4. Análisis Estadístico:

Se realizó con SPSS ver. 17 Análisis de Frecuencias.

#### 5. Resultados:

Se captaron 60 pacientes en total, no existieron pacientes eliminados. Se recabaron datos y se hicieron las valoraciones completas de estos 60 pacientes, siendo 24 hombres ( 40%) y 36 mujeres (60%).

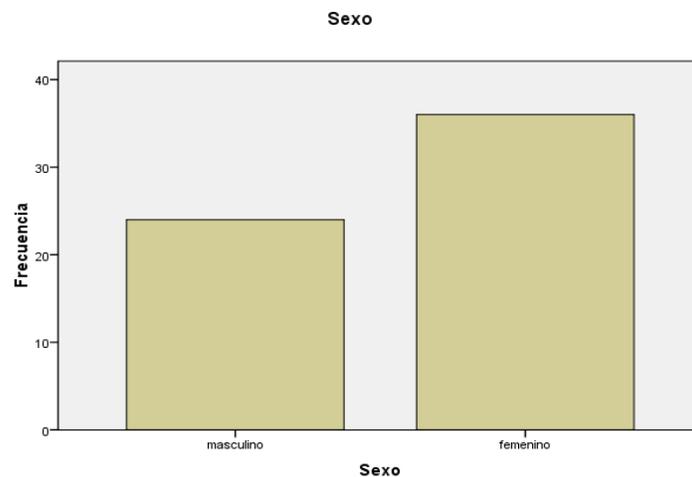


Figura 1. Distribución por sexo de la población.

Con un rango de edades entre los 18 y 57 años de edad encontramos una media de 32.5 años. El 28.3% se encontró soltero, 18.3 % casado, 16.7% divorciado, 1.7 % viudo, en unión libre el 35%. Desocupados el 33%, con empleo el 45% y dedicados a labores del hogar el 21.7%.

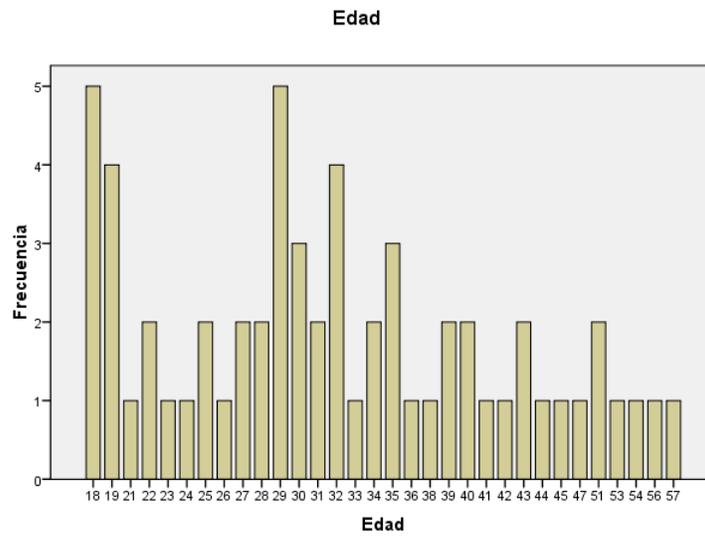


Figura 2. Distribución por edad de la población.

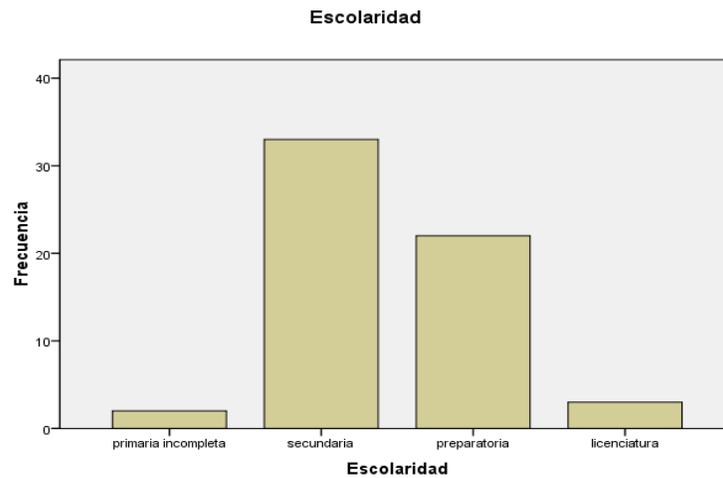


Figura 3. Distribución por escolaridad de la población.

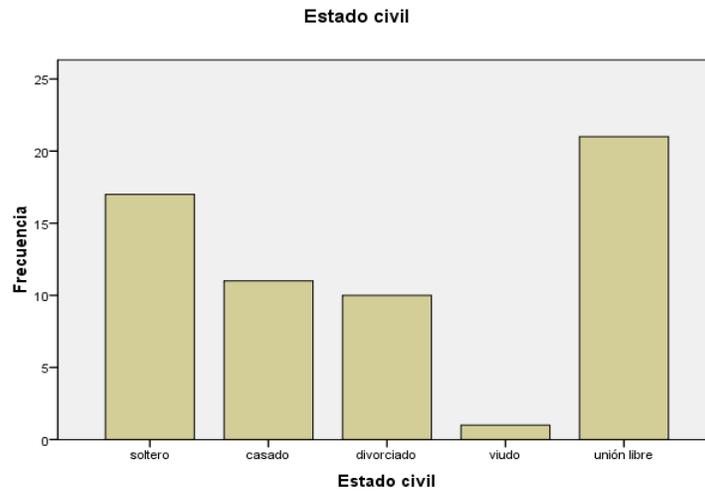


Figura 4. Distribución por estado civil de la población.

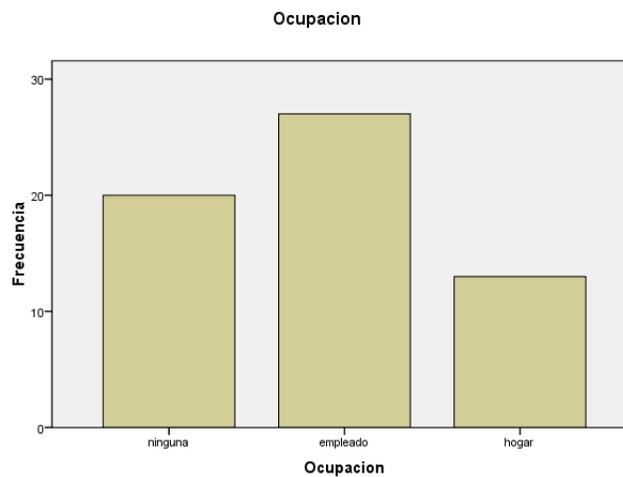


Figura 5. Distribución por ocupación de la población.

Del total de la población, se realizaron las pruebas a 30 pacientes con el diagnóstico de ingreso a hospitalización de Trastorno Bipolar (50%) y 30 pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad (50%). Para aquellos pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar encontramos que este se encontraba presente por las pruebas realizadas en el 90% de los casos y en 10% ausente. Para este mismo subgrupo encontramos que un 30 % reunía criterios para ser diagnosticado como Trastorno límite de personalidad, esto es en un 20% de pacientes coexistieron ambos diagnósticos.



Figura 6. Frecuencia de pacientes con Trastorno Bipolar en la población con diagnóstico de ingreso a hospitalización de TBP.

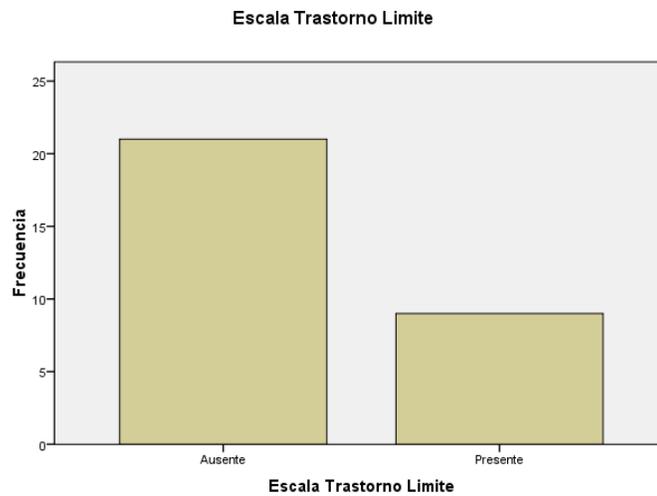


Figura 7. Frecuencia de pacientes con Trastorno Límite en la población con diagnóstico de ingreso a hospitalización de TBP.

Para el grupo de pacientes con diagnóstico de ingreso a hospitalización de Trastorno Límite de Personalidad, encontramos que un 20 % era positivo para un diagnóstico de TBP. Mientras que el diagnóstico de TLP en esta población fue corroborado en un 93.3% , sólo 2 pacientes (6.7%) no contaron con resultados positivos para el diagnóstico de TLP.

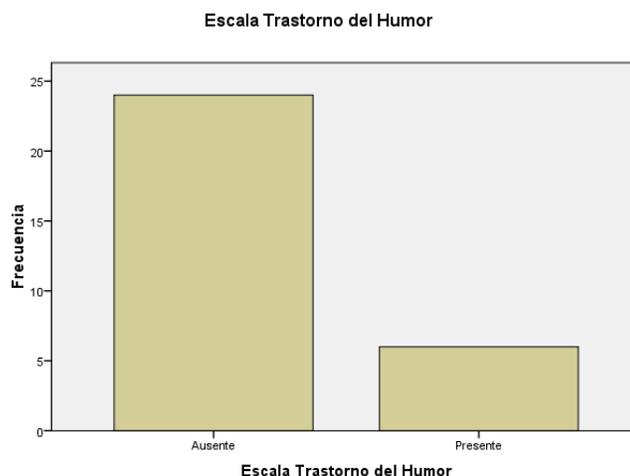


Figura 8. Frecuencia de Trastorno Bipolar en pacientes con diagnóstico de ingreso de Trastorno Límite de la Personalidad.



Figura 9. Frecuencia de Trastorno Límite en pacientes con diagnóstico de ingreso de Trastorno Límite de Personalidad.

Para el total de la población encontramos que las subescalas de la prueba DIB-R para Trastorno Límite fueron las siguientes: Área Afectiva, grave en el 68.3%, leve en el 20% y ausente en el 11.7% de los pacientes. En el Área Cognitiva encontramos una afectación grave en el 10%, leve en el 46.7 % y ausente en el 43.3% de los pacientes. En el Área de Conductas Impulsivas la afectación es grave en el 56.7%, moderado en el 15%, leve en el 3.3 % y se encuentra ausente en

el 25% de los pacientes. Finalmente el área que valora las Relaciones Interpersonales se encuentra afectada de una forma grave en el 30%, moderado en el 38.3%, leve en el 1.7% y se encuentra ausente en el 30% de los pacientes.

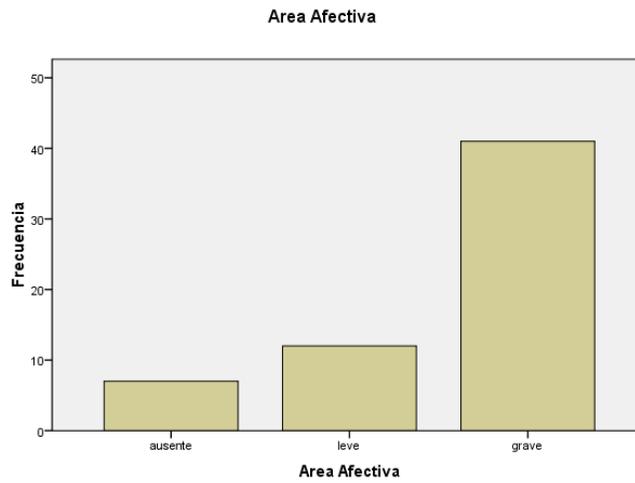


Figura 10. Área Afectiva de la Escala DIB-R para la población general del estudio.

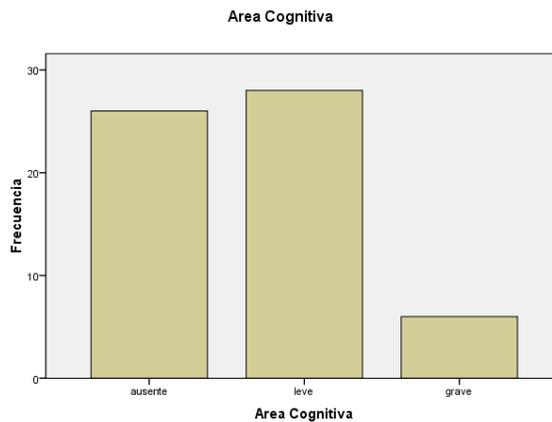


Figura 11. Área Cognitiva de la Escala DIB-R para la población general del estudio.

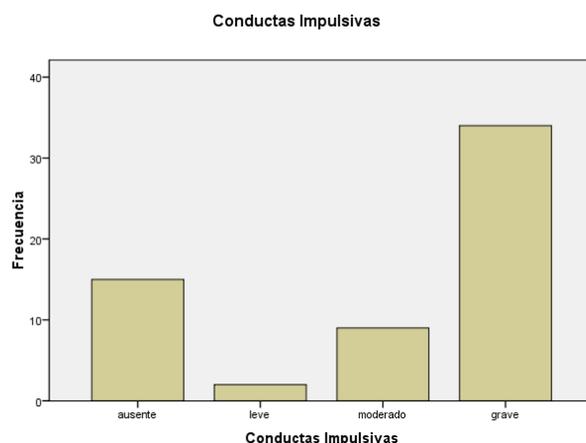


Figura 12. Área de Conductas Impulsivas de la Escala DIB-R para la población general del estudio.

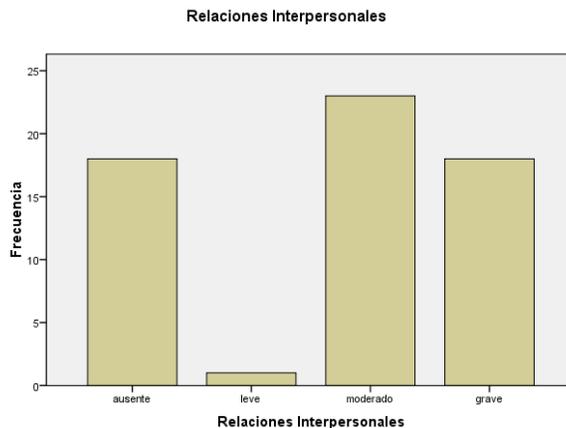


Figura 13. Área de Relaciones Interpersonales de la Escala DIB-R para la población general del estudio.

## 6. Discusión.

Los resultados del presente estudio comprueban la comorbilidad existente entre el Trastorno Límite de Personalidad y el Trastorno Bipolar en la población estudiada del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Las frecuencias de TLP en pacientes diagnosticados de ingreso con TBP arrojaron un 20%. Así como la coexistencia de TBP en pacientes diagnosticados de ingreso con TLP arrojó 13.3 %, la literatura comenta una coexistencia de hasta el 19.4% en el caso de pacientes diagnosticados de inicio con TLP con diagnóstico agregado de TBP (13). Por tanto los resultados del presente estudio son congruentes con los obtenidos en estudios previos. Sin

embargo llama la atención la mayor frecuencia de TLP en pacientes con diagnóstico inicial de TBP ( 20%) cuando la literatura comenta que el caso es generalmente inverso, esto es, la frecuencia es mayor de pacientes con diagnóstico inicial de Trastorno Límite y agregado el diagnóstico de trastorno bipolar .

Una limitante que plantea el presente estudio es que no se hace una diferencia entre los distintos tipos de trastorno bipolar, englobando en una sola categoría a los Tipo I y Tipo II ( esto según la clasificación del DSMIV-TR) así como tampoco se hace la distinción del episodio afectivo actual, por tanto no hay diferencia si el paciente en el momento de aplicársele la prueba se encuentra en un episodio depresivo, maníaco, o mixto. Así mismo debido a que la población entera fue tomada de un medio de internamiento hospitalario, no existió un control para poder discernir el efecto y tiempo del tratamiento medicamentoso. La literatura comenta que en algunos casos la presencia de el trastorno de personalidad es más frecuente en el sexo femenino (20). Esto no fue posible discernir en el presente estudio ya que el universo se conformó por personas de ambos sexos que entraron en un solo grupo diagnóstico. En particular la edad no fue tomada como un factor que separara la población, existen estudios que identifican una mayor prevalencia de trastorno de personalidad tipo límite en poblaciones más jóvenes ( 33, 35), este factor no se controló en el presente estudio, siendo la muestra heterogénea en cuestión de edades. Es probable que lo anteriormente expuesto explique el por qué en la prueba MDQ 10% de los pacientes resultó negativo para TBP cuando este era su diagnóstico de ingreso, así como la mayor presencia de comórbida con TLP.

Por otro lado la población de pacientes con diagnóstico Límite de la Personalidad aunque heterogénea no representó una dificultad para integrar como grupo de estudio. Se hizo el esfuerzo de sólo incluir pacientes con el diagnóstico de Trastorno de Personalidad y dejar fuera

aquellos que presentaran cuadro afectivo diagnosticado de ingreso. No se hizo distinción si fueron ingresados por intento suicida o no y no se tomó en cuenta el tiempo de hospitalización ni la terapéutica empleada hasta el momento. Sin embargo los resultados obtenidos para este grupo son consistentes con lo hallado en la literatura. Nos llama la atención que un 6.7 % de los pacientes a pesar de estar ingresados con diagnóstico de TLP al aplicarle las pruebas resultó negativo para ambos diagnósticos.

Las subescalas de la prueba DIB-R realizada al grupo en general nos muestra una mayor frecuencia en la presencia de gravedad en las conductas impulsivas, el área afectiva y las relaciones interpersonales y en un menor grado una afectación en el área cognitiva. La mayor frecuencia de gravedad en las conductas impulsivas puede obedecer al hecho de que la mayoría de los pacientes con TLP se encuentran hospitalizados por haber presentado intentos suicidas. Este último factor no fue tomado en cuenta como variable en el presente estudio.

Como se ha mencionado los pacientes con TLP presentan una mayor frecuencia de comorbilidad con TBP que a la inversa, sin embargo esta comorbilidad aumenta según la edad de los pacientes. Dado que la muestra fue transversal es imposible poder predecir cuales pacientes con diagnóstico actual de TLP vayan a desarrollar un TBP futuro comórbido.

Así mismo la coexistencia de un trastorno del psiquiátrico con el consumo y/o dependencia a sustancias (patología dual) es un factor que no se tomó en cuenta para la realización de este estudio. Ciertamente los pacientes tanto con TBP como TLP consumen más y por mayor tiempo sustancias psicoactivas legales e ilegales (27) y se sabe que esta circunstancia altera la presentación de los cuadros pudiendo confundirse un cuadro de abstinencia o intoxicación con síntomas maniatiformes o de desregulación afectiva propia del trastorno de personalidad.

El presente estudio tiene valor en cuanto a confirmar la coexistencia de TBP con TLP en la población del H.P.F.B.A. ciertamente esto tiene relevancia ya que la práctica clínica habitual tiende a encasillar a un paciente en un solo diagnóstico y olvidar la posibilidad de un segundo o incluso tercer diagnóstico agregado. La mayoría de estas comorbilidades pasa desapercibidas ya que no se realizan de rutina pruebas como la MDQ o el DIB-R, por tanto queda como sugerencia del presente estudio estandarizar el uso de pruebas con fines diagnósticos así como clinimétricos. Poder identificar las patologías comórbidas e iniciar tratamiento inicial adecuado beneficiará en la calidad de atención, tiempos de estancia hospitalaria así como un mejor pronóstico para los pacientes.

Es conveniente realizar estudios prospectivos tanto de pacientes con TLP como con TBP, teniendo control sobre las variables de los subtipos del trastorno bipolar, así como el uso de medicamentos y el consumo o no de sustancias psicoactivas. Esto brindará mayor certeza en los hallazgos de comorbilidad y brindará herramientas para estrategias de su manejo y prevención.

## 7. Conclusiones

- Existe evidencia para sustentar la comorbilidad de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno Bipolar. El presente estudio presenta cifras consistentes con la literatura en cuanto a la coexistencia de TBP diagnosticado al ingreso y TLP. Sin embargo la comorbilidad de TLP en pacientes con diagnóstico de ingreso del TBP es mayor a la reportada en la literatura..
- La comorbilidad TLP de diagnóstico de ingreso y TBP comórbido fue del 13.3%. La comorbilidad de TBP de diagnóstico de ingreso y TLP alcanzó el 20%
- En el total de la población estudiada el área más afectada medida por la escala para el TLP es el área de conductas impulsivas, seguida del área afectiva y de relaciones interpersonales.
- Los resultados del presente estudio sugieren la necesidad de realizar una búsqueda intencionada de síntomas del Trastorno Bipolar en pacientes ingresados con diagnóstico de Trastorno Límite ya que está probada su coexistencia y de realizarse de forma precoz los diagnósticos los tratamientos serán más oportunos.
- Se espera que este estudio sirva de referencia para próximas investigaciones ya que hay mucho aún por trabajar en este campo, es necesario hacer estudios prospectivos y controlar más variables con el objetivo de precisar más los resultados. Lo anterior redundará en una atención de mayor calidad para el paciente, disminución en los tiempos de hospitalización y mejores pronósticos.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AKISKAL, C. Bakmas, García-Boneto. Trastornos Bipolares. Conceptos Clínicos, Neurobiológicos y Terapéuticos. México 2006; Editorial Panamericana : 257- 277.
2. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. DSM- IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición. Texto revisado. Masson, Barcelona, 2002.
3. BENDER DS, DOLAN RT, SKODOL AE y cols. Treatment utilization by patients with personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(2):295-302
4. BERLIN HA, ROLLS ET, IVERSEN SD. Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:23 60-2373
5. BEST M, WILLIAMS JM, COCCARO EF. Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2002; 99:8448-8453
6. CHAVEZ-LEON E, ONTIVEROS-URIBE M, LOPEZ-GARZA D, NG B. Trastornos de la personalidad. En: Manual de Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Mexicana, México, 2005.
7. CRITCHFIELD KL, LEVY KN, CLARKIN JF. The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive aggression in borderline personality disorder: an empirical analysis of self-report measures. *J Personality Disorders*, 2004; 18(6):555-570
8. DAS, AK, Olfson M. Screening for bipolar disorder in primary care practice. *JAMA* 2005; 293: 956.
9. DEPUE RA, LENZENWEGER MF. A neurobehavioral dimensional model. En: Livesley WJ (Ed). *Handbook of Personality Disorders*. Guilford, Nueva York, 2001.
10. DRIESSEN M, HERMANN J, STAHL K y cols. Magnetic resonance volume of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57:1115-1122
11. FORMAN EM, BERK MS, HENRIQUES GR y cols. History of multiple suicidal attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*, 2004; 161:437-443
12. GABBARD GO: Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry*, 2005; 162:648-655
13. GUNDERSON J, Weinberg I. Descriptive and Longitudinal Observations on the Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *AM J Psychiatry* 2006; 163: 1173- 1178
14. HERPERTZ SC, DIETRICH TM, WENNING B: Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder. A functional MRI study. *Biol Psychiatry*, 2001; 50:292-298
15. HIRSCHFELD, RM, Holzer, C, Calabrese, JR, et al. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:178.
16. HIRSCHFELD, RM, Cass, AR, Holt, DC, Carlson, CA. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18:233.
17. HIRSCHFELD, RM, Williams, JB, Spitzer, RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1873.
18. HIRSCHFELD, RM, Calabrese J. A new screen for bipolar disorder: the mood disorder questionnaire. *Annual Meeting APA, Chicago* 13 a 18 de mayo 2000.
19. JAMISO, KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 9:47.

20. JOYCE PR, MULDER RT, LUTY SE y cols: Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6 month outcome. *Compr Psychiatry*, 2003; 44(1):35-43
21. JUDD, LL, Akiskal, HS. A prospective investigation of the natural history of the longterm weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 261.
22. KESSLER, RC, Berglund, P, Demler, O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593.
23. KIESSEPA, T, Partonen, T, Haukka, J, et al. High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1814.
24. LIN, YM, Chao, SC, Chen, TM, et al. Association of functional polymorphisms of the human tryptophan hydroxylase 2 gene with risk for bipolar disorder in han chinese. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1015.
25. LIN PY, TSAI G: Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a metaanalysis. *Biol Psychiatry*, 2004; 55:1023-30
26. LINEHAN MM: *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, Nueva York, 1993.
27. Lubman DL, HallK. Managing borderline personality disorder and substance use- an integrated approach. *Aus Fam Physician*. 2011 Jun; 2006; 40 (6): 376-81
28. MANNING, JS, Haykal, RF, Connor, PD, Akiskal, HS. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry* 1997; 38:102.
29. MERIKANGAS, KR, Akiskal, HS, Angst, J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:543.
30. MCLEAN LM, GALLOP R: Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex post traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 2003; 160:369-71
31. MILLON T: *Trastornos de la Personalidad*. Masson, Barcelona, 1998.
32. OTTOSSON H, BODLUND O, EKSELIUS L Y COLS: DSM- IV and ICD- 10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured inter- view. *Eur Psychiatry*, 1998; 13:246-253
33. PARIS J, Gunderson J. The Interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry* .2007 Mar-Apr;48(2):145-54
34. PARIS J, ZWEIG-FRANK H, NG F y cols.: Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 2004; 121:239-52
35. PERUGI G, Fornaro M , Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*. 2011 Feb;10(1):45-51.
36. POTASH, JB, DePaulo, JR Jr. Searching high and low: a review of the genetics of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000; 2:8.
37. PRESTON GA, MARCHANT BK, REIMHERR FW y cols.: Borderline personality disorder in patients with bipolar disorder and response to lamotrigine. *J Affect Disord*, 2004; 79:297-303.
38. RAJ YP: Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 2004; 6(3): 225-31

39. SIMON, NM, Otto, MW, Wisniewski, SR, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2222.
40. SUPPES, T, Dennehy, EB, Gibbons, EW. The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 9:23.
41. TELLEZ – Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. *Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*. [en línea] jun 2004 [citado 15 enero 2008]; 11(3). URL disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01\\_tellez.htm](http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01_tellez.htm)
42. WOODS, SW. The economic burden of bipolar disease. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Supp 13:38.
- Benazzi, F. Bipolar disorder--focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet* 2007; 369:935.
43. YOUNG RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania, validity and sensitivity. *Br j Psychiatry*, 1978; 133: 429-435
44. ZANARINI MC: Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 2000; 23:89-101
45. ZANARINI MC, GUNDERSON JG. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders. *J Per Dis* 1989; 3: 10-18
46. ZIMMERMAN M, ROTHSCHILD L, CHELMINSKI I: The prevalence of DSM- IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 2005; 162:1911-8

## 9. ANEXOS:

- Carta de Consentimiento Informado.
- Instrumentos de medición.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

1. **Propósito:** le pedimos tomar parte de un trabajo de investigación médica que tiene el objetivo : Identificar aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) que presentes criterios de comorbilidad o de diagnóstico diferencial con Trastorno bipolar. Identificar aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de TBP y presenten criterios de comorbilidad o de diagnóstico diferencial con TLP.
2. **Procedimientos y duración:** los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos de investigación. Si acepta participar en este estudio se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:
  - Se le aplicarán dos escalas clínicas.
  - Estas escalas son: *Escala Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (DIB-R)* consistente en 125 ítems y con duración de aproximada 60 minutos. El *Cuestionario de Trastornos del Humor (MDQ)* consistente en 13 ítems con un tiempo de aplicación de 5 minutos.
  - Se le invitará a firmar este documento.
  - Los datos proporcionados como su nombre, dirección, ocupación, estado civil, escolaridad, etc. se anotarán en hojas preparadas para tal fin y su manejo estadístico será completamente confidencial.
  - Los orientadores y consejeros que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación.
3. **Riesgos e incomodidades.** No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en la salud mental ( médico residente en psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad.
4. **Beneficios potenciales:** la participación en esta investigación no le traerá beneficios personales. No se le proporcionará a los participantes de este estudio ninguna información concerniente a los resultados. No le garantizamos que obtenga algún beneficio por participar en este estudio.
5. **Derecho a retirarse del estudio:** la participación en este estudio es voluntaria. Usted puede rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento. Si decide no tomar parte o retirarse, esto no afectará su futuro cuidado médico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
6. **En caso de lesión:** debido al tipo de estudio no se prevé que usted pueda salir lesionado, pero si así fuera se le brindará cuidado médico en el hospital.
7. **Confidencialidad:** su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales o desea informar acerca de algún problema médico que piense pueda estar relacionado con el estudio, póngase en contacto con el Dr. Rodrigo Ochoa Rubio al cel: 0445513226954 o vía correo electrónico: [rodrigo.ochoa.rubio@gmail.com](mailto:rodrigo.ochoa.rubio@gmail.com)

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACIÓN, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Sujeto

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador