

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TÍTULO:

“Frecuencia de trastornos de la personalidad y sus subtipos en un grupo de pacientes con trastorno bipolar, y sus características demográficas y clínicas”

Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría.

P r e s e n t a:

Dra. Yalí Campuzano Hernández

Tutores:

Dra. Doris Gutiérrez Mora

Dr. Carlos Berlanga Cisneros

Tutor Teórico

Tutor Metodológico

Instituto Nacional de Psiquiatría

“Ramón de la Fuente Muñiz”

2006



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 y dedicatoria:

Para Carmen y Claudia no tengo palabras, sin ellas esta tesis simplemente no existiría,
A Doris por ser una excelente tutora, maestra y amiga,
A Abigail por el apoyo cosmo-budista,
A Rodrigo C. por el apoyo tecnológico,
A Rodrigo P. y Juan José por el apoyo técnico,
Al resto de los integrantes de la clínica de Trastorno Bipolar por toda su ayuda,
A los pacientes porque sin ellos nada de lo que hacemos tendría sentido,
A Mandi porque hemos recorrido todo este camino juntos y revueltos,
A mis padres, por sembrar en mi la curiosidad que permite aprender cada día algo nuevo y por enseñarme con el ejemplo lo importante que es compartir el conocimiento.

Título:

“Frecuencia de trastornos de la personalidad y sus subtipos en un grupo de pacientes con trastorno bipolar y sus características demográficas y clínicas”

Indice

1.- Resumen.....	5
2.- Introducción.....	6
3.- Antecedentes.....	9
Qué es el Trastorno Bipolar.....	9
• Clasificación y Características Clínicas del Trastorno Bipolar.....	9
• Características Demográficas del Trastorno Bipolar.....	13
• Epidemiología del Trastorno Bipolar.....	15
• Comorbilidad en el Trastorno Bipolar.....	16
Qué es la Personalidad.....	16
• Trastornos de la Personalidad	16
• Prevalencia de Trastornos de la Personalidad	22
• Comorbilidad del Trastorno Bipolar con Trastornos de la Personalidad.....	23
4.- Justificación.....	30
5.- Planteamiento del problema.....	31
6.- Hipótesis.....	32
7.- Objetivos	32
• General.....	32
• Específicos.....	32
8.- Metodología.....	33
a) Diseño del estudio.....	33
b) Sujetos.....	33
c) Locación.....	33
d) Criterios de inclusión.....	33
e) Criterios de exclusión.....	33
f) Variables.....	34
g) Instrumentos.....	34
• SCID-II.....	34
• Escala de Hamilton para Depresión.....	41
• Escala de Manía de Young.....	42
9.- Procedimiento.....	44
10.- Análisis Estadístico.....	44
11.- Resultados.....	45
12.- Discusión.....	55
13.- Bibliografía.....	63

Resumen:

Antecedentes: La relación entre los trastornos del ánimo y los rasgos patológicos de la personalidad o los trastornos de la personalidad es un problema clínico importante y un área poco estudiada. Los trastornos del ánimo frecuentemente son recurrentes y refractarios al tratamiento y la presencia de rasgos desadaptativos de la personalidad se ve a menudo como un indicador de pobre pronóstico. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de trastornos de la personalidad en una muestra de sujetos diagnosticados con TBP que se encuentren en eutimia y a qué tipo de trastorno de la personalidad corresponden los casos identificados. También se describirán características demográficas y clínicas, de los pacientes evaluados. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo y transversal. Se incluyeron 20 pacientes que acuden al servicio de consulta externa a la clínica de Trastorno Bipolar (TBP) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicaron la Escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems y la Escala para Manía de Young para verificar que el paciente se encontrara en eutimia. Posteriormente se aplicó SCID-II en ambas versiones (autoaplicable y entrevista semiestructurada). Se obtuvieron datos demográficos por entrevista directa al paciente, por el expediente y de la base de datos de la Clínica de Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría. Y se aplicó estadística descriptiva para obtener los resultados. **Resultados:** El 10% (n=2) de los pacientes de la muestra cumplieron criterios para trastorno de la personalidad, ambos de tipo evitativo y no se encontró ningún otro trastorno de la personalidad en la muestra evaluada. En cuanto a las características clínicas de los pacientes (n=2) que cumplieron criterios para TBP-TP las características de pobre pronóstico que encontramos fueron que uno de ellos tiene antecedente de uso de alcohol y cannabis, y ambos se encuentran sin pareja. No difirieron del resto de la muestra en otros factores demográficos y clínicos **Discusión:** El presente estudio descriptivo arroja información importante en cuanto a las características de la población estudiada. Encontramos algunas similitudes y otras diferencias con lo reportado a nivel mundial. La importancia de este estudio radica en que, de acuerdo con el conocimiento del autor, no se había realizado un estudio de comorbilidad entre Trastorno bipolar y Trastornos de la personalidad en población mexicana. Los resultados obtenidos difícilmente son extrapolables al resto de los pacientes con TBP en México ya que cada institución tiene particularidades y esta no es una muestra representativa de la población mexicana general. Será necesario continuar esta línea de investigación para obtener datos más generalizables.

Introducción:

Los clínicos nos vemos enfrentados a pacientes con distintos trastornos del eje I que no mejoran con tratamientos farmacológicos adecuados en la medida que lo esperaríamos. El caso de los pacientes con trastorno bipolar (TBP) no es la excepción. Es por esta razón que distintos investigadores han buscado algunas explicaciones a dicha situación.

La relación entre los trastornos del ánimo y los rasgos patológicos de la personalidad o los trastornos de la personalidad es un problema clínico importante y un área poco estudiada. Los trastornos del ánimo frecuentemente son recurrentes y refractarios al tratamiento y la presencia de rasgos maladaptativos de la personalidad se ve a menudo como un indicador de pobre pronóstico (Bieling et al. 2003). Muchos estudios han examinado la prevalencia y la validez predictiva de los trastornos de personalidad entre pacientes con depresión unipolar pero pocos estudios lo han hecho con pacientes con trastorno bipolar. Los pocos estudios que existen sugieren que la patología del eje II complica el diagnóstico y curso del trastorno bipolar (George et al. 2003).

El uso del litio como tratamiento para el trastorno bipolar ha traído como consecuencia que en la investigación los factores psicológicos no hayan sido considerados de manera importante (Pica et al. 1990); sin embargo hay estudios (Tyrrer SP 1985, Miklowitz et al. 1988) que sugieren que la personalidad premorbida de los pacientes con TBP puede ayudar a predecir la respuesta del paciente al tratamiento con litio.

La literatura revela que los pacientes con patología de la personalidad tienen más pobre respuesta a tratamiento de trastornos del eje I que aquellos sin

dicha patología. Se ha reportado esto en trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia y trastorno obsesivo compulsivo (Reich et al. 1991). Lo que no se ha determinado aun en la literatura es qué tipo de rasgos de la personalidad son especialmente importantes. Existen cinco estudios (Favarelli et al.1986, Weissman et al. 1978, Zuckerman et al. 1980, Kerr et al. 1980, Favarelli and Albanesi 1987) en donde se utilizó el Maudsley Personality Inventory (MPI) para evaluar la personalidad en pacientes deprimidos y/o ansiosos, encontrando todos que la patología de la personalidad se correlacionaba con peor respuesta al tratamiento.

Por otra parte existen datos epidemiológicos que indican que la comorbilidad entre trastornos del eje I es frecuente. Davidson et al. en 1993 reportaron que el 84.5% de los pacientes con fobia social tenían antecedentes de haber padecido algún otro trastorno del eje I, siendo el más frecuente la fobia simple (60.8%), agorafobia (45%), ansiedad generalizada (26.9%), trastorno obsesivo compulsivo (18.6%), abuso o dependencia a alcohol (17.2%) y el trastorno depresivo mayor (14.6%). Weissman et al. (1988) encontraron que el 77.1% de los individuos con distimia tenían por lo menos otro trastorno durante su vida siendo el más frecuente el trastorno depresivo mayor (38.9%) y trastornos por uso de sustancias (29.8%).

Datos epidemiológicos (Chen Y-W y Dilsaver SC 1995, Strakowski SM et al.1994, Brady KT, Lydiard RB 1992, Regier et al.1990) indican que las tasas de uso de sustancias y trastornos de ansiedad en personas con trastorno bipolar son significativamente mayores que en la población general. En pacientes con trastorno bipolar la comorbilidad con trastornos de ansiedad, abuso o dependencia

de sustancias y con trastornos de alimentación (McElroy et al. 2001) puede incrementar la tendencia a virar cíclicamente y causar episodios más severos a largo plazo.

Así como la comorbilidad con otros trastornos del eje I en pacientes con trastorno bipolar puede empeorar el padecimiento, la comorbilidad con trastornos de la personalidad, en estos pacientes, se ha asociado fuertemente a variables clínicas diferenciales tales como inicio más temprano del padecimiento, mayor número de episodios, pronósticos más adversos, mala respuesta a los tratamientos farmacológicos y pobre adherencia al tratamiento (Colom et al. 2000).

Por todo lo anterior es importante conocer las características de personalidad de los pacientes con trastornos afectivos ya que pueden relacionarse por lo menos de cuatro maneras: 1. como factores que predisponen a trastornos afectivos, 2. como modificadores de los episodios afectivos, 3. como complicación de los trastornos afectivos y 4. como expresión atenuada de los trastornos afectivos (Akiskal 1983).

Es conveniente conocer con qué frecuencia en nuestros pacientes con TBP se asocian trastornos de la personalidad y cómo influyen en la evolución de eje I para poder desarrollar tratamientos integrales y más adecuados. Ya que pensamos que como se ha encontrado en otros estudios esta comorbilidad puede relacionarse con poca adherencia al tratamiento farmacológico (Scott 2001, Colom et al. 2000), pobre funcionamiento social (Andreoli et al.1989, Carpenter et al. 1995) y peor pronóstico a largo plazo (Akiskal et al.1978).

Antecedentes

Qué es el trastorno bipolar

El Trastorno Bipolar es una enfermedad de curso crónico, con episodios de depresión y de elevación del estado del ánimo, que se presenta de manera cíclica, con remisiones entre los episodios. Es un trastorno psiquiátrico mayor, frecuente, recurrente y de larga duración, el cual sin tratamiento, implica alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Según estadísticas de la OMS (Murray CJL, López AD, 1996) el trastorno bipolar fue la sexta causa de incapacidad en el mundo y el 25% de los pacientes que cursan con esta enfermedad tienen intentos suicidas.

Es una enfermedad psiquiátrica común con prevalencia del 1-1.5% (Bebbington y Ramana 1995, Weissman et al. 1988). En México, los datos de prevalencia arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportan que el total de la población que ha presentado episodios de manía alguna vez en la vida es del 1.3%, subdividiéndose a su vez en hombres del 1.6% y en mujeres del 1.1% (Medina-Mora 2003).

Existe evidencia de un componente genético involucrado en la labilidad para padecer trastorno bipolar (Goodwin y Jamison 1990, Kieseppä et al. 2004). Es una enfermedad con un curso recidivante y alto riesgo de autolesiones y de suicidio así como altos costos sociales (Solomon et al. 1995).

Clasificación y Características Clínicas del Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar se incluye dentro de los trastornos del estado del ánimo o del afecto. Estos trastornos del ánimo se dividen de manera general en 2

subtipos: los trastornos unipolares (trastorno depresivo mayor y distimia) y los trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) (Dubovsky S. en Hales R. y Yudofsky S. 2000). Para los fines de este trabajo únicamente consideramos la inclusión de pacientes con trastorno bipolar tipo I ó II diagnosticados según criterios del DSM-IV.

El trastorno bipolar tipo I implica la presencia (o historia) de episodios maníacos o episodios mixtos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores, mientras que el trastorno bipolar tipo II implica la presencia (o historia) de episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores. A continuación se describirán los criterios diagnósticos para episodios maníaco, depresivo, mixto e hipomaniaco según la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales (DSM-IV).

Criterios para el episodio maníaco (Según DSM-IV)

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - (1) autoestima exagerada o grandiosidad
 - (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 - (3) más hablador de lo habitual o verborreico
 - (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
 - (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
 - (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto
- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

(Hales R. y Yudofsky S. 2000)

Es importante aclarar que los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio depresivo mayor (Según DSM-IV)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(No deben incluirse los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.)

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). (En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable)

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. (En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables)

(4) insomnio o hipersomnía casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

(Hales R. y Yudofsky S. 2000)

Criterios para el episodio mixto (Según DSM-IV)

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

(Hales R. y Yudofsky S. 2000)

Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio hipomaniaco (Según DSM-IV)

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

- (1) autoestima exagerada o grandiosidad
- (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
- (3) más hablador de lo habitual o verborrérico
- (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
- (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

(Hales R. y Yudofsky S. 2000)

Hay que recordar que los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

También pueden aparecer síntomas psicóticos durante los episodios afectivos del trastorno (manía, depresión o mixto). Si estos síntomas psicóticos están limitados a un episodio mayor de humor, las personas son consideradas como que padecen trastorno bipolar con síntomas psicóticos.

Cuando los síntomas psicóticos duran por lo menos 2 semanas durante períodos de eutimia, se considera el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (Goldberg 1995).

La definición del DSM de trastorno bipolar esta construida sobre la identificación de episodios de alteraciones del afecto, por lo tanto el diagnóstico del trastorno bipolar se deriva de la presencia de estos episodios afectivos a través del tiempo (Dunner, 1993). Las personas que experimentan un episodio maníaco, hipomaníaco o episodio mixto, y que casi siempre tienen una historia de uno o más episodios de depresión mayor, (Angst, 2001) son diagnosticadas entonces como bipolares.

Aquellos que experimentan episodios depresivos y maniacos o mixtos son diagnosticados con trastorno bipolar tipo I mientras que aquellos con episodios de depresión mayor e hipomaníacos son diagnosticados con trastorno bipolar tipo II.

Algunos autores proponen subtipos adicionales de trastorno bipolar además del tipo I y del tipo II, pero no están formal o consistentemente reconocidos. (Akiskal 1987).

Características Demográficas del Trastorno Bipolar

Hasta el momento no hay datos que indiquen una incidencia diferencial del trastorno bipolar I en razón de la raza a que se pertenezca. Hay algunos indicios de que, en algunos grupos étnicos y en los sujetos más jóvenes, los clínicos pueden tener una tendencia a diagnosticar esquizofrenia en lugar de trastorno bipolar. Aproximadamente el 10-15 % de los adolescentes con episodios depresivos mayores recidivantes presentarán en algún momento un trastorno

bipolar I. Los episodios mixtos parecen ser más proclives a producirse en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores. Algunos estudios epidemiológicos recientes realizados en Estados Unidos muestran que el trastorno bipolar I tiene una frecuencia prácticamente idéntica en varones y en mujeres (a diferencia del trastorno depresivo mayor que es más frecuente en mujeres). El sexo parece estar relacionado con el orden de aparición de los episodios maníacos y depresivos mayores. En los varones es más probable que el primer episodio sea un episodio maníaco mientras que en las mujeres es más probable que sea un episodio depresivo mayor. Las mujeres con trastorno bipolar I tienen un mayor riesgo de presentar episodios posteriores (a menudo psicóticos) en el período del posparto inmediato. Algunas mujeres tienen su primer episodio durante el período del posparto. Se considera de inicio en el posparto cuando el primer episodio se produjo en las primeras 4 semanas tras el alumbramiento. El período premenstrual puede asociarse con un empeoramiento de un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco ya existente (Dubovsky S. en Hales R. y Yudofsky S. 2000).

No se han encontrado diferencias entre las manifestaciones del trastorno bipolar en relación al género, grupos de edad o cultura. Sin embargo, parece que el ser mujer representa un riesgo más alto de ser cicladoras rápidas (Bauer, 1994) y de presentar disforia durante la manía.

Entre los niños y adolescentes, el diagnóstico de trastorno bipolar es a menudo complicado por humores menos consistentes y líneas de conducta base de lo que ocurre en los adultos (Kovacs, 1994), por lo tanto, el diagnóstico se torna más complicado.

Epidemiología del Trastorno Bipolar

Las estimaciones de riesgo de por vida para el trastorno bipolar tipo I basados en estudios epidemiológicos han variado del 0.2 % - 0.9 % (Angst, 2003). El estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA) encontró una prevalencia de por vida del 1.6 % por tipo I o tipo II combinado con variantes porcentuales (Angst, 2003). Actualmente se calcula que incluyendo todo el espectro bipolar la prevalencia del trastorno bipolar se eleva hasta un 5% (Angst, 2003).

A diferencia del trastorno de depresión mayor, el trastorno bipolar tiene aproximadamente una distribución equitativa entre los géneros (Akiskal 1996). Existen pocos estudios donde se describan las diferencias entre grupos étnicos, culturales, sitios demográficos y el trastorno bipolar. En México Medina Mora y colaboradores encontraron en la Encuesta Nacional de Hogares una prevalencia de trastorno bipolar en mujeres del 1.2% y en hombres del 1.6%. Encontraron también que la edad de primer episodio de hipomanía fue en promedio a los 18 años, para manía en promedio 19 años y 23 años en promedio para depresión. Lo anterior muestra que los datos epidemiológicos obtenidos en nuestro país corresponden a la estadística mundial. El trastorno bipolar tiene sus inicios en la mayoría de las personas en la adolescencia y en los adultos jóvenes, entre las edades de 15 y 30 años.

Una revisión reciente de la literatura indica que la mayoría de las personas con trastorno bipolar tienen cuatro o más episodios en su vida. (Angst, 2003).

Entre las personas con ciclado rápido, cuatro o más episodios en un año son la base para el diagnóstico, con un promedio de 50 episodios en la vida (Angst,

2003). No existe un patrón típico de recurrencia de episodio, algunas personas tienen episodios aislados de manía, hipomanía o episodios de depresión, unos van cambiando de un polo a otro en episodios ligados. Sin embargo, aún entre personas con ciclado rápido, los episodios son rara vez periódicos (Angst, 2003).

La duración de los episodios generalmente varía entre 4 -13 meses, con episodios depresivos generalmente más largos que los episodios maniacos o hipomaniacos.

Las mujeres parecen tener más recaídas depresivas que maniacas, mientras que los hombres tienen una distribución más equitativa (Angst, 2003).

Comorbilidad en el Trastorno Bipolar

La comorbilidad se refiere a dos o más desórdenes, trastornos o condiciones que ocurren en un mismo individuo (Andrews G,1996).

El abuso y la dependencia de alcohol o de otras sustancias psicoactivas representan la comorbilidad psiquiátrica más importante clínicamente hablando de trastorno bipolar. Mientras que la tasa de abuso/dependencia de alcohol va del 3%-13% en la población en general, las estadísticas sobre la dependencia del alcohol tomadas del Epidemiologic Catchment Area (ECA) encontraron que el porcentaje de dependencia de alcohol en el trastorno bipolar tipo I es del 56.1% (Ferrier, 2001), otros estudios epidemiológicos han encontrado que el uso de sustancias en pacientes con TBP es mayor que en la población general (Regier et al.1990, Brady KT y Lydiard RB 1992). McElroy et al. (2001) en una muestra de 288 pacientes con trastorno bipolar encontraron que el 65% de ellos cumplió criterios para al menos otro trastorno del eje I a lo largo de la vida, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (42%) y el uso de sustancias (42%) seguidos de los trastornos de alimentación (6%). En cuanto a las sustancias más

frecuentemente utilizadas encontraron que en el 33% era alcohol y en el 16% marihuana.

Otros investigadores han descrito la comorbilidad del trastorno bipolar con los trastornos de ansiedad que es muy frecuente en estos pacientes (Chen Y-W y Dilsaver SC 1995, Strakowski SM et al.1994). Se reportó en el National Comorbidity Survey (Freeman, Freeman, McElroy, 2002) que el 92% de los pacientes que cumplieron criterios para TBP I también cumplieron criterios para algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida. De manera interesante, la información reciente de la Sociedad Stanley, sociedad que se dedica a hacer investigaciones sobre TBP, indica que la comorbilidad puede ser mayor en mujeres con trastorno bipolar que en hombres (excepto con el uso de sustancias), lo cual puede contribuir a la tendencia de que al género femenino se la asocie con formas más complejas de trastornos bipolares tales como ciclaje rápido (Kupka y Nolen 2001).

La prevalencia de comorbilidad de TBP con trastornos de la personalidad varía enormemente según diversos estudios desde un 9% (Koenigsberg et al. 1985) al 89% (Turley et al. 1992). La comorbilidad con trastornos de la personalidad representa un factor de riesgo en el curso del TBP (George 2003). Un estudio realizado con 52 pacientes hombres con diagnóstico de TBP I reportó que el 38% cumplía criterios para un trastorno del eje II. La presencia de un trastorno de la personalidad predijo un curso más difícil de la enfermedad, una tasa más baja de empleo, mayor uso de fármacos psiquiátricos, y mayor frecuencia de antecedentes de uso de alcohol o de otras sustancias (Kay et al., 2002)

Personalidad:

Qué es la Personalidad

Se denomina como personalidad al repertorio habitual de conductas psicosociales que expresan en cada individuo la integración singular de sus características cognoscitivas, afectivas y conativas, y que son reconocidas por él mismo y por los demás como una individualidad autónoma y constante (Valdés 1996).

Trastornos de la Personalidad

En el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ta. edición) se considera que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es que debe ser un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se

remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. Dicho patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

En resumen y de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto.

La valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales del sujeto. Los trastornos de la personalidad no se

deben confundir con problemas asociados a la adaptación a una cultura diferente que se da tras la inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto (Hales R. E. y Yudofsky, S. C 2003).

El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-IV considera la perspectiva categórica de los trastornos de la personalidad, esto es que los diferentes trastornos representan síndromes clínicos cualitativamente distintos entre sí. A grandes rasgos se distingue a cada uno de ellos por las características que se mencionarán a continuación:

- El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
- El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
- El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

- El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
- El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- El trastorno de la personalidad no especificado es una categoría disponible para dos casos:

1) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad

2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (p. ej., el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad o el trastorno depresivo de la personalidad).

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características:

- El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos.
- El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.
- El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos.

Hay que señalar que este sistema categorial de agrupamiento, si bien tiene limitaciones, es útil para efectos de investigación y docencia.

Prevalencia de Trastornos de la Personalidad

Estudios indican que el 30-50% de los pacientes ambulatorios presentan un trastorno de la personalidad y que el 15% de los hospitalizados ingresan básicamente por problemas causados por uno; casi la mitad de los pacientes ingresados restantes presenta también un trastorno de la personalidad comórbido que afecta significativamente su respuesta al tratamiento. También se ha estimado que los trastornos de la personalidad son relativamente frecuentes en la población general, con una prevalencia del 10-13%. (Phillips, KA y cols. en Hales RE y Yudofsky SC 2003).

Comorbilidad del Trastorno Bipolar con Trastornos de la Personalidad

Existen estudios que sugieren que los trastornos de la personalidad son más prevalentes en pacientes con trastorno bipolar (ocurre hasta en el 62% de los casos), que en la población general, y gran parte de este exceso de casos resulta específicamente de los trastornos de personalidad del grupo B (histriónico, narcisista, límite y antisocial) (Pica et al. 1990; O'Connell et al. 1991; Peselow et al. 1995). Se ha asociado la concurrencia de un trastorno de la personalidad con pobre respuesta a litio (Abou-Saleh 1983; Maj et al. 1984), pobre funcionamiento social (Andreoli et al. 1989; Carpenter et al. 1995) y peor pronóstico a largo plazo (Akiskal et al. 1978) en pacientes con trastorno bipolar. Sin embargo, los factores que contribuyen a la alta prevalencia de trastornos de personalidad en los pacientes con trastorno bipolar se encuentran muy pobremente definidos.

Una hipótesis es que los pacientes bipolares, en respuesta a los episodios afectivos recurrentes, desarrollan comportamientos desadaptativos, o bien, mantienen crónicamente síntomas afectivos subsindromáticos, y aparecen como rasgos desadaptativos de la personalidad o incluso como un trastorno de la personalidad, lo que en realidad serían secuelas del propio trastorno bipolar (Goodwin y Jamison 1990; Carpenter et al. 1995). Desafortunadamente distinguir estas posibles secuelas de los síntomas concurrentes de un trastorno de la personalidad es difícil, particularmente si el trastorno bipolar inició en la adolescencia tardía o en la adultez temprana cuando, por definición, también inician los trastornos de la personalidad. De manera interesante Dunayevich y

colaboradores (1996) encontraron que el 65% de los pacientes con múltiples episodios de manía cumplían criterios del DSM-III para trastornos de la personalidad, mientras que sólo el 33% de los pacientes con primer episodio de manía cumplían criterios para trastornos de la personalidad. Esto puede interpretarse de dos maneras 1) que los comportamientos desadaptativos atribuidos a trastornos de personalidad pueden ser en realidad secuelas del propio trastorno bipolar y 2) que la presencia de un trastorno de personalidad contribuyó a la dificultad para mantener la eutimia y que por esta razón la muestra de pacientes con múltiples episodios de manía estaría sobrerrepresentada con aquellos pacientes que tenían comorbilidad con trastornos de la personalidad (Dunayevich et al. 1996).

Los hallazgos en los distintos estudios que miden las características de personalidad en pacientes con trastorno bipolar dependen del tipo de instrumentos que se han utilizado para medirlas. Algunos estudios midieron dimensiones de la personalidad con instrumentos como el cuestionario tridimensional de la personalidad (Hirchfeld y Klerman 1979; Strakowski et al. 1993; Young 1995), encontraron que puntajes elevados en la búsqueda de la novedad se relacionan más con la presencia de trastorno bipolar (Young 1995) y pueden reflejar características de la personalidad que limitan la recuperación funcional o bien sintomatología maniaca subclínica que no se refleja en otro tipo de medida para los síntomas (Strakowski et al 1993). Basados en el modelo de los cinco factores Bagby y colaboradores (1996,1997) encontraron que los pacientes con trastorno bipolar reportaban puntajes mayores en la faceta de

emoción positiva como subescala de la extraversión en comparación con sujetos con depresión unipolar y sujetos con esquizofrenia. La faceta de emoción positiva refleja la experimentación individual de júbilo, alegría, amor, excitación y optimismo (Costa y McCrae 1992).

Otros estudios (Dunayevich 1996,2000; George 2003; Bieling 2003) han utilizado la entrevista estructurada para DSM III y IV versión para trastornos de personalidad (SCID-II), encontrando algunas asociaciones de los trastornos de la personalidad con el trastorno bipolar. Se ha reportado una prevalencia de comorbilidad de trastornos de la personalidad con trastorno bipolar hasta en el 65% de los casos de pacientes con múltiples episodios de manía y de un 33% en pacientes con primer episodio de manía (Dunayevich 1996). Sin embargo es importante enfatizar que estos datos son muy variables, van desde el 9% (Koenigsberg 1985) al 89% (Turley 1992) de acuerdo a los instrumentos de detección utilizados. También se ha encontrado una asociación entre la raza no caucásica (básicamente afro-americana), en pacientes con TBP, y el diagnóstico de trastorno de la personalidad (Dunayevich 1996).

Un seguimiento a 12 meses mostró que los individuos con TBP y trastorno de la personalidad concomitante fueron menos propensos a alcanzar la recuperación a un año de seguimiento; presentaban tasas menores de recuperación sindromática, menor adherencia al tratamiento y menor recuperación funcional (Dunayevich et al. 2000).

La mayor parte de los estudios han encontrado que la comorbilidad con TBP y trastornos de la personalidad de los clusters B y C es lo más frecuente (Pica et al. 1990; Carpenter et al. 1995; Zimmerman y Mattia 1999; Benazzi 2000). Preston y colaboradores (2004) encontraron que 40% de los pacientes con TBP cursaban con trastorno límite de la personalidad (TLP) comórbido y éstos tenían una historia más frecuente de abuso de sustancias y síntomas de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia, a pesar de tratarse de una muestra predominantemente femenina. Ellos consideran que la presencia de síntomas de TDAH en los pacientes con TBP y comorbilidad con TLP, pueden ser marcadores de inicio temprano y severidad en el trastorno bipolar (Preston et al. 2004, Sachs et al. 2000) Resulta interesante mencionar que los síntomas de trastorno límite de la personalidad mejoraron posterior a recibir tratamiento con lamotrigina, y correspondieron con la respuesta de los síntomas bipolares. Incluso el 43% de los pacientes que al inicio del estudio cumplieron criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad dejaron de cumplirlos al mejorar con el tratamiento por lo que ya no era posible hacer diagnóstico de TLP.

Todavía se discute si el trastorno límite de la personalidad forma parte del espectro afectivo (Akiskal et al.1979; Stone 1979,1980; Akiskal 1981; Andrulonis et al.1982; Gaviria et al. 1982) o si la evidencia para afirmar esto aún es débil (Gunderson y Phillips 1991). Los cambios afectivos en el TBP II pueden ser difíciles de distinguir de los del temperamento ciclotímico o de aquellos del TLP (Perugi y Akiskal, 2002). La labilidad emocional y la sensibilidad interpersonal, son rasgos que parecen estar relacionados con una diátesis ciclotímica-temperamental

que subyace al complejo patrón de la ansiedad, afecto, y trastornos impulsivos que caracterizan a la depresión atípica, al trastorno bipolar II y al trastorno límite de la personalidad (Perugi et al. 2003).

Deltito y cols. (2001) encontraron que entre el 13 y el 81% de pacientes con trastorno límite de la personalidad mostraban signos de bipolaridad desde los más duros (antecedente de uno o más episodios de manía) hasta lo más “suave” (temperamento bipolar, antecedentes familiares de bipolaridad), y propusieron que el 44% pertenecían al espectro bipolar actualmente aceptado (TBP I y II), es decir, aquellos que cumplieron criterios para episodios espontáneos de manía o hipomanía previos, y si a estos casos se les sumaban aquellos que habían presentado hipomanías secundarias al uso de antidepresivos se alcanzaba hasta el 69% de los casos totales. Ellos argumentan que es importante reconocer a estos pacientes como parte del espectro bipolar ya que el uso de antidepresivos en ellos puede empeorar la sintomatología, lo cual usualmente no sucede con el uso de estabilizadores de ánimo, debido a que los pacientes con TLP se relacionan con el TBP. Consideran que el TBP puede ser un factor que contribuye, como un “fenotipo” bipolar, al desarrollo del TLP de alguna manera, y que podría definirse como un trastorno bipolar de ciclos ultra-rápidos.

Por otra parte Benazzi (2000) encontró que en una muestra de pacientes de consulta privada el 6.1% de pacientes con depresión unipolar también cumplieron criterios para trastorno límite de la personalidad mientras que el 12% de los pacientes con trastorno bipolar tipo II cumplieron criterios para el mismo trastorno

de la personalidad. Plantea que a pesar de encontrarse con cierta frecuencia en comorbilidad, el trastorno bipolar tipo II y el trastorno límite de la personalidad son fácilmente distinguibles con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Postula que en los pacientes con TLP pueden mezclarse 2 tipos de dimensiones sintomáticas siendo una la inestabilidad afectiva, la cual podría estar relacionada con el TBP II , y la segunda la impulsividad, que caracteriza al TLP y que no parece estar relacionada con el TBP II (Benazzi, 2006). Lo anterior respalda lo encontrado en otro estudio (Preston et al. 2004) en el cual los pacientes con TBP obtuvieron puntajes más altos en las dimensiones afectivas que en otras dimensiones que se evalúan para hacer el diagnóstico de TLP según criterios del DSM-IV.

En un seguimiento hecho a 5 años por Swarts y colaboradores (2005) en el que compararon respuesta a tratamiento de un grupo de pacientes con TBP I y otro con TBP I-TLP, encontraron que solo el 25% de los pacientes con TBP I-TLP alcanzó la estabilización mientras que el 74% de los pacientes únicamente con TBP I lo hicieron. Además a los pacientes con TBP I-TLP que sí lograron la estabilidad les llevó alrededor de 95 semanas alcanzarla, mientras que a los TBP I (no comórbidos) les llevó una media de 35 semanas alcanzar la estabilidad. Los pacientes con TBP I-TLP requirieron de más estabilizadores del ánimo atípicos y tuvieron mayores tasas de deserción. Estos datos tienen implicaciones importantes y refuerzan la idea de que la comorbilidad de TBP con un trastorno de la personalidad empeora el pronóstico de los pacientes, requieren de tratamientos más largos y adecuados a distintas necesidades así como una menor adherencia a los mismos.

En un estudio a largo plazo en el que se utilizó abordaje con “life chart” a 87 pacientes con TBP por un período de entre 12 y 41 meses, encontraron que los pacientes con menos síntomas en 7 de 10 categorías de trastornos de la personalidad tenían mejor respuesta, y los síntomas del cluster A resultaron ser los mejores para distinguir a los pacientes eutímicos de los pacientes sintomáticos. Resulta interesante mencionar que los trastornos de personalidad del cluster A, que son menos frecuentes que los clusters B y C como comorbilidad en pacientes con trastorno bipolar, se asocian con pobre pronóstico. Los pacientes que durante el año (o más) de seguimiento que tuvieron mayor número de síntomas de personalidad cursaron con una peor evolución y tendieron menos a la eutimia (Bieling et al. 2003).

Justificación:

Los hallazgos en cuanto a los trastornos de la personalidad en pacientes con trastorno bipolar varían de acuerdo con las poblaciones estudiadas así como con los instrumentos utilizados.

La presencia de trastornos de la personalidad en pacientes con trastorno bipolar puede complicar el diagnóstico y el curso de la enfermedad bipolar.

Por esta razón es de suma importancia conocer la frecuencia con la que el TBP se asocia a trastornos de la personalidad en nuestra población, evaluadas con un instrumento con adecuado como es el SCID-II.

También el conocer los trastornos de personalidad en nuestros pacientes con TBP nos podrá ayudar en un futuro a desarrollar tratamientos integrales y más adecuados a sus necesidades.

Planteamiento del Problema:

El estudio de la interrelación entre los trastornos afectivos y los trastornos de la personalidad es un campo de gran interés en la psiquiatría clínica, que no ha sido suficientemente abordado en población mexicana.

Se ha asociado la concurrencia de un trastorno de la personalidad con la pobre respuesta a litio (Abou-Saleh, 1983; Maj et al., 1984), pobre funcionamiento social (Andreoli et al., 1989; Carpenter et al. 1995) y peor pronóstico a largo plazo (Akiskal et al., 1978) en pacientes con trastorno bipolar.

El diagnóstico de trastorno de la personalidad en pacientes bipolares puede ser relevante con respecto al curso del trastorno afectivo, ya sea como un factor de riesgo para múltiples episodios (Alnaes and Torgersen, 1997), o bien tener una influencia negativa en cuanto a la suicidalidad o a la edad de inicio (Vieta, 1999).

La presencia de trastorno límite de la personalidad en pacientes bipolares se ha asociado a mayor frecuencia en el abuso de sustancias y al antecedente de síntomas de déficit de atención e hiperactividad en la infancia (Preston , 2004).

Por todo lo anterior el reconocimiento de los pacientes bipolares de nuestra población que concomitantemente padezcan un trastorno de la personalidad es fundamental para que en un futuro se diseñen estrategias más integrales que nos ayuden a evitar el abandono del tratamiento y a mejorar el pronóstico de dichos pacientes.

Hipótesis

1) Se encontrará una comorbilidad de trastornos de la personalidad en al menos un 10% de los sujetos evaluados.

2) Se encontrará que en la mayoría de los casos, estos trastornos correspondan al cluster B o al C más que al A.

3) Los pacientes con TBP asociado a un trastorno de la personalidad tendrán indicadores de pronóstico más negativos.

Objetivos:

General:

1) Determinar la frecuencia de trastornos de la personalidad en una muestra de pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tipo I ó II (que estén estables).

Específicos:

- Conocer la frecuencia de trastornos de la personalidad en una muestra de sujetos diagnosticados con TBP que se encuentren en eutimia.
- Conocer a qué tipo de trastorno de la personalidad corresponden los casos identificados.
- Describir características demográficas y clínicas, de los pacientes evaluados.

Metodología:**A) Diseño del estudio:**

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

B) Sujetos:

Se incluyeron 20 pacientes que acuden al servicio de consulta externa a la clínica de TBP del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que cumplieron los criterios de inclusión.

C) Locación:

El estudio se llevó a cabo en la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

D) Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico de Trastorno bipolar tipo I según criterios del DSM-IV.
2. Edad entre 18 y 65 años.
3. Saber leer y escribir.
4. Firmar la hoja de consentimiento informado.

E) Criterios de exclusión:

1. Antecedente de traumatismo craneoencefálico con pérdida del estado de alerta o de convulsiones.
2. Presentar episodio agudo depresivo o de manía en el momento de la aplicación de la escala.
3. Tener retraso mental.

F) Variables

Variable	Tipo de Variable	Medición
Sexo	Nominal	Femenino/Masculino
Estado conyugal	Nominal	Con pareja/Sin pareja
Escolaridad	Ordinal	Años de estudio (a partir de 1º de primaria)
Nivel socioeconómico	Ordinal	Según la clasificación de trabajo social
Edad de inicio	Ordinal	Años
Síntomas maníacos	Ordinal	Puntaje de YMRS
Síntomas depresivos	Ordinal	Puntaje de Hamilton-Depresión
Uso de alcohol	Nominal	Sí/No
Uso de sustancias	Nominal	Sí/No
Tratamiento	Ordinal	Número de fármacos utilizados
Número de hospitalizaciones	Ordinal	Ocasiones que ha requerido tratamiento intrahospitalario
Número de episodios depresivos	Ordinal	Ocasiones que han tenido episodios depresivos (que cumplan con criterios DSM-IV)
Número de episodios de manía	Ordinal	Ocasiones en que ha tenido episodios de manía (que cumplan criterios del DSM-IV)
Intentos suicidas	Ordinal	Número de intentos suicidas

G) Instrumentos:

SCID- II

Los orígenes de la SCID-II se remontan a las etapas iniciales de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III (SCID), durante las cuales un módulo específico para los trastornos de la personalidad, desarrollado por el Dr. Jeffrey Jonas del Hospital McLean, fue incluido en la versión de la SCID de 1984. En 1985, el módulo de los trastornos de la personalidad de la SCID fue reformulado separadamente por una serie de razones, como la longitud del módulo, el interés renovado en la investigación de los trastornos de la personalidad, y los requisitos específicos para la evaluación de las características de la personalidad. En 1986, la

SCID-II fue actualizada para el DSM-III-R y se incorporó una nueva estrategia, basada en un cuestionario de personalidad con funciones de selección o cribado. Una vez realizados los estudios de campo que establecieron la fiabilidad de la SCID-II (First y cols., 1995; cit en First, M., 1999), la versión definitiva de la SCID-II para los trastornos de la personalidad del DSM-III-R fue publicada por la American Psychiatric Press, Inc. en 1990 como un componente de la SCID. Tras la publicación del DSM-IV en 1994, se inicio la revisión de la SCID-II para el DSM-IV. Con la ayuda de la Dra. Lorna Benjamín, muchas de las preguntas de la SCID-II fueron reformuladas para que reflejaran mejor la experiencia interior del sujeto. Esta versión definitiva de la SCID-II para el DSM-IV en su versión inglesa fue publicada en 1997 por la American Psychiatric Press, Inc. con una versión por ordenador adjunta publicada en lengua inglesa por Multi-Healt Systems de Toronto, Canadá. (First y cols., 1999).

Cobertura de la SCID-II

La SCID-II cubre los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV, así como el Trastorno de la personalidad no especificado, el Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el Trastorno depresivo de la personalidad, que se incluyen en el Apéndice B del DSM-IV y que también pueden ser diagnosticados con la SCID-II. Generalmente, se utiliza la versión completa de la SCID-II; sin embargo, también es posible emplear sólo aquellas secciones que se refieren a Trastornos de la personalidad que sean de especial interés para el clínico o el investigador. (First y cols., 1999).

Estructura básica

La estructura básica de la SCID-II es similar a la de la SCID para trastornos del Eje I. Elaborada a partir del formato de entrevista clínica habitual, comienza con una breve *Revisión* que caracteriza el comportamiento y las relaciones habituales del sujeto, proporcionando información sobre su capacidad de autorreflexión.

Seguidamente, se consideran de forma sucesiva cada uno de los 10 trastornos de la personalidad específicos y las 2 categorías del Apéndice: Trastorno de la personalidad por evitación, Trastorno de la personalidad por dependencia, Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, Trastorno depresivo de la personalidad, Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizotípico de la personalidad, Trastorno esquizoide de la personalidad, Trastorno histriónico de la personalidad, Trastorno narcisista de la personalidad, Trastorno límite de la personalidad y Trastorno antisocial de la personalidad. El orden de los trastornos de la personalidad en la SCID-II difiere del de la clasificación del DSM-IV. (First y cols., 1999).

Al igual que la SCID para trastornos del Eje I, la SCID-II consta de tres columnas: la de la izquierda contiene las preguntas de la entrevista, la central enumera los criterios diagnósticos del DSM-IV, y la de la derecha tiene por objetivo puntuar los ítems.

Cada criterio de trastorno de la personalidad se puntúa como <?>, <1>, <2> o <3>.

? = Información inadecuada para codificar el criterio como 1, 2 o 3.

1 = Ausente o Falso

Ausente. El síntoma descrito en el criterio se halla claramente ausente.

Falso. El enunciado del criterio es claramente falso.

2 = Subumbral

El umbral del criterio casi se alcanza, pero no completamente.

3 = Umbral o Verdadero

Umbral. El umbral para alcanzar el criterio se cumple según el mínimo exigido, o con holgura.

Verdadero. El enunciado del criterio es verdadero.

(First y cols., 1999).

Confiabilidad y validez

No hay datos disponibles sobre la confiabilidad o la validez de la SCID-II para el DSM-IV, aunque existen varios estudios que han investigado la confiabilidad de su predecesora, la SCID-II para el DSM-III-R. Se llevó a cabo un estudio de confiabilidad test-retest sobre la SCID-II para el DSM-III-R como parte de un estudio multicéntrico de fiabilidad de la SCID para trastornos del Eje I. Las entrevistas de la SCID-II fueron administradas por dos entrevistadores distintos en dos ocasiones diferentes (con dos semanas de diferencia) a 284 sujetos en 4 centros de pacientes psiquiátricos y 2 centros de pacientes no psiquiátricos (First y cols.,1995). En los primeros, los valores *kappa* fluctuaron entre 0,24 para el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y 0,74 para el trastorno histriónico de la personalidad, con un valor *kappa* global promedio de 0,53. En los centros no psiquiátricos, sin embargo la coincidencia fue considerablemente menor, con un valor *kappa* global promedio de 0,38. La duración media del tiempo de administración fue de 36 minutos. (First y cols., 1999).

Los índices de confiabilidad obtenidos por otros investigadores con la SCID-II han variado considerablemente, pero de hecho han igualado o superado los obtenidos en este estudio. (Malow y cols. 1989), tras administrar únicamente las secciones de la SCID-II relativas a los trastornos antisocial y límite de la personalidad, informaron de la confiabilidad de 29 casos seleccionados de una muestra más amplia de pacientes ingresados por dependencia de cocaína u opiáceos. Mediante un diseño test-retest (la segunda entrevista fue realizada 48 horas después de la primera), obtuvieron un valor *kappa* de 0,87 para el Trastorno límite de la personalidad (tasa base 16 %) y 0,84 para el Trastorno antisocial de la personalidad (tasa base 15 %). (O'Boyle y Self, 1990) investigaron la confiabilidad test-retest (tiempo medio entre entrevistas = 1,7 días) empleando la SCID-II con una muestra de 18 pacientes ingresados. Calcularon un valor *kappa* de 0,74 para la presencia de cualquier Trastorno de la personalidad (tasa base de al menos un trastorno de la personalidad 55 %). (Weiss y cols. 1995) estudiaron la confiabilidad test-retest de 12 meses en 31 pacientes cocainómanos y obtuvieron un valor *kappa* global de 0,46. (First y cols., 1999).

Empleando un diseño de confiabilidad conjunta, con un entrevistador administrando la SCID-II y otro actuando como observador, (Arntz y cols. 1992) investigaron la fiabilidad de una versión holandesa de la SCID-II en una muestra de 70 pacientes ambulatorios. Para aquellos trastornos con al menos 5 casos puntuados por cualquiera de los entrevistadores, los valores *kappa* fluctuaron entre 0,77 para el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y 0,82 para el Trastorno de la personalidad por evitación, el valor *kappa* calculado para el conjunto de los trastornos de la personalidad fue de 0,80. (First y cols., 1999).

Cuatro estudios adicionales emplearon una variante del diseño de confiabilidad conjunta, en que el segundo entrevistador realizaba las puntuaciones a partir de grabaciones en audio o en video del primer entrevistador. En otra investigación (Renneberg y cols. 1992) se estudiaron los trastornos de la personalidad en 32 pacientes ambulatorios con problemas de ansiedad, documentando valores *kappa* de 0,75 para el acuerdo sobre la presencia de cualquier trastorno de la personalidad y valores *kappa* para los trastornos de la personalidad que oscilaban entre 0,61 para el Trastorno paranoide de la personalidad y 0,81 para el Trastorno de la personalidad por evitación. (First y cols., 1999). En un estudio de diseño similar de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Wonderlich y cols. 1990) informaron de valores *kappa* desde 0,56 para el Trastorno de la personalidad por evitación hasta 0,77 para el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

En un estudio realizado por Brooks y cols. (1991) se administraron la SCID-II a 30 pacientes con Trastorno por angustia con agorafobia y calcularon valores *kappa* que fluctuaron entre 0,43 para el Trastorno histriónico de la personalidad y 0,89 para el Trastorno esquizotípico de la personalidad. Fogelson y cols. (1991) evaluaron los trastornos de la personalidad en una muestra de 45 sujetos <no pacientes> familiares de primer grado de pacientes con Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo o Trastorno bipolar, e informaron de coeficientes de correlación intraclase que oscilaban entre 0,60 para el Trastorno esquizoide de la personalidad y 0,82 para el Trastorno límite de la personalidad. Los resultados obtenidos por otros investigadores en el empleo de la SCID-II reflejan la variabilidad de los niveles de confiabilidad en distintos entornos, lo cual también se

aplica a la confiabilidad de los trastornos del Eje I mediante entrevistas diagnósticas estructuradas. En conclusión, los resultados de la SCID-II para el DSM-III-R demuestran que puede alcanzarse un grado razonable de fiabilidad siempre que los entrevistadores estén bien entrenados y exista suficiente variabilidad diagnóstica en la muestra. (First y cols., 1999).

La validez de la SCID-II ha sido investigada de varias formas. La validez concurrente fue demostrada por Hueston y cols. (1996) en un estudio que indicaba que, en un grupo de pacientes de atención primaria, un diagnóstico de trastorno de la personalidad mediante la SCID-II estaba asociado a menor nivel de funcionamiento, menor satisfacción con la atención sanitaria y mayor riesgo de depresión y consumo de alcohol. La mayor parte de los estudios que comparan la SCID-II con otros procedimientos para evaluar la personalidad son difíciles de interpretar a causa de la ausencia de un *estándar de oro*. Por ejemplo, Hyler y cols. (1992) obtuvieron un nivel de coincidencia de valores *kappa* entre la SCID-II y el *Personality Disorder Examination* (Loranger y cols., 1987) situado entre 0,20 y 0,55 (media 0,36) y entre el PDQ-R (un cuestionario autocumplimentado) y la SCID-II entre 0,20 y 0,53 (media 0,38). (Kennedy y cols. 1995 cit en First y cols., 1999), sin embargo, obtuvieron escasa coincidencia entre la SCID-II y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*) (MCMI), otro instrumento de autoaplicación para evaluar trastornos de la personalidad. (First y cols., 1999).

Un estudio de Skodol y cols. (1991) comparó la SCID-II y el PDE (Loranger y cols., 1987). y examinó su nivel de coincidencia mutuo y con respecto a un estándar clínico (un procedimiento de evaluación longitudinal al que se dio el

acrónimo del estándar LEAD, *Longitudinal Expert evaluation using All Data* (Spitzer, 1983). El estudio mostró una coincidencia calificable sólo de modesta entre las dos entrevistas, siendo la SCID-II ligeramente más válida que el PDE en comparación con el estándar clínico (es decir, la SCID-II presentaba un mejor acuerdo, como indica el valor *kappa*, y un mejor valor predictivo total para 8 de los 11 trastornos de la personalidad). Los autores del estudio conjeturaron que el mayor acuerdo entre la SCID-II y el estándar LEAD puede deberse tanto a la mayor similitud en los formatos de ambos procedimientos (ya que ambos evalúan los criterios trastorno a trastorno) como a las ventajas inherentes a la SCID, o ambas cosas a un tiempo. (First y cols., 1999).

La validez del Cuestionario de Personalidad de la SCID-II fue examinada por Jacobsberg y cols. (1995), que determinaron su tasa de falsos positivos usando el PDE como estándar. Advirtieron que la tasa de falsos negativos era baja para cada uno de los diagnósticos, y concluyeron que el procedimiento SCID-II de avanzar según las respuestas positivas era un método válido. Ekselius y cols. (1994) obtuvieron un buen acuerdo entre el cuestionario y la SCID-II, observando una correlación de 0,04 en el número de ítems positivos y un valor *kappa* de 0,78. (First y cols., 1999).

Escala de Hamilton para Depresión

Esta escala consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Debe ser administrada por un clínico. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en tres factores: melancolía, ansiedad y sueño. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Los puntos de corte o normas de interpretación de acuerdo a Bech son los siguientes: 0-7: no depresión, 8-12; depresión menor, 13-17; menos que depresión mayor, 18-29; depresión mayor, 30-52; mas que depresión mayor. El criterio de inclusión mas utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación mayor o igual a 18 (Hamilton 1960,1967; Bobes, 2002).

Escala para la evaluación de la manía de Young y cols. (YMRS, de las siglas en inglés para Young Mania Rating Scale)

Fue creada en 1978 por Young y cols. Debido a que existían muy pocas escalas que evaluaran la manía en comparación con la presencia de escalas para evaluar la depresión. Su intento al desarrollarla fue construir una escala que fuera mas amplia que las ya existentes como la Escala para la evaluación de la manía de Beigel, la cual fue desarrollada para la administración por enfermeras en pacientes hospitalizados (Young RC 1978; APA, 2000).

Es un instrumento con 11 variables diseñado para medir la gravedad de los síntomas de manía y para determinar el efecto del tratamiento sobre estos síntomas. También puede ser utilizada para detectar la reaparición de síntomas maniacos (Lara, 2003).

Los ítems fueron seleccionados basándose en las descripciones publicadas de los síntomas principales de la manía e intentan reflejar los síntomas que ocurren tanto en la manía moderada como severa (APA, 2000).

Se desarrolló siguiendo el modelo de la escala de depresión de Hamilton por lo que debe ser calificada por un clínico entrenado y con experiencia. Para calificar esta escala, se requiere una entrevista de 15 a 30 minutos. Las 11 variables incluidas son: afecto, energía, interés sexual, sueño, irritabilidad, discurso, trastorno del lenguaje-pensamiento, contenido, conducta disruptiva-agresiva, apariencia, insight. Siete variables se califican con una escala de 0 a 4 y cuatro (irritabilidad, discurso, contenido y conducta disruptiva-agresiva) con otra de 0 a 8, a los cuales se les da doble puntaje para compensar la falta de cooperación de un paciente severamente enfermo (*Lara, 2003*).

El puntaje de calificación va del 0 al 60, las calificaciones promedio en el YMRS son de 13 para síntomas leves, 20 para síntomas moderados y 38 para síntomas severos (*APA, 2000*).

La consistencia interna, determinada por la correlación entre la calificación total y cada una de las variables fue buena, de 0.45 para apariencia a 0.85 para trastorno del lenguaje-pensamiento. La confiabilidad interevaluadores fue muy buena, 0.93 para la calificación total, con un rango del 0.66 para conducta disruptiva-agresiva a un 0.95 para sueño. Para determinar la validez concurrente se correlacionó con la Escala de Petterson, con una evaluación global de severidad y con la Escala de Biegel aplicada por enfermeras. La correlación con la evaluación global fue de 0.88, con la Escala de Petterson de 0.89, y con la Escala de Biegel fue de 0.71 (*Lara, 2003*).

Procedimiento

Se evaluaron a 20 pacientes de la consulta externa, pertenecientes a la Clínica de Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en el período comprendido entre noviembre y diciembre de 2005. Los pacientes se encontraban en fase de eutimia para disminuir la posibilidad de que los síntomas afectivos modificaran la evaluación de los rasgos de la personalidad.

Se obtuvo verbalmente y por escrito el consentimiento informado de cada uno de los pacientes. Posteriormente se aplicaron la Escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems y la Escala para Manía de Young. Una vez que quedaba corroborado, con la aplicación de estas escalas, que el paciente no estaba cursando con un trastorno afectivo agudo se le pidió que contestara la versión autoaplicable del SCID-II. Posteriormente se le aplicó la entrevista semiestructurada para el SCID-II a cada paciente.

Los datos demográficos fueron obtenidos por entrevista directa al paciente, por el expediente y de la base de datos de la Clínica de Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Se utilizó el programa SPSS versión 10.0 para la elaboración de la base de datos y para el procesamiento estadístico.

Análisis Estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas (nominales) y con promedios y desviación estándar (+/-) para las variables dimensionales (ordinales).

Resultados

La muestra consistió en 20 pacientes con trastorno bipolar (I ó II) que se encontraban al momento de la aplicación del SCID-II en fase de eutimia (estabilidad).

La Tabla 1. contiene las características demográficas de la población estudiada.

Tabla 1. Características demográficas de la población

Variable	Porcentaje ó promedio (desviación estándar) (n=20)
Edad	36.5 (12.89)
Sexo femenino	85%
Estado conyugal	
Con pareja estable†	60%
Sin pareja estable‡	40%
Años de estudio	12.5 (2.96)
Ocupación	
Desempleado	5%
Estudiante	20%
Hogar	30%
Empleo fijo	45%
Nivel socioeconómico	
Bajo	10%
Medio bajo	25%
Medio	45%
Medio alto	10%
Alto	10%

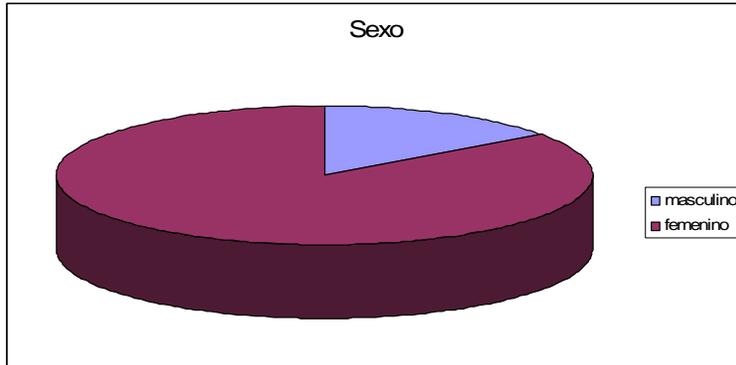
† Casado o unión libre

‡ Divorciado, separado, viudo o soltero

La edad promedio de los sujetos fue de 36.5 ± 12.98 años (19-63 años).

La distribución por sexo de la muestra se dió de la siguiente manera (Fig.1): femenino (85%, n=20) y masculino (15%, n=20).

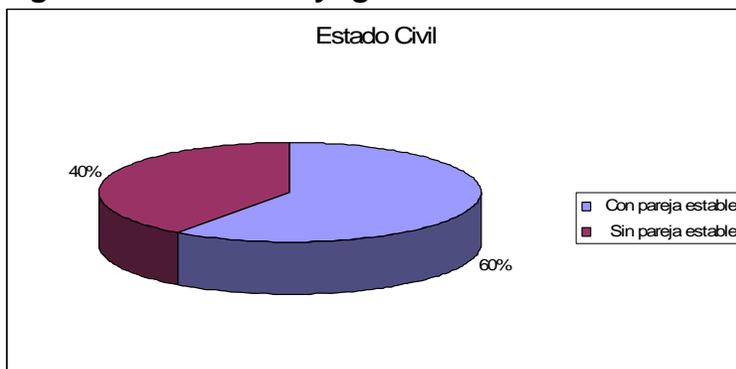
Figura 1. Sexo.



Femenino 85% y masculino 15%

En cuanto al estado conyugal encontramos que el 60% de la muestra tenía una pareja estable (casado o unión libre) y el 40% se encontraba sin pareja (se incluyeron en este apartado a sujetos solteros, divorciados y viudos) (Fig.2).

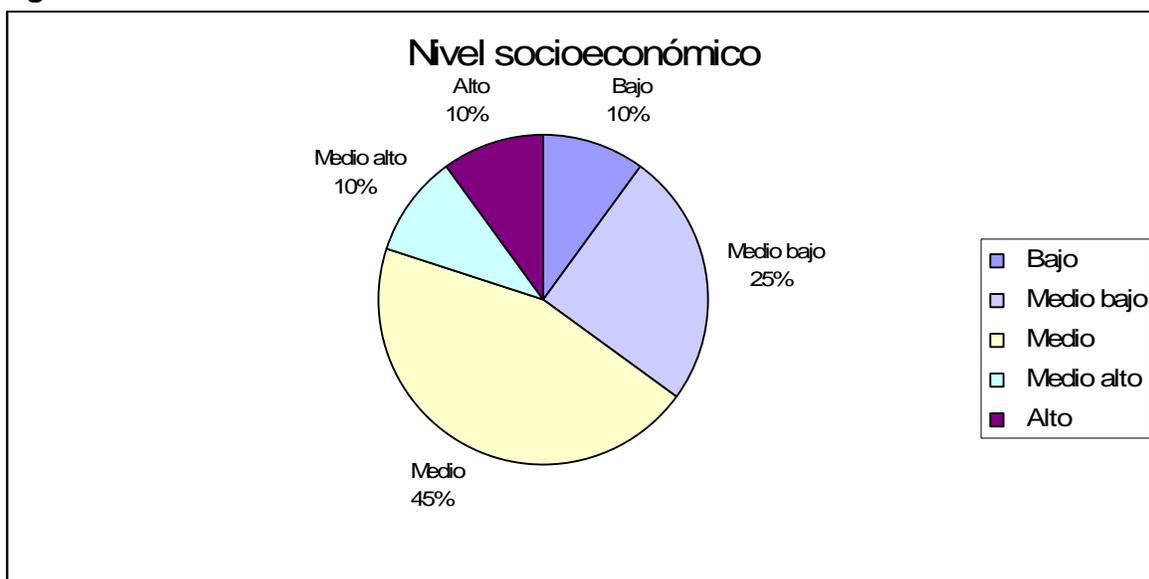
Figura 2. Estado conyugal.



El promedio de años de estudio fue de 12.5 ± 2.96 años (9-18 años). En cuanto a la ocupación de los sujetos encontramos que el 5% se encontraba desempleado, el 20% eran estudiantes, el 30% se dedicaban al hogar y el 45% tenían un empleo fijo, al momento de la aplicación del cuestionario.

Con respecto al nivel socioeconómico encontramos que el 80% de la muestra pertenecía al nivel medio y que éste a su vez se subdividía de la siguiente forma: 10% medio alto, 45% medio medio y 25% medio bajo. El restante 20% se dividió en 10% perteneciente a nivel alto y 10% a nivel bajo (Fig 3.)

Figura 3. Nivel socioeconómico.



En relación a las características clínicas de la muestra de pacientes evaluados en este estudio los hallazgos fueron los que se mencionan a continuación. En cuanto a la edad estimada de inicio el promedio fue de 24.72 ± 8.77 años (12-43años) y el promedio de la duración del trastorno bipolar, desde el inicio hasta el momento de la evaluación fue de 11.75 ± 10.76 años (1-29años)

Tabla 2. Características clínicas.

Variable	Promedio (desviación estándar) o porcentaje
Edad estimada de inicio	24.75 (8.77)
Duración en años del trastorno	11.75 (10.76)
Episodio de inicio	
Depresivo	35%
<i>Leve</i>	10%
<i>Moderada</i>	20%
<i>Grave</i>	5%
Manía	55%
<i>Manía</i>	10%
<i>Manía psicótica</i>	45%
Hipomanía	10%
Diagnósticos de inicio	
<i>Depresión+ trastorno de personalidad cluster B*</i>	10%
<i>Trastorno bipolar tipo 1</i>	50%
<i>Trastorno bipolar tipo 2</i>	20%
<i>Trastorno afectivo no especificado</i>	20%
Diagnósticos actuales	
<i>Trastorno bipolar tipo 1</i>	75%
<i>Trastorno bipolar tipo 2</i>	25%
Antecedente de episodio depresivo	75%
<i>Número de episodios depresivos</i>	5.07 (4.96)
Antecedente de episodio de manía	75%
<i>Número de episodios de manía</i>	2.06 (1.39)
Antecedente de episodios de hipomanía	55%
<i>Número de episodios</i>	4.56 (5.97)
Antecedente de episodio psicótico	70%
<i>Episodio psicótico únicamente en manía</i>	85.7%
Intentos suicidas previos	20%
Antecedente de uso de alcohol	15%
Antecedente de uso de cannabis	5%
Número de medicamentos usados	2.05 (0.88)
Número de hospitalizaciones	1.6 (2.44)

*un caso diagnóstico de trastorno límite de personalidad con rasgos narcisistas, otro con diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad

La distribución en cuanto al tipo de episodio de inicio fue de la siguiente manera: episodio depresivo 35% (n=7), episodio de manía 55% (n=11) y episodio de hipomanía 10% (n=2) (Fig. 4) La severidad del episodio de inicio se distribuyó

en depresión leve 10% (n=2), depresión moderada 20% (n=4) y depresión grave 5% (n=1); manía sin síntomas psicóticos 10% (n=2) y manía con síntomas psicóticos 45% (n=9) (Fig.4.1).

Figura 4. Episodio de inicio.

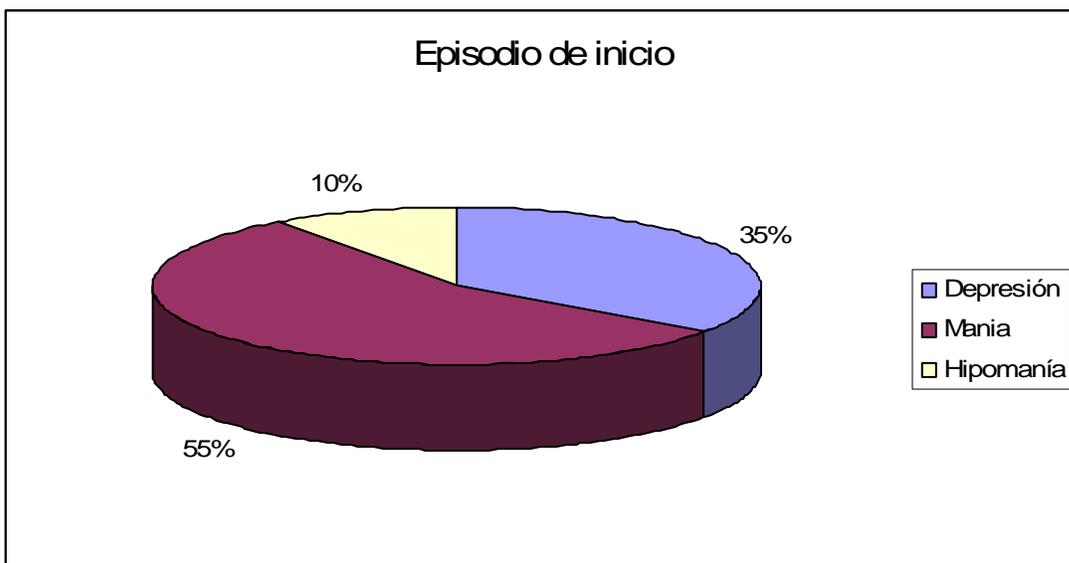
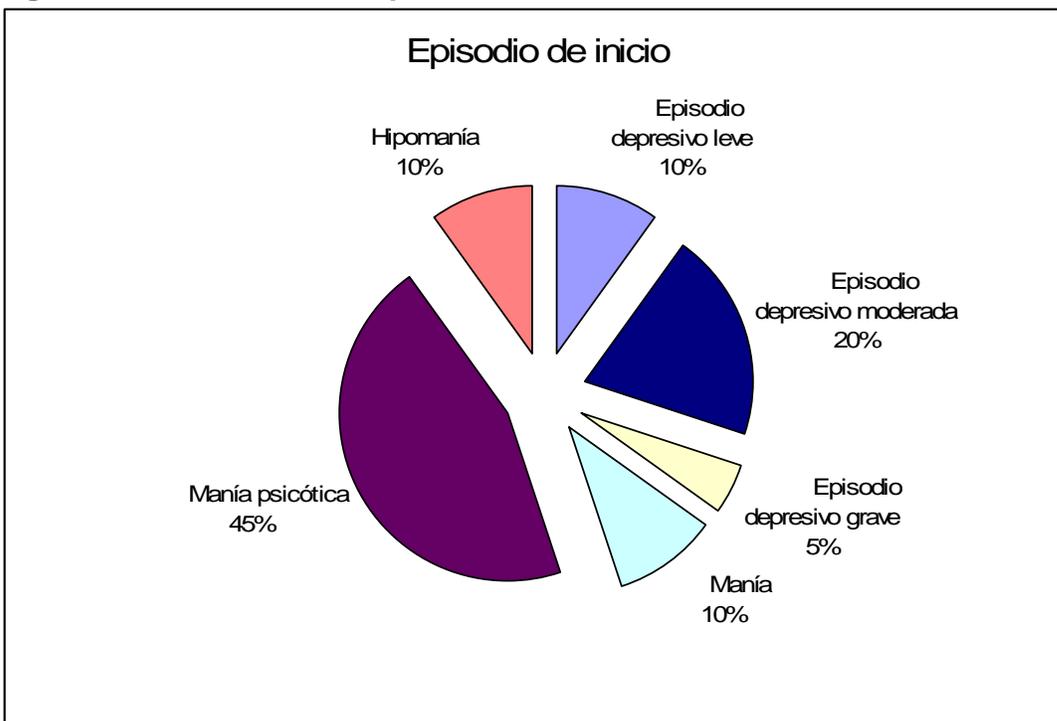
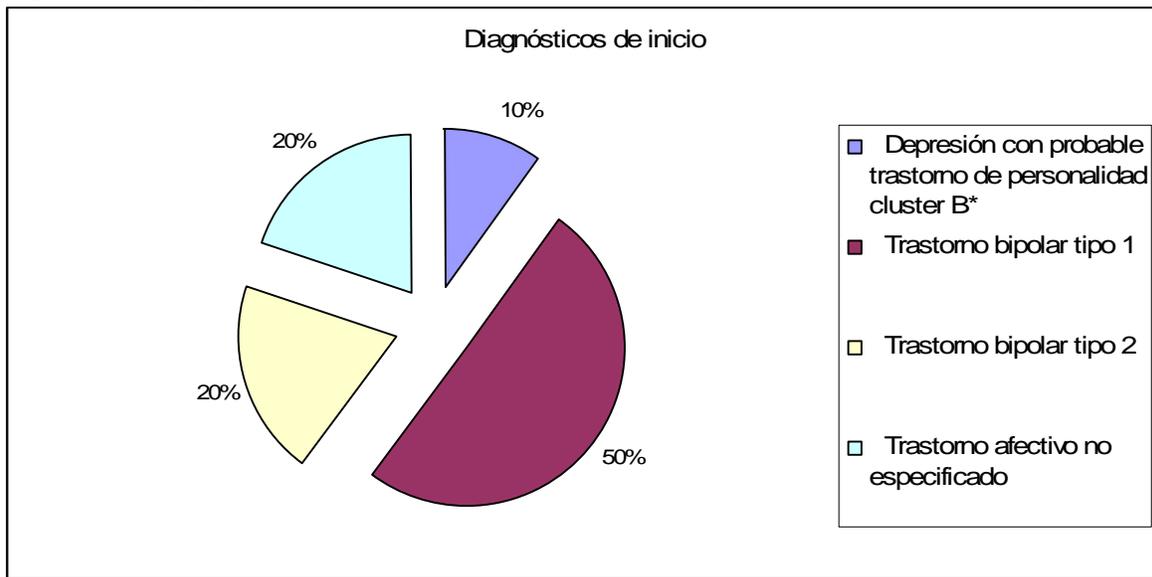


Figura 4.1 Severidad del episodio de inicio



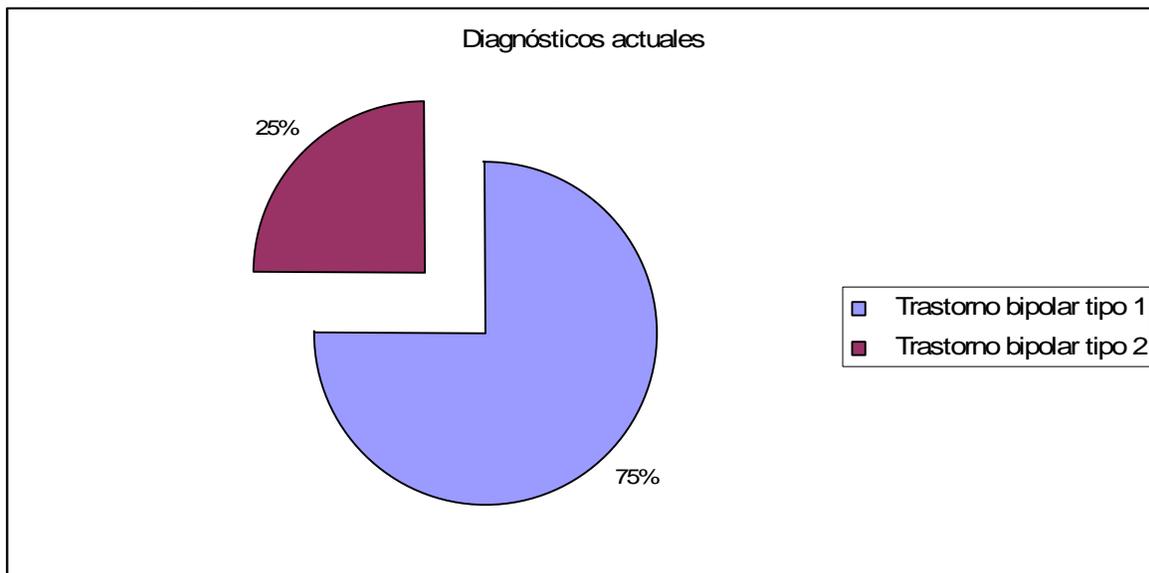
Al inicio del padecimiento de los sujetos de la muestra se hicieron los diagnósticos de Depresión + Trastorno de personalidad cluster B en el 10% (n=2) de la muestra, Trastorno afectivo no especificado en el 20% (n=4), Trastorno bipolar tipo I en el 50% (n=10) de los sujetos entrevistados y de Trastorno bipolar tipo II en el 20% (n=4) restante (Fig. 5).

Figura 5. Diagnóstico de inicio.



Los diagnósticos iniciales han cambiado con el paso del tiempo y actualmente se distribuyen de distinta manera, encontramos que el 75% (n=15) de los sujetos de la misma muestra ahora cuentan con diagnóstico de Trastorno bipolar tipo I y el 25% (n=5) de Trastorno bipolar tipo II (Fig.6).

Figura 6. Diagnósticos actuales de Eje I.



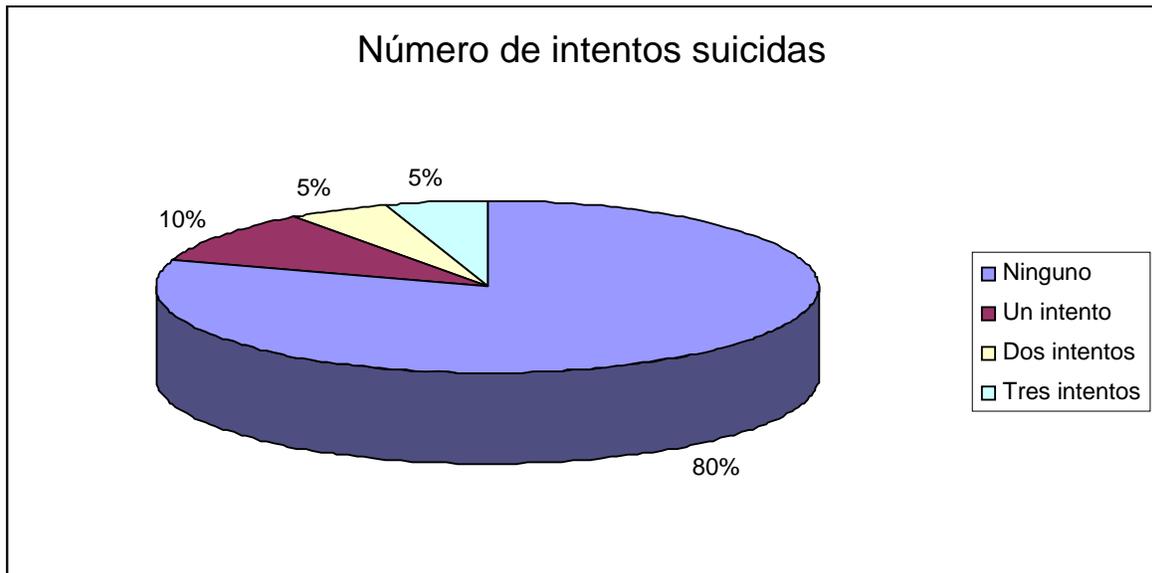
El 75% (n=15) de los sujetos entrevistados han cursado en algún momento de su padecimiento con episodios depresivos y el promedio de éstos episodios es de 5.07 ± 4.96 (1-20 episodios depresivos). El 75% (n=15) han cursado con episodios de manía con un promedio de 2.06 ± 1.39 (1-6 episodios de manía). El 55% (n=11) han tenido hipomanía en promedio 4.56 ± 5.97 (1-20 episodios de hipomanía) (Tabla 2).

Tabla 3. Frecuencia del intento suicida

Número de intentos suicidas	Número de casos (n=20)	Porcentaje (n=20)
Ninguno	16	80%
Un intento	2	10%
Dos intentos	1	5%
Tres intentos	1	5%

El 20% (n=4) de la muestra tuvo antecedente de al menos un intento suicida en el transcurso del padecimiento. De este 20% (n=4), el 10% (n=2) tenía el antecedente de un intento suicida, el 5% (n=1) de dos intentos y el 5% (n=1) de tres intentos suicidas (Tabla 3, Fig.7).

Figura 7. Frecuencia de intento suicida.



En cuanto al número de medicamentos que los pacientes se encontraban utilizando al momento de ser evaluados, encontramos que el 30% (n=6) utilizaban un medicamento, el 40% (n=8) utilizaban 2 fármacos, el 25% (n=5) usaba 3 fármacos y el 5% (n=1) requirió de 4 fármacos para control sintomático (Tabla 4). El promedio de fármacos utilizados en esta muestra de pacientes fue de 2.05 ± 0.88 (1-4 fármacos).

Tabla 4. Frecuencia de medicamentos usados.

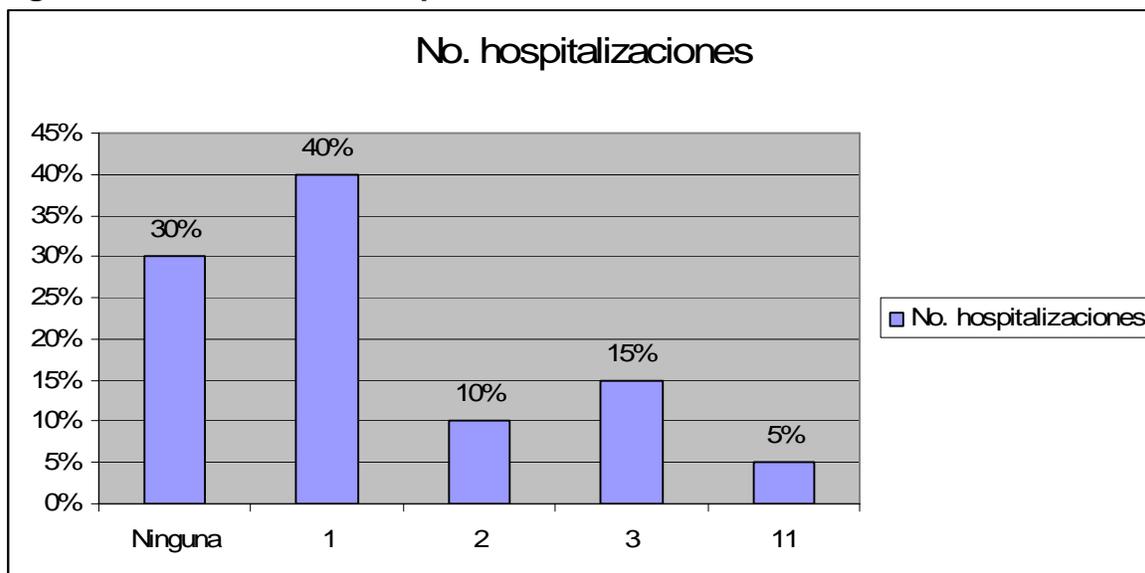
Número de medicamentos	Número de casos	Porcentaje
1	6	30%
2	8	40%
3	5	25%
4	1	5%

Tabla 5. Frecuencia de hospitalizaciones.

No. hospitalizaciones	Frecuencia	Porcentaje
0	6	30%
1	8	40%
2	2	10%
3	3	15%
11	1	5%

Encontramos que el 30% (n=6) de los pacientes nunca había sido hospitalizado, el 40% (n=8) contaban con antecedente de una hospitalización, el 10% (n=2) con 2 hospitalizaciones, el 15% (n=3) había requerido hospitalización en 3 ocasiones y el 5% (n=1) en 11 ocasiones había estado internado en un hospital psiquiátrico. El promedio general de hospitalizaciones fue de 1.6 ± 2.44 (0-11 hospitalizaciones) a lo largo del padecimiento (Fig.8).

Figura 8. Frecuencia de hospitalizaciones.



Uso de sustancias

Se encontró que el 15% (n=3) de la muestra contaba con el antecedente de uso de alcohol y el 5% (n=1) de uso de cannabis (Tabla 2).

Tabla 6. Puntuación de escalas

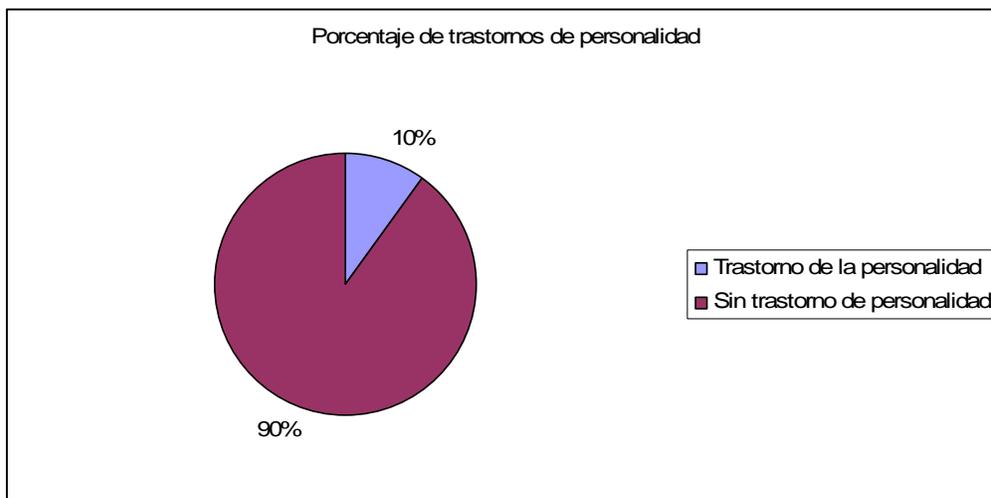
Variable	Porcentaje de Puntuación
Escala de depresión de Hamilton	2.55(2.62)
Escala para manía de Young	0.0

El promedio de la puntuación de la escala de depresión de Hamilton fue de 2.55 ± 2.62 (0-8puntos) y de la escala para manía de Young fue de 0 (Tabla 6).

Tabla 7. Personalidad y trastorno bipolar

Variables	Porcentaje
Trastorno de la personalidad	10%
Trastorno evitativo de la personalidad	10%
Otros Trastornos de la personalidad	0%

Figura 9. Porcentaje de trastornos de la personalidad



El 10% (n=2) de los pacientes de la muestra cumplieron criterios para trastorno de la personalidad de tipo evitativo y no se encontró ningún otro trastorno de la personalidad en la muestra evaluada (Tabla 7) (Fig. 9).

Tabla 8. Características clínicas de los pacientes con TBP-Trastorno de personalidad

Variable	Pac. 1 TBP + T.P. evitativa	Pac. 2 TBP + T.P. evitativa
Tipo de TBP	TBP I	TBP I
Sexo	Femenino	Masculino
Edad actual	29	51
Años de estudio	16	16
Edo. conyugal	soltero	divorciado
Ocupación	estudiante	Ejercicio de su profesión
Edad de inicio	22	23
Duración TBP en años	7	27
Int. suicidas	Nunca	Nunca
Sínt. Psicóticos	En manía	En manía
Hospitalizaciones	1	0
Ep. Depresivos	1	3
Ep. Manía	2	3
Ep. Hipomanía	1	0
# Medicamentos	2	1
Comorbilidad Psiquiátrica	Uso de alcohol y Uso de cannabis	Ninguna

Discusión

Este estudio examinó la frecuencia de trastornos de personalidad según criterios del DSM-IV en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que se encontraban en fase de eutimia (estabilidad afectiva). También se examinó el tipo de trastorno de la personalidad del que se trataba y las características clínicas de la muestra evaluada.

Encontramos que el 10% de la muestra (2 de 20 pacientes) cumplió con criterios diagnósticos para un trastorno de la personalidad (TP), esta cifra es comparable con la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general (Phillips, KA y cols. en Hales RE y Yudofsky SC 2003). Otros estudios han encontrado comorbilidad de TBP y TP entre el 21 y el 32% de los casos utilizando el mismo instrumento que nosotros (SCID-II) (Carpenter, et al. 1995; Colom, et al. 2000; George, et al. 2003; Vieta, et al. 1999). La frecuencia de comorbilidad (TBP-TP) obtenida en este estudio (10%), está por debajo de lo que otros autores reportan. Esto podría relacionarse con la necesidad de que los pacientes se encontraran en eutimia para ser evaluados, y que, por lo tanto, esté subrepresentado el grupo de pacientes con comorbilidad de TBP-TP, ya que este último grupo tiende a tener menor estabilidad afectiva (eutimia) relacionada con múltiples factores, entre ellos la falta de apego al tratamiento (Colom et al. 2000). Otra razón puede ser que el instrumento se aplicó únicamente al paciente y no se entrevistó a ningún otro informante; los estudios que han interrogado tanto al paciente como a un informante para evaluar la personalidad con SCID-II han

encontrado mayor prevalencia de TP en pacientes con TBP que los estudios que solo utilizan la evaluación del paciente (Peselow et al. 1995; Pica et al. 1990).

El 10% (n=2) de la muestra que cumplió criterios para trastornos de la personalidad perteneció al cluster C, de manera particular ambos casos cumplieron con criterios para trastorno evitativo de la personalidad. La mayoría de los estudios han encontrado que los trastornos de la personalidad que más frecuentemente se asocian al trastorno bipolar son los del grupo B seguidos por los del grupo C (Bieling et al. 2003; Colom et al. 2000; Dunayevich et al. 1996; O'Connell et al. 1991; George et al. 2003; Vieta et al. 1999). Esta diferencia en relación al grupo de trastornos de la personalidad que encontramos también puede relacionarse con la necesidad de que los pacientes estuvieran en eutimia, ya que sabemos que algunos de las conductas relacionadas con los rasgos de personalidad del cluster B, pueden parecer síntomas de elevación del ánimo o viceversa (Benazzi F. 2006; Deltito et al. 2001; Preston et al. 2004). Es importante mencionar que ninguno de los pacientes presentaba en el momento de la evaluación ningún síntoma de elevación del ánimo detectable con la escala para manía de Young.

Dentro de esta muestra encontramos que el diagnóstico actual fue de TBP I en el 75% de los pacientes y de TBP II en el 25% restante, lo cual puede también haber influido en la frecuencia de comorbilidad de TBP-TP (10%) y el grupo al que pertenecieron los casos encontrados (cluster C) debido a que se sabe que es más frecuente la comorbilidad de trastorno límite de la personalidad con el trastorno

bipolar tipo II y no con el tipo I (Akiskal 1981; Benazzi 2000, 2006; Deltito 2001; Peselow 1995).

En cuanto a las características clínicas de los pacientes (n=2) que cumplieron criterios para TBP-TP hay que mencionar que como características de pobre pronóstico uno de ellos tiene antecedente de uso de alcohol y cannabis, y ambos se encuentran sin pareja. Lebke y cols. (2004) en una muestra de pacientes con trastorno bipolar encontraron que el único factor sociodemográfico asociado a la mayor utilización de servicios psicosociales en estos pacientes fue el no tener pareja estable, esto de manera independiente al tipo de trastorno bipolar (I ó II) o a la comorbilidad en dichos sujetos. La comorbilidad con uso de sustancias se ha probado como factor de mal pronóstico en el trastorno bipolar en diversos estudios y se sabe que las mujeres con trastorno bipolar tienen más uso de sustancias que las mujeres de la población general (Cassidy et al. 2001; Regier et al. 1990). En cuanto al resto de las características clínicas y demográficas los pacientes que tuvieron comorbilidad TBP-TP y el resto de la muestra no tuvieron diferencias en evolución ni factores de riesgo para el pronóstico.

Por otra parte las características demográficas de toda la muestra arrojan datos interesantes. El promedio de edad de inicio del trastorno fue de 24.75 años \pm 8.77, lo cual corresponde a los datos conocidos en los cuales el rango de inicio para el TBP va de los 15 a los 30 años.

La muestra fue predominantemente femenina 85% (n=17), aunque sabemos que no hay una diferencia en la prevalencia del TBP entre hombres y mujeres a nivel mundial o en nuestro país (Medina-Mora 2003). Esto puede explicarse ya que las mujeres suelen acudir con más frecuencia que los hombres a todo tipo de servicios de salud. Según datos de 2000 del INEGI (en línea) las mujeres de 15-64 años acuden más a los servicios sanitarios que los hombres del mismo grupo de edad.

El 55% (n=11) inició el TBP con un episodio de manía. Estudios existentes han demostrado que el número de episodios de manía funciona como factor predictivo del índice de recaídas en el trastorno bipolar, (Kessing, 1999) del grado de alteración cognitiva, (Kessing, 1998) y finalmente de la evolución general del padecimiento (Tohen, 1990).

El 10% de la muestra (n=2) fue diagnosticada en un inicio con Trastorno depresivo mayor + Trastorno de la personalidad del cluster B. Esto resultó muy interesante ya que en la evaluación de personalidad con el instrumento (SCID-II) ninguno de estos dos pacientes realmente cumplió con criterios para diagnosticarse un trastorno de la personalidad al encontrarse en eutimia. Esto reafirmaría la hipótesis que plantea que los síntomas afectivos de elevación del ánimo pueden confundirse con rasgos de personalidad del cluster B (erráticos) (Benazzi F. 2006; Deltito et al. 2001; Preston et al. 2004). Es fundamental recordar que los pacientes dentro de este grupo de personalidad suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables y lo mismo podría describirse en una persona que se encuentra con

síntomas de elevación del estado del ánimo. Esto tiene implicaciones importantes ya que el diagnóstico de cualquier paciente determinará su tratamiento, y si no hacemos el diagnóstico de trastorno bipolar en pacientes que pueden parecer deprimidos y con un trastorno del eje II concomitante el tratamiento podría no solamente no mejorar la condición de salud del paciente sino incluso podría complicarla (Preston et al. 2002).

El promedio de años de estudio fue de 12.5 ± 2.96 años, lo cual implica que los pacientes tenían una escolaridad promedio de nivel secundaria lo cual está por arriba del general de la población mexicana que únicamente alcanza nivel primaria según datos del INEGI. Esto puede estar relacionado con el hallazgo en esta muestra de nivel socioeconómico en el que el 80% pertenecen al nivel medio, lo cual no es representativo de nuestro país en que predomina la clase baja.

El promedio de episodios afectivos en la muestra fue para depresión 5.07 ± 4.96 , para manía 2.06 ± 1.39 episodios y para hipomanía 4.56 ± 5.97 episodios a lo largo del padecimiento. Se sabe que no existe un patrón típico de recurrencia de episodio, algunas personas tienen episodios aislados de manía, hipomanía o episodios de depresión, unos van cambiando de un polo a otro en episodios ligados (Angst 2003) por lo que este dato es importante conocerlo únicamente para tener idea de cómo se está comportando nuestra población. Cabe señalar que el número de episodios afectivos de los pacientes que se tuvieron TBP-TP no fue mayor que el del resto de la muestra.

El 20% de la muestra (n=4) tuvo el antecedente de intento suicida, este dato se acerca a lo reportado por (Murray CJL, López AD, 1996) que reportan para la OMS que el 25% de los pacientes con TBP cursan con intento suicida en algún momento del padecimiento. Ninguno de los 2 pacientes que tuvieron comorbilidad de TBP-TP tuvieron antecedente de intento suicida, a diferencia de lo que se ha reportado en otros estudios en que la comorbilidad de estos trastornos tiene un efecto negativo en la suicidalidad (Vieta 1999). Esto puede relacionarse al tipo de trastorno de la personalidad ya que el más relacionado con suicidalidad es el trastorno límite de la personalidad y en este caso se encontraron 2 casos de trastorno evitativo de la personalidad.

En cuanto al número de medicamentos utilizados por los pacientes encontramos un promedio de 2.05 ± 0.88 fármacos, lo cual apoya la idea de que la monoterapia en el tratamiento del trastorno bipolar es más la excepción que la regla. Los pacientes con TBP-TP se encontraban tomando 2 y 1 fármacos respectivamente y con estos se encontraban en eutimia al momento de la evaluación lo cual tampoco se encuentra de acuerdo con lo que reportaron Swartz y cols. 2005 que los pacientes con TBP-TP requirieron más medicación para su manejo.

Finalmente el promedio de hospitalizaciones fue de 1.6 ± 2.44 ocasiones para la muestra total. Los pacientes con TBP-TP tuvieron antecedente de una hospitalización el primer caso y el segundo ninguno.

Los estudios descriptivos como el presente arrojan información importante en cuanto a las características de las poblaciones estudiadas. En este caso particular encontramos algunas similitudes y otras diferencias con lo reportado a nivel mundial. La importancia de este estudio radica en que, de acuerdo con el conocimiento del autor, no se había realizado un estudio de comorbilidad entre Trastorno bipolar y Trastornos de la personalidad en población mexicana.

Los resultados obtenidos difícilmente son extrapolables al resto de los pacientes con TBP en México ya que cada institución tiene particularidades y como ya se mencionó esta no es una muestra representativa de la población mexicana ni el nivel socioeconómico ni en el grado de escolaridad. Sin embargo estos datos nos resultan muy útiles para conocer más de nuestros pacientes e ir estableciendo parámetros propios de la población a la que atendemos en la Clínica de Trastorno bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Será importante seguir realizando estudios en esta misma línea de investigación sobre comorbilidad de trastorno bipolar y trastornos de la personalidad, para después poder establecer mejores estrategias de tratamiento enfocados a estos pacientes que tienen distintas necesidades.

Bibliografía

Abou-Saleh MT. Platelet MOA: Personality and response to lithium prophylaxis. *J Affect Disord* 1983;5:55-65

Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders among patients with various affective disorders. *J Pers Disord* 1991;5:107-121

Akiskal HS, Bitar AH, Puzantian VR, Rosenthal TL, Walter PW. The nosological status of neurotic depression: A prospective three- to four- year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:756-766

Akiskal HS, Rosenthal RH, Rosenthal TL, Kashgarian M, Khani MK, Puzantian VR, Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic and secondary depressions. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:635-643

Akiskal HS, Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4:25-46

Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BJ. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychaitry* 1983;40:801-810

Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:68-73.

Akiskal H. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders : Beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16 (suppl 1): 4S-14S.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ta. Ed.* American Psychiatric Association, Washington, 1994

American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*, 2000.

Andreoli A, Gressot G, Aapro N, Tricot L, Gognalons MY. Personality disorders as a predictor of outcome. *J Pers Disord* 1989;3:307-320

Andrews G, Comorbidity and the general neurotic syndrome. *Br J Psych* 1996;168:(suppl.30):76-84

Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NG. Borderline personality subcategories. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:670-679

Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001;67:3-19

- Angst J. Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals? *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl.6):18-22
- Arntz A, van Beijsterveldt B, Hoekstra R, et al. The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:394-400
- Bagby MR, Young LT, Schuller DR, Bindseil KD, Cooke RG, Dickens SE, Levitt AJ, Joffe RT. Bipolar disorder, unipolar depression and the five factor model of personality. *J Affect Disord* 1996;41:25-32
- Bagby MR, Bindseil KD, Schuller DR, Rector NA, Young LT, Cooke RG, Seeman MV, McCay EA, Joffe RT. Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 1997;70:83-94
- Bauer M, McBride L, Chase C: Manual-Based Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Feasibility Study. *J Clin Psychiatry* 1998;59:9
- Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:279-292
- Benazzi F. Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. *Compr Psychiatry* 2000;41:106-110
- Benazzi F. Borderline personality-bipolar spectrum relationship. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:68-74
- Bieling PJ, MacQueen GM, Marriot MJ, Robb JC, Begin H, Joffe RT, Young LT. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord* 2003;5:14-21
- Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N. Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. A Comparative study of the Spanish version with 6,17 and 21 items of the Hamilton Depresión Rating Scale. *Med Clin Barc* 2003;120(18):693-700
- Brady KT, Lydiard RB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12(suppl 1):17-22
- Brooks RB, Baltazar PL, Mc Dowell DE, et al. Personality disorders co-occurring with panic disorder with agoraphobia. *J Pers Disord* 1991;5:327-336
- Carpenter D, Clarkin JF, Glick ID, Wilner PJ. Personality pathology among married adults with bipolar disorder. *J Affect Disord* 1995;34:269-274

Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001;3:181-188

Chen Y-W, Dilsaver SC. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area survey. *Am J Psychiatry* 1995;152:280-282

Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000;61:549-555

Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R professional manual: revised NEO PI personality inventory (NEO PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI). Psychological Assessment Resources, Odessa, FL. 1992

Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol med* 1993;23:709-718

Deltito J, Martin L, Riefkohl J, Austria B, Kissilenko A, Corless P, Morse C. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Dis* 2001;67:221-228

Dunayevich E, Stakowski SM, Sax KW, Sorter MT, Keck PE, McElroy SL, McConville BJ. Personality disorders in first-and multiple-episode mania. *Psychiatry Res* 1996;64:69-75

Dunayevich E, Sax KW, Keck PE, McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ, Stakowski SM. Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders *J Clin Psychiatry* 2000;61:134-139

Dunner D. A review of diagnostic status of bipolar II for DSM-IV work group on mood disorders. *Depression*. 1993;1:2-10

Ekselius L, Lindstrom E, Von Knorring L, et al. SCID-II Interviews and the SCID Screen Questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:120-123

Favarelli C, Albanesi G. Agoraphobia with panic attacks: One year prospective follow-up. *Compr Psychiatry* 1987;28:481-487

Favarelli C, Ambonetti A, Pallanti S, Pazzagli A. Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. *Am J Psychiatry* 1986;143:888-891

Ferrier I, Mac Millan I, Young A. The search for the wandering thymostat: a review of some developments in bipolar disorder research. *Br J of Psychiatry* 2001;178(suppl 41):345-349

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID) II: multi-site test-retest reliability study. *J Pers Disord* 1995;9:92-104

First M. B., Gibbon M. y cols. "Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV, SCID-II". Ed Masson. Barcelona.1999

Fogelson DL, Neuchterlein KH, Asarnow RF, et al. Interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II: schizophrenia spectrum and affective spectrum disorders. *Psychiatry Res* 1991;39:55-63

Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002;68:1-23

Friedman CJ, Shear MK, Frances A. DSM-III personality disorders in panic patients, *J Pers Disord* 1987;1:132-135

Gaviria M, Flaherty J, Val E. A comparison of bipolar patients with and without a borderline personality disorder. *J Univ Ottawa* 1982;7:190-195

George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord* 2003;5:115-122

Goodwin F, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. Oxford University Press, New York, 1995

Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1995;152:379-384

Green MA, Curtis GC. Personality disorders in panic patients: response to termination of antipanic medication. *J Pers Disord* 1988;2:303-314

Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depressive. *Am J Psychiatry* 1991;148:967-975

Hales RE, Yudofsky SC, Talbott J.A. *DSM-IV Tratado de Psiquiatría*. 3ª. Ed. Masson. Barcelona. 2000

Hales RE, Yudofsky SC. *DSM-IV Textbook of Clinical Psychiatry*. 4ta. Ed. American Psychiatry Publishing. 2003

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-61

- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Social Clin Psychology* 1967;6:278-296
- Hirschfeld RM, Klerman GL. Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1979;136:67-70
- Hueston WJ, Mainous AG, Schilling R. Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract* 1996;42:54-60
- Hyer SE, Skodol AE, Oldham JM, et al. Validity of the Personality Disorder Questionnaire-Revised: a replication in an outpatient sample. *Compr Psychiatry* 1992;33:734-737
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>
- Jacobsberg L, Perry S, Frances A. Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the Personality Disorder Examination. *J Pers Disord Assess* 1995;65:428-433
- Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipolar Disord* 2002;4:237-242
- Kennedy SH, Katz R, Rockert W, et al. Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a comparison of self-report and structured interview methods. *J Nerv Ment Dis* 1995;193:358-364
- Kerr TA, Schapira K, Roth M, Garside RF. The relationship between the Maudsley Personality Inventory and the course of affective disorders. *Br J Psychiatry*. 1970;116:11-19
- Kessing LV. Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychol Med* 1998;28:1027-1038
- Kieseppä T, Partonen T, Haukka J, Kaprio J, Lonnqvist J. High Concordance of Bipolar I Disorder in a Nationwide Sample of Twins. *Am J Psychiatry* 2004;161:1814-1821
- Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, Cooper AM. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry* 1985;142:207-121
- Kovacs M, Akiskal H, Gatsonis C. Childhood-Onset Dysthymic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:365-374

- Kupka R, Nolen W. The Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178(suppl41):177-184
- Lara Muñoz MC. Evaluación Clínica en Psiquiatría, Programa de Actualización Continua en Psiquiatría-4. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., 2003:159-160, 175-177
- Lofgren DP, Bemporad J, King J, et al. A prospective follow-up study of so-called borderline children. *Am J Psychiatry* 1991;148:1541-1547
- Loranger AW, Susman VL, Oldham JM, et al. The Personality Disorder Examination: a preliminary report. *J Pers Disord* 1987;1:1-13
- Maj M, Del Vecchio M, Starace F, Pirozzi R, Kemali D. Prediction of psychoses response to lithium prophylaxis: The role of socio-demographic, clinical, psychological and biological variables. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:37-44
- Mallow RM, West JA, Williams JL, et al. Personality disorders classifications and symptoms in cocaine and opioid addicts. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:765-767
- McElroy S, Altshuler L, Suppes T, Keck P, Frye M, Denicoff K, Nolen W, Kupka R, Leverich G, Rochussen J, Rush AJ, Post RM. Axis I comorbidity and its relationship to historical variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:420-426
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Neuterlein KH, et al. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:225-231
- Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease*. WHO. 1996
- O'Boyle M, Self D. A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Res* 1990;32:85-92
- O'Connell RA, Mayo JA, Sciutto MS. PDQ-R personality disorders in bipolar patients. *J Affect Disord* 1991;23:217-221
- 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 North Am* 2002;25:713-737

Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord* 2003;73:87-98

Peselow ED, Sanfilipo MP, Fieve RR. Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *Am J Psychiatry* 1995;152:232-238

Pica S, Edwards J, Jackson HJ, Bell RC, Bates GW, Rudd RP. Personality disorders in recent-onset bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 1990;31:499-510

Preston GA, Marchant BK, Reimherr FW, Strong RE, Hedges DW. Borderline personality disorder in patients with bipolar disorder and response to lamotrigine. *J Affect Disord* 2004;79:297-303

Reich JH, Green A. Effect of Personality Disorders on Outcome of Treatment. *J Nerv Ment Disord* 1991;179:74-82

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from de Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990;264:2511-2518

Renneberg B, Cambless DL, Dowdall DJ, et al. A structured interview for DSM-III-R, Axis II, and the Million Clinical Multiaxial Inventory: a concurrent validity study of personality disorders among anxious outpatients. *J Pers Disord* 1992;6:117-124

Sachs GS, Baldassano CF, Truman CJ, Guille C. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early-onset bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:466-468

Schotte C, De Doncker D, Maes M, et al. Low MMPI diagnostic performance for the DSM-III-R obsessive-compulsive personality disorder. *Psychol Rep* 1991a;69:795-800

Schotte C, Maes M, Cluydts R, et al. MMPI characteristics of the DSM-III-R avoidant personality disorder. *Psychol Rep* 1991b;69:75-81

Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: Prevalence and Predictors. *J Clin Psychiatry* 2002;63:384-390

Skodol AE, Oldham JM, Rosnick L, et al. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders: a comparison of two structured interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1991;1:13-26

Solomon RL, Keitner GI, Miller IW, Shea MT, Keller MB. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 1995;56:5-13

Spitzer R. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983;24:399-411

Swartz HA, Pilkonis PA, Frank E, Proietti JM, Scott J. Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disord* 2005;7:192-197

Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in mania. A 4 year prospective follow up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1106-1111

Turley B, Bates GW, Edwards J, Jackson HJ. MCMI-II diagnosis in recent onset bipolar disorders. *J Clin Psychol* 1992;48:320-329

Tyrer SP. Lithium in the treatment of mania. *J Affective Disord* 1985;8:251-257

Valdés Miyar M. *Diccionario de Psiquiatría*. 1ª. Ed. Masson, Barcelona, 1996

Vieta E, Colom F. Personality disorder in bipolar II patients. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:245-248

Weiss RD, Najavits LM, Muenz LR, et al. Twelve-month test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality disorders in cocaine dependent patients. 1995;36:384-389

Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Am J Psychiatry* 1988;145:815-819

Weissman MM, Prusoff BA, Klerman GL. Personality and the prediction of long term outcome of depression. *Am J Psychiatry* 1978;135:797-800

Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, Florio L. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988;18:141-153

Williams JBW, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II: multi-site test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:636-636

Wonderlich SA, Swift WJ, Slotnick HB, et al. DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *Int J Eat Disord* 1990;9:607-616

Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JD, Levitt AJ, Joffe RT. A comparison of tridimensional personality questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Res* 1995;58:139-143

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE et al. A rating scale for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-435

Zimmerman M, Mattia J. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999;40:245-252

Zuckerman DM, Prusoff BA, Weissman MM, Padian NS. Personality as predictor of psychotherapy and pharmacotherapy outcome for depressed patients. *J Consult Clin Psychol* 1980;48:730-735