

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD BIPOLAR”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:**

**DR. RAÚL BARAJAS CEJA**

**TUTOR TEORICO:**

**DR. MARCO ANTONIO LÓPEZ BUTRÓN**

**TUTOR METODOLOGÍCO:**

**DR. FRANCISCO FRANCO LÓPEZ SALAZAR**

**MÉXICO. D. F.**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS Y A MI FAMILIA**

Por su apoyo incondicional, para lograr mis ideales y superación personal.

### **TUTORES DE TESIS**

Por brindarme su apoyo y confianza para la realización de esta investigación

**“FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN  
PACIENTES CON ENFERMEDAD BIPOLAR”**

## **PREFACIO**

Toda investigación implica la necesidad de aportar nuevos conocimientos y avances en las ciencias medicas, siendo necesario utilizar la perseverancia y constancia para introducirse en temas de interés, tal como es el caso del trastorno bipolar y los desordenes de la personalidad, donde su frecuencia nos obliga a tener un conocimiento amplio, que nos permita distinguir a las dos entidades. La asociación entre determinados rasgos de personalidad y el trastorno bipolar tiene implicaciones para el diagnóstico y tratamiento, el hecho de encontrar características específicas de personalidad vinculadas a subtipos clínicos de trastornos afectivos también puede ayudar a explicar las diferencias en el curso y evolución.

El propósito del estudio fue conocer la frecuencia de los trastornos de personalidad en pacientes bipolares ya que se carece de investigaciones previas en nuestro medio que nos permitan correlacionarlo con publicaciones internacionales.

Debido a la posibilidad de que existan cambios constantes en las ciencias medicas, la información aquí proporcionada esta sometida a nuevas aportaciones.



## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>01</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>02</b>
<b>A). RESEÑA HISTÓRICA DEL TRASTORNO BIPOLAR.....</b>	<b>02</b>
<b>B). DEFINICIÓN.....</b>	<b>03</b>
<b>C). ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PERSONALIDAD.....</b>	<b>06</b>
<b>D). TRASTORNOS DE LA PERSONALIDA.....</b>	<b>09</b>
<b>E). TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD.....</b>	<b>09</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
<b>4. JUSTIFICACIONES.....</b>	<b>14</b>
<b>5. HIPÓTESIS.....</b>	<b>15</b>
<b>6. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>7. METODOLOGÍA.....</b>	<b>17</b>
<b>8. RESULTADOS, CUADROS Y GRÁFICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>9. DISCUSIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>10. CONCLUSIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>11. SUGERENCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>40</b>

## RESUMEN

La comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y problemas afectivos ha sido reportada en varios estudios. En 1980 se estimó una relación entre el 4 al 12%, pero actualmente la prevalencia oscila entre el 50 al 58%, dicha variación se cree que es consecuencia de la metodología empleada. La mayoría de los trastornos de personalidad pertenecen a los grupos B y C en los pacientes bipolares y al grupo C en los sujetos unipolares. Han sido reportadas características del grupo A en forma inconsistente en un rango de 0 al 19%. (1,36, 38, 40).

Para conocer la relación en nuestro medio entre el trastorno bipolar y las alteraciones de la personalidad, fueron seleccionados por muestra aleatoria, pacientes con enfermedad bipolar previamente diagnosticados, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, además se incluyó un grupo voluntario sin diagnóstico de trastorno bipolar, para saber la frecuencia de los trastornos de la personalidad en la población en general.

A todos los pacientes se les aplicó el cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo (Mood Disorder Questionnaire), escala breve de apreciación psiquiátrica (Brief psychiatric Rating Scale BPRS), y el cuestionario de personalidad SCID II, este último a los pacientes bipolares y a población voluntaria. Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos, empleando medidas de tendencia central, dispersión y  $\chi^2$ , concluyendo que los trastornos de la personalidad tienen una relación mayor en pacientes bipolares que en la población no bipolar y que el trastorno límite es el más frecuentemente encontrado.



## MARCO TEÓRICO

### RESEÑA HISTÓRICA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Desde el inicio del conocimiento médico se ha utilizado el concepto de manía aunque inicialmente no describiendo una entidad nosológica, sino para describir un estado de agitación y delirio. Hipócrates recalca la posibilidad de transformación de la melancolía en locura. Ritti menciona que en el primer siglo de la era cristiana, Areteo de Capadocia describió con precisión la manía y la melancolía. (1, 2,3).

En el siglo VI, Alejandro de Tralles compara con precisión la manía y la melancolía, definiendo a la manía como la melancolía llevada a su más alto grado. La teoría del vínculo entre manía y melancolía se volvió más precisa en el siglo XVII con Willis, quien señala que las dos enfermedades se suceden con frecuencia; la primera se transforma en la segunda y recíprocamente. Pinel refiere la alternancia de episodios de agitación y episodios de tristeza y asilamiento. Esquirol observa la evolución de lipemanía hacia manía o hacia la monomanía. (1,4).

En el siglo XIX Falret y Baillarger realizan la primera descripción de la enfermedad bipolar, desarrollando su historia natural. Falret, habla de un trastorno en el que se suceden episodios de manía y depresión y Baillarger describe un trastorno de doble forma, que se caracteriza por dos períodos, uno de depresión y otro de excitación. Emil Kraepelin, en el siglo XX, desarrolló una clasificación de las enfermedades mentales, separando la psicosis maníaco depresivo de las psicosis deteriorantes. Dentro de las psicosis maníaco depresivas señaló el carácter episódico con recuperación intermedia, así como la historia familiar del trastorno; engloba dentro del mismo grupo las formas unipolares de las bipolares. (1, 4,5).

Bleuler, concibe la enfermedad maníaco depresivo y la esquizofrenia como un mismo trastorno, de modo que un enfermo, presenta características predominantes cercanas a uno o a otro. Leonhard en 1957, realiza una gran aportación al diferenciar dentro de los trastornos afectivos las formas bipolares de las formas monopolares. Angst y Perris, posteriormente, en diversos trabajos, aportan características diferenciales de estos grupos, en cuanto a datos evolutivos, epidemiológicos y genéticos. (1, 5,6).

### **DEFINICIÓN**

El trastorno bipolar, también conocido como depresión maníaca, es una enfermedad compleja y heterogénea, caracterizada por cambios bruscos en el estado de ánimo, en el pensamiento, la energía y el comportamiento. Abarca tipos y subtipos y su curso tiene características variables. Por lo general, el trastorno bipolar inicia en la última etapa de la adolescencia, pero puede empezar en la niñez temprana o un poco mas tarde. La edad de aparición tiene un pico entre los 15 y 19 años, más allá de los 40 años, se debe investigar de manera exhaustiva si no es secundario a una enfermedad médica o abuso de sustancias adictivas. (1, 2, 7,8).

De acuerdo a los hallazgos genéticos, bioquímicos y farmacológicos, en estudios de mapeo cromosómico sea observado un componente hereditario importante en el trastorno bipolar en relación con otros trastornos del afecto. Dos estudios que utilizaron la resonancia magnética encontraron aumento bilateral de la amígdala en pacientes bipolares, aumento de los ventrículos laterales y tercer ventrículo, y atrofia del cerebelo en pacientes con episodio maníaco. Se observa en los estudios de neuroimagen funcional metabolismo disminuido en la corteza prefrontal de pacientes bipolares, disminución en la densidad neuronal y de la glia asociada a una hipertrofia prefrontal en el área 9, estos hallazgos son parecidos al de depresión mayor. Se menciona una hiperactividad en la vía pituitaria

adrenal en el trastorno bipolar que se relaciona con los síntomas depresivos y maníacos, esta hiperactividad resulta en elevación de glucocorticoides, lo cual produce una muerte celular y atrofia del hipocampo en los animales. (1, 9,10, 12).

En adultos jóvenes puede ser difícil diferenciar entre un trastorno bipolar de inicio temprano y un desorden de personalidad borderline. Hay varios aspectos clínicos que se pueden sobreponer entre temperamento ciclotímico, desordenes del aspecto bipolar y características borderline. (1, 13, 14).

Se calcula que la prevalencia del trastorno bipolar es del 1% en la población en general, donde la manía afecta al 1% de la población, en tanto los episodios depresivos comprometen del 4 al 5 %. Kessler y Col., en el National Comorbidity Survey calcularon que la tasa de prevalencia del trastorno bipolar en la vida es de 1.6%, pero Angst y Col., en 1998 observaron cifras de prevalencia del 5%. (2,9, 18, 21).

El Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEPBD), en un estudio multicentrico patrocinado por el National Institute of Mental Health (NIMH) que evaluaron el curso longitudinal del trastorno bipolar y la efectividad de los tratamientos actuales, observando que el promedio de duración de la enfermedad es de 23.1 ( $\pm$  12.9) años; además de mostrar que el trastorno bipolar I, es un poco mas frecuente en mujeres, en individuos de raza blanca , personas de la segunda década de la vida con un alto nivel de educación y sujetos desempleados o con bajos ingresos económicos. El estudio STEPBD, muestra también que el 20% de los pacientes con trastorno bipolar son cicladores rápidos, los cuales presentaron un promedio de 8 episodios depresivos y 9 episodios maníacos o hipomaníacos por año, lo cual sugiere un mayor grado de severidad en estos pacientes en comparación de los no cicladores rápidos. (11, 12,20).

El desorden bipolar aunque frecuente en la práctica clínica, no es reconocido ni diagnosticado adecuadamente. En un estudio de tamizaje de DAS y Col., realizado en una clínica de atención primaria en población de bajos ingresos económicos, mostró una prevalencia del trastorno bipolar del 9.8%, no encontrando diferencias en la edad, sexo o etnicidad, pero solo el 8.4% de la población fue diagnosticada en forma adecuada, ya que el 68.2% de los pacientes positivos presentaba en el momento de la entrevista síntomas de un episodio depresivo, ansioso o abuso de sustancias psicoactivas. (11,14, 25).

La Asociación Americana de Depresivos y Maníaco-depresivos al analizar los resultados de la encuesta National DMDA Survey, concluye que el 69% de los pacientes bipolares son diagnosticados en forma errónea, siendo el cuadro clínico calificado como depresión unipolar en un 60% y trastorno de ansiedad en el 26%. Las equivocaciones diagnósticas son más frecuentes en mujeres (78%), que en los hombres (43%) y el tiempo que transcurre entre la primera visita al especialista y el diagnóstico del trastorno bipolar es de aproximadamente 12 años. (15, 16,17).

Freeman y Col. Señalan que pese a que el 32% de las mujeres inician la enfermedad bipolar antes de la menarquia y que un 18% de ellas presentan los primeros síntomas durante el año siguiente, la mayoría de las mujeres no recibe diagnóstico ni tratamiento específico hasta años después de su primer embarazo. (19).

El trabajo realizado por Garno y Col en una muestra de 100 pacientes con trastorno bipolar encontró historia de abuso sexual en un 58% de los pacientes y una relación positiva entre el abuso sexual y la aparición temprana de síntomas, además de un número mayor de intentos suicidas.(2,22)

En un estudio llevado a cabo por Kennedy y Col., en Londres durante un período de 35 años, observo que en los hombres la aparición de los episodios maníacos es más temprana

que en las mujeres y con frecuencia se asocia con conductas antisociales en la infancia. Rasgon y Col., encontraron que los hombres permanecen un 17% del tiempo deprimidos, 5.6% maníacos y 74.9% eutímicos, en tanto las mujeres están deprimidas en un 28.3%, maníacas en un 7.5% y eutímicas en el 64.2%. (23,24, 27).

Kessing concluyo que las mujeres reciben tratamiento en forma ambulatoria más frecuentemente que los hombres quienes presentan mayor incidencia de abuso de sustancias, pero no encontró diferencias significativas en cuanto a la presencia de síntomas depresivos o mixtos, severidad de los episodios maníacos, depresivos o la prevalencia de síntomas psicóticos. (1,25, 31).

La psicosis puerperal es considerada como una manifestación del trastorno bipolar y con frecuencia corresponde al primer episodio de manía, sin embargo, los síntomas de la psicosis puerperal son diferentes a los síntomas observados en un episodio maníaco típico. (19, 36).

Muchas personas no buscan atención médica durante los períodos maníacos, porque piensan que los síntomas, tienen un impacto positivo en ellos, pero, si no se realiza un reconocimiento médico, estos comportamientos pueden tener resultados perjudiciales. (36,39).

## **ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS PERSONALIDADES PATOLÓGICAS**

La descripción de las personalidades patológicas como clase mórbida es bastante reciente. Durante la segunda mitad del siglo XIX predomina la doctrina de la degeneración, que permite a Morel describir a través de los términos genéricos individuos predisgustos y manías instintivas, que serán considerados más tarde personalidades patológicas. En el inicio del siglo XX coexisten varias corrientes que influyeron en mayor o menor medida en las concepciones actuales, como en la escuela alemana, de la cual se conocen numerosas tentativas de teorías sistemáticas de los tipos psicopáticos. (1, 33, 34 38, 41).

La escuela francesa acepta generalmente la doctrina de un desequilibrio constitucional del sistema nervioso, tal como lo expone Dupré, a quien se deben las descripciones de las constituciones emotivas, mitomaníaca, paranoica, y perversa. Kretschmer propone una sistematización basada en el tipo de reacción con respecto a la experiencia vivida y sobre todo una tipología antropológica con la cual intenta integrar las particularidades morfológicas y el temperamento psicológico en las diferentes constituciones subyacentes a la psicosis. Las correlaciones somato psíquicas que describe se aplicarían tanto a la normalidad como a la patología. (1, 35, 36).

Las personalidades patológicas descritas en la literatura son muy numerosas y sus orígenes heterogéneos. Algunas provienen de una clasificación sistemática de los rasgos psicológicos normales, otras surgen de una teoría de la personalidad o de una doctrina psicopatológica, mientras que un tercer grupo deriva de la clínica de las neurosis y de las psicosis. (1, 36,37)

No existe una línea divisoria clara entre la conducta normal y la conducta patológica, son conceptos relativos que representan puntos arbitrarios sobre un gradiente o continuo. La personalidad es tan compleja que ciertas áreas del funcionamiento psicológico pueden operar de forma normal mientras que otras lo hacen o no lo hacen así. Las circunstancias ambientales cambian de tal forma que las conductas y las estrategias que se muestran adaptativas en un momento puede que no lo sean en otro.

Las características que diferencian el funcionamiento normal del anormal tienen que sacarse de un conjunto de señales que no sólo aumentan y disminuyen cíclicamente, sino que a menudo se desarrollan de forma insidiosa e impredecible.(38,39,40).

Los trastornos de personalidad se conciben mejor como aquellas condiciones que se activan principalmente por estructuras situadas internamente y por formas penetrantes de funcionamiento. (36,37).

Las variaciones individuales en el temperamento y del carácter de los seres humanos que afectan en las relaciones sociales tienen una base compleja lo mas probable influenciada por factores tanto biológicos como psicosociales. Se han reportado las primeras evidencias que conectan los fenómenos biológicos de la personalidad con el nivel de los neurotransmisores. (39,41).

Berrios en 1993 asevera que en los trabajos de Schneider (1923-50) es donde se formula el concepto de trastorno de personalidad y menciona que el termino carácter servia para describir las características estables de comportamiento de una persona y que era el termino preferido para describir diferentes tipos psicológicos. (37, 38).

El significado de personalidad ha sufrido cambios. El termino proviene de la lengua griega y designaba la mascara usada en el teatro de la era clásica, pero gradualmente el vocablo va recibiendo más significado psicológico y pasa a referirse a los aspectos subjetivos del si mismo. No es hasta el siglo XX cuando adquiere el sentido que el concepto posee en la actualidad como patrón o pautas del comportamiento. Jaspers, menciona que las alteraciones psicológicas en el trastorno de personalidad, se puede predecir y colocar en una escala respecto a la personalidad previa. (1,40, 41, 43, 46).

En el año 1923, Schneider publica *Psychopathic Personalities*, donde propone una distinción entre personalidad anormal y personalidad desorganizada, siendo la primera definida como una desviación con relación a la media, de manera que se trataría de una variable extrema respecto a la personalidad normal, y que representan solo los extremos de un intervalo de variación. (1,2,38,44).

Dos grupos independientes de investigación han determinado que los sujetos quienes tienen una calificación alta en la Escala karolinska de la personalidad, supuestamente indican que tienen una densidad baja de los receptores D2 en el estriado, especialmente en el putamen. Dicha densidad ha demostrado que refleja la densidad de la innervación dopaminérgica del cerebro, especialmente cuando es medido por los marcadores radiológicos CFT también conocido como WIN 35, 428. (1, 38, 47).

Con respecto al término temperamento, Livesley, comenta que dicho término ya fue usado en la medicina de la Grecia clásica para referirse a la base biológica de aquellas características que definen el carácter de una persona. En 1907, Kraepelin introduce una nueva perspectiva al proponer que las alteraciones de personalidad son formas atenuadas de las psicosis y Kretschmer (1925), coloca la noción de que los trastornos de personalidad se sitúan en continuidad con las enfermedades mentales. (1,36).

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones. Las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta y tienden a durar toda la vida. (33, 36,46).

Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo, generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos. Los trastornos de la personalidad incluyen los siguientes tipos:



paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. (1,40).

## **TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD**

El concepto de características premórbidas diferentes en la personalidad de los pacientes con trastorno bipolar fue descrito por primera vez por Hipócrates en su teoría de los humores. Kraepelin siglos más tarde, considera a los llamados temperamentos depresivo, maníaco, irascible y ciclotímico, como formas atenuadas o como una predisposición a la psicosis maníaco-depresiva. Kretschmer utilizó el término “temperamento cicloide” para definir el tipo de personalidad psicótica que más tarde se manifestaba en forma depresiva maníaca, hipomaníaca, irritable y ciclotímica. Observó que no todas las personalidades cicloides evolucionaban hacia una psicosis maníaco depresiva, e introdujo los conceptos de vulnerabilidad y continuum entre el temperamento cicloide situado en un extremo y la enfermedad maníaco depresiva situado en el otro, y clasificó entre ellos al trastorno cicloide. (1, 2, 36, 39,43).

Akiskal sugiere la presencia de un temperamento ciclotímico y de rasgos subsindromáticos en los pacientes bipolares. Para este autor el temperamento es un fenotipo comportamental, que depende de factores genéticos y familiares y de la experiencia individual, temperamento que puede ser observado en padres e hijos, hayan presentado o no síntomas de trastorno bipolar. (34,41).

Akiskal describe los siguientes síntomas como componentes del temperamento ciclotímico, síntomas que dejan entrever rasgos de bipolaridad:

- Hipersomnia que alterna con reducción de la necesidad de dormir.
- Introversión que alterna con búsqueda social y desinhibición.
- Disminución de la producción verbal que alterna con períodos de locuacidad.

- Crisis de llanto inexplicable y bromas excesivas.
- Inercia psicomotriz e hiperactividad.
- Letargia y malestar somático que alternan con períodos de euforia.
- Aletargamiento sensitivo y épocas de percepciones agudas.
- Períodos de confusión mental y épocas de pensamiento agudo y creativo.
- Autoestima disminuida con períodos de excesiva confianza en sí mismo.
- Cavilaciones pesimistas y actitudes optimistas y despreocupadas.

A los pacientes bipolares a quienes se les aplica El inventario de personalidad de Minnesota (MMPI) se encuentra un aumento en las puntuaciones en las dimensiones impulsividad, culpa y obsesividad, pero en los períodos intercríticos el perfil es normal y las puntuaciones varían con los cambios clínicos. (1,2).

Si se aplica a los pacientes bipolares el cuestionario tridimensional de la personalidad (TPQ) de Cloninger se observa que los pacientes con trastorno bipolar obtienen puntuaciones altas en la dimensión de búsqueda de lo novedoso y puntuaciones bajas en la dimensión de persistencia. Los individuos que muestran puntuaciones altas en la búsqueda de lo novedoso y puntuaciones bajas en la dimensión de evitación del daño, presentan con mayor frecuencia rasgos como impulsividad y agresividad y mayor número de intentos de suicidio. En los pacientes con distimia se ha encontrado puntuaciones altas en las dimensiones de búsqueda de lo novedoso y evitación del daño, en tanto que los pacientes con depresión obtienen puntuaciones elevadas en la dimensión de evitación del daño. (1, 32,47).

Joyce ha encontrado que las puntuaciones elevadas en las dimensiones de búsqueda de lo novedoso y dependencia de la recompensa están relacionadas con cifras altas de cortisol sanguíneo pero no con la presencia de síntomas depresivos. Estos individuos podrían

corresponde a los denominados individuos con personalidad tipo A, en quienes se han encontrado cifras elevadas de adrenalina o con los individuos descritos por Akiskal como temperamento hipertímico. La asociación entre determinados rasgos de personalidad y el trastorno bipolar tiene implicaciones para el diagnóstico y su tratamiento, el hecho de encontrar características específicas de personalidad vinculadas a subtipos clínicos de trastornos afectivos también puede ayudare a explicar las diferencias en el curso y evolución. (1, 39, 42).

Algunos de los primeros estudios comparan pacientes bipolares con unipolares con el objeto de describir algún indicador de bipolaridad que permita que a los pacientes se les pueda instaurar un tratamiento de mantenimiento después de un episodio depresivo. Se ha observado en diversos estudios que los perfiles de personalidad de los pacientes bipolares en remisión son más normales que los pacientes unipolares en remisión. (2,33).

Matussek y Fiel observaron que los sujetos bipolares I en remisión obtenían puntuaciones más elevadas que los controles en agresividad, culpa y obsesividad. En otros estudios, Perris, observó que los pacientes bipolares I en remisión puntuaban con mayor probabilidad de los controles normales los ítems de agresividad, ansiedad, impulsividad y sociabilidad. Un problema fundamental de un patrón de personalidad en los pacientes bipolares es la dificultad para determinar si dicho patrón esta presente como característica premórbida o si, por el contrario sería una mera consecuencia de la enfermedad, por lo que es necesario estudiar la morbilidad previa en los pacientes bipolares para poder esclarecer las vicisitudes. (37, 39, 43,46).

La comorbilidad de los trastornos de personalidad y trastornos afectivos ha sido reportada en varios estudios. En reportes epidemiológicos se estima una prevalencia para los desordenes de personalidad del 10 al 13%, aunque muchos pacientes cumplen más de una

categoría de los trastornos de personalidad. Los reportes de comorbilidad entre trastorno bipolar y desordenes de personalidad en 1980 fue del 4 al 12%, pero actualmente la prevalencia oscila entre el 50 al 58%. (1, 32,35).

Algunas de las diferencias en los reportes dependen de la metodología empleada. La mayoría de los trastornos de personalidad son de los grupos B y C para los pacientes bipolares y del grupo C en unipolares. (2, 36,40).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La asociación entre determinados rasgos de personalidad y el trastorno bipolar tiene implicaciones para el diagnóstico y su tratamiento, el hecho de encontrar características específicas de personalidad vinculadas a subtipos clínicos de trastornos afectivos pueden ayudar a explicar las diferencias en el curso y evolución.

Un problema fundamental de un patrón de personalidad en los pacientes bipolares es la dificultad para determinar si dicho patrón esta presente como característica premórbida o si, por el contrario sería una mera consecuencia de la enfermedad, por lo que es necesario saber:

¿Cuál es la frecuencia de los trastorno de la personalidad en pacientes con enfermedad bipolar?

## JUSTIFICACIONES

Debido a la alta comorbilidad entre los desordenes afectivos y trastornos de la personalidad, y a que se carece de estudios previos en nuestro país, es importante saber si:

1. La asociación entre los trastornos de la personalidad y el trastorno bipolar tienen implicaciones en su diagnóstico y tratamiento, por lo que el conocerlos puede mejorar su curso y evolución.
2. Establecer normas de manejo en los pacientes con enfermedad bipolar y trastornos de la personalidad, que ayuden a simplificar el tratamiento.
3. Que el presente estudio sirva de parámetro para la realización de nuevas investigaciones relacionadas con el tema, que aporten nuevos conocimientos para el beneficio de los pacientes.

## **HIPÓTESIS**

Los trastornos de la personalidad tienen una frecuencia mayor en los pacientes con enfermedad bipolar que en las personas no bipolares.

## **OBJETIVOS.**

### **PRINCIPAL:**

Conocer si los trastornos de personalidad son más frecuentes en los pacientes con enfermedad bipolar o en sujetos no bipolares.

### **SECUNDARIOS:**

Describir la frecuencia de los trastornos de la personalidad en pacientes bipolares y sin trastorno bipolar.

Comparar la frecuencia de los trastorno de la personalidad en las dos poblaciones.



## **METODOLOGÍA**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, abierto y comparativo que tuvo como objetivo identificar los trastornos de la personalidad más frecuentes en población bipolar.

### **MÉTODO DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.**

#### **MUESTRA.**

Los pacientes con trastorno bipolar fueron seleccionados de manera aleatoria en los diferentes servicios con los que cuenta el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante el año 2005.

El número de individuos elegidos se estableció por cuota, incluyendo a 60 sujetos con diagnóstico previo de trastorno bipolar, en sus diferentes modalidades.

Fue necesario contar con un grupo voluntario sin diagnóstico de trastorno bipolar (familiares de pacientes psiquiátricos, residentes, enfermeras y vecinos), para corroborar la relación de los trastornos de personalidad con el grupo de estudio. En dicho grupo, participaron 60 sujetos.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

#### **PACIENTES BIPOLARES.**

1. Pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Diagnóstico previo de trastorno bipolar.
3. Edad de 18 años o mayor.
4. Que acepten participar en el estudio.
5. En control farmacológico en el momento de la investigación.

### **GRUPO DE COMPARACIÓN.**

1. Población voluntaria sin diagnóstico de trastorno bipolar.  
(Familiares de pacientes psiquiátricos, residentes, enfermeras y vecinos)
2. Edad de 18 años o mayor.
3. Que acepten participar en el estudio.
4. Que no tengan diagnóstico de trastorno bipolar.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

#### **PACIENTES BIPOLARES.**

1. Limitaciones cognitivas que les impidan colaborar en el estudio.
2. Estado de intoxicación por sustancias y/o alcohol.
3. Presencia de agitación psicomotriz o agresividad.
4. Sedación importante.
5. Que se nieguen a colaborar en el estudio.

#### **GRUPO CONTROL.**

1. Limitaciones cognitivas.
2. Que no deseen colaborar en el estudio.
3. Que tengan diagnóstico de trastorno bipolar anterior al estudio.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

#### **PACIENTES BIPOLARES.**

1. Retiro voluntario del paciente en cualquier momento del estudio.
2. Que el paciente no termine las escalas empleadas.

3. Intento de manipulación de la prueba por parte del paciente.
4. Indicación familiar o terapéutica por médico tratante.

### **GRUPO CONTROL.**

1. Retiro voluntario del sujeto.
2. Que el paciente no termine la escala empleada (SCID II).
3. Intento de manipulación de la prueba por parte del sujeto.

### **MATERIAL.**

#### **ESCALAS DE EVALUACION DE LA PERSONALIDAD.**

La necesidad de estudiar la epidemiología de los trastornos de la personalidad tiene su sustento en por lo menos tres aspectos: los trastornos de la personalidad son comunes y se han encontrado en diferentes culturas y medios socioculturales, los trastornos de la personalidad afectan seriamente a los individuos que los padecen y son disruptivos en las sociedades, familias y comunidades, y la presencia de un trastorno de la personalidad generalmente afecta el curso de otros trastornos psiquiátricos concomitantes. (1,4).

La prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad va desde 0.1% (Leighton, 1959) hasta 13.5% (Zimmerman y Coryell, 1990). La gran variabilidad de estos resultados se explica por el uso de diferentes instrumentos de diagnóstico. Los resultados previos a 1980 utilizaron en general criterios diagnósticos poco definidos, por lo que la comparabilidad de sus resultados es limitada. (1).

Aun cuando en la actualidad se cuentan con mejores sistemas de clasificación no se ha llegado a un acuerdo diagnóstico adecuado. La confiabilidad interevaluador entre los entrevistadores experimentados para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad es

inadecuada (Mellsop y cols., 1982) y mejora entre los niveles 0.6 y 0.8 con el uso de entrevistas semiestructuradas (Zanarini y cols., 1988). (1,2, 4, 48).

Entre las principales entrevistas semiestructuradas para diagnosticar la personalidad se mencionan las siguientes: a) el examen de trastornos de la personalidad (Personality Disorder Examination, PDE); b) la entrevista clínica estructurada para trastornos de la personalidad del DSM III R (Structured Clinical Interview for DSM III R, SCID II); c) la entrevista estructurada para los trastornos de la personalidad del DSM III ( Structured Interview for DSM III Personality Disorders, SIDP); d) el Examen Internacional de Trastornos de la personalidad (Intertational Personality Disorder Examination, IPDE), desarrollado por La Organización Mundial de la Salud. Estas entrevistas semiestructuradas son definitivamente las mejores estrategias para evaluar lo casos particulares, sin embargo tienen la desventaja de que consumen mucho tiempo y se requiere de un entrenamiento específico para poder utilizarlas. Este tipo de instrumentos son poco prácticos y muy caros. (1, 4,49).

El desarrollo de instrumentos de auto aplicación tiene como objetivo lograr explorar los problemas en una forma rápida, segura y con posibilidades de cubrir a grandes poblaciones. Tienen una larga tradición en el campo de la psicología clínica, como en el caso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnessota (MMPI), el Inventario de la personalidad de Eysenck o el Inventario de la Personalidad de Millon. Estos instrumentos, no son compatibles con los sistemas de clasificación categórica de los trastornos de la personalidad de las clasificaciones mundiales. En este contexto, el Cuestionario de Diagnóstico de la personalidad revisado (PDQ-R) es un instrumento que

detecta globalmente, con adecuados valores de sensibilidad y especificidad, a los sujetos que tienen algún trastorno de la personalidad. (1).

### **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCID-II.**

Esta entrevista debe ser empleada por alguien con experiencia clínica suficiente y conocimientos de psicopatología y de diagnóstico psiquiátrico. Toma en promedio una hora o menos en administrar este instrumento en sujetos con poca o sin patología, pero de 2 a 3 horas en aquellos que tienen varios trastornos psiquiátricos.

Tiene buena confiabilidad, la carencia de estándares de oro en psiquiatría han conducido a pocos estudios de validez de este instrumento. Sin embargo, la confiabilidad Inter-observador y prueba-contraprueba ha sido adecuada. (1, 2,4)

De todas las pruebas psicológicas, las ideadas para describir la personalidad por lo general tienen la validez más baja. La razón primaria de esta circunstancia radica en la dificultad de encontrar un criterio aceptable de personalidad.

En los estudios de validación del PDQ-R (Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad), utilizando el SCID-II como estándar de oro, se encontró una concordancia ajustada (Kappa) de 0.70 (Hyer y Cols., 1990). Como se muestra en la siguiente tabla. (1,2).

Para la estandarización del instrumento en nuestro país se utilizó una muestra de 60 sujetos, 30 de los cuales fueron reclutados de los servicios de hospitalización y consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría y 30 controles. Se utilizó el SCID-II (Spitzer y Williams, 1987) como estándar de oro y para confirmar la presencia de algún trastorno de personalidad. El instrumento alcanzó valores adecuados de sensibilidad y especificidad con un punto de corte de 55 puntos en una escala total. (1, 48)

### **ESCALA BREVE DE APRECIACIÓN PSIQUIÁTRICA (BPRS).**

Es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación psiquiátrica para evaluar clínicamente la severidad de la psicopatología en las tres últimas décadas. Consta de 18 apartados que miden psicopatología general como agitación, ansiedad, depresión, síntomas psicóticos positivos, síntomas negativos y alteraciones del comportamiento. Existen dos versiones de la BPRS, la primera desarrollada por Overall que considera siete grados de severidad (desde 1, ausente, hasta 7, extremadamente severo) y la segunda versión fue propuesta por Bech. Esta última versión cuenta con un manual donde se incluye la definición de cada síntoma evaluado y sus respectivos grados de severidad (tiene cinco grados de severidad). Para fines del estudio se utilizó la primera versión. (1,4 49)

### **MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE.**

Es un instrumento de cribado útil para el trastorno bipolar I y II en la comunidad. Las características operativas del cuestionario en la población general difieren sustancialmente de sus características en pacientes psiquiátricos no hospitalizados.

Es una escala validada al español, que obtuvo una sensibilidad de 0.281 y una especificidad de 0.972. (1,2, 49)

### **PROCEDIMIENTO**

1. Invitación formal a los pacientes seleccionados para su participación en el estudio, comunicándoles el propósito y finalidades del mismo.
2. Se corroboró la presencia de enfermedad bipolar en los sujetos participantes, utilizando el cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo (Mood Disorder Questionnaire); en esta etapa todos los pacientes cumplieron con criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar, por lo que ninguno fue excluido del estudio. (Tres meses, de julio a septiembre del 2005).

3. Se empleo la escala breve de apreciación psiquiatrica Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), para conocer la severidad clínica de los pacientes, valorando la psicopatológica general, tal como agitación, depresión, síntomas psicóticos, retardo psicomotor y alteraciones del comportamiento. Dichos síntomas no impidieron la participación de los pacientes en el estudio.( un mes. Octubre del 2005).
4. Aplicación de la escala de personalidad SCID II, en los pacientes con enfermedad bipolar, que permitió conocer su relación con los trastornos de la personalidad (tres meses. Noviembre-diciembre del 2005 y enero del 2006).
5. Selección de un grupo control, a quienes se les aplico el cuestionario de personalidad SCIDII, para conocer la frecuencia de los trastornos de personalidad y compararla en la población con enfermedad bipolar. ( dos meses. Febrero-marzo del 2006).
6. Recolección de resultados, análisis estadístico y redacción de la tesis. (Cuatro meses, de agosto a diciembre del 2006).

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se analizaron los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos, empleando medidas de tendencia central y dispersión, y posteriormente presentación de los resultados mediante gráfica o tablas. El valor de la probabilidad estadística significativa se estableció en 0.5 ( $\alpha$ ). Se utilizo además la Chi cuadrada y análisis de asociación de Pearson para las variables numéricas.

## RESULTADOS

Se incluyeron a 60 pacientes con diagnóstico previo de trastorno bipolar, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales el 38.3% pertenecen al sexo masculino y el 61.7% al sexo femenino. En el caso del grupo comparativo, se incluyeron a 60 sujetos, representando el 36.7% los hombres y el 63.3% las mujeres.

La edad promedio en los pacientes bipolares fue de 37.4 ( $\pm 12.2$ ) años, con una edad mínima de 18 años y edad máxima de 73 años; en el grupo comparativo el promedio de edad fue de 39.1 años ( $\pm 16.4$ ), edad mínima de 18 años y la edad máxima de 77 años. (Cuadro 1).

A continuación, se mencionan los rasgos sobresalientes de las variables económicas como escolaridad y ocupación, además de la variable demográfica estado civil.

### ESCOLARIDAD.

En el grupo de pacientes bipolares, el 18.3% contaban con estudios de primaria, 15.0% con secundaria, 41.7% con preparatoria o equivalente y finalmente el 25.0% con estudios de licenciatura, mientras tanto en el grupo comparativo el 25.1% tenían estudios de primaria, 13.3% de secundaria, 23.3% de preparatoria o equivalente y el 38.3% licenciatura.

En el grupo bipolar el grado de estudios correspondió a 11.4 años ( $\pm 3.4$ ). Escolaridad mínima de 6 años y máxima de 16 años, en cambio en el grupo de comparación el promedio de estudios fue de 12.6 años ( $\pm 5.2$ ), con grado de estudio mínimo de 6 años y máximo de 22 años. (Cuadro 1).

### OCUPACION.

Dentro del grupo de bipolares se encontró que el 55.0% de los pacientes eran desempleados, 23.3% subempleados y el 21.7% tenían un trabajo fijo. En el grupo



comparativo el 53.3% eran desempleados, 6.7% con empleo eventual y 40.0% empleo fijo. (Cuadro 1).

#### ESTADO CIVIL.

En los pacientes bipolares se observó que el 35.0% eran solteros, 26.7% divorciados o separados, 5% viudos y 33.3% casados o en unión libre. En el grupo comparativo el 46.7% eran solteros, el 3.3% divorciados o separados, 0% viudos y el 50.0% eran casados o vivía en unión libre. (Cuadro 1).

Cuadro1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES BIPOLARES Y SUJETOS NO BIPOLARES.

		<b>Grupo n</b>	<b>estudio %</b>	<b>Grupo n</b>	<b>Comparación %</b>
<b>sexo</b>	Masculino	23	38.3	22	36.7
	Femenino	37	61.7	38	63.3
<b>Escolaridad</b>	Primaria	11	18.3	29	48.3
	Secundaria	9	15.0	13	21.7
	Preparatoria o equivalente	25	41.7	8	13.3
	Licenciatura	15	25.0	10	16.7
<b>ocupación</b>	Desempleado	33	55.0	32	53.3
	Subempleado	14	23.3	4	6.7
	Empleado	13	21.7	24	40.0
<b>Estado Civil</b>	Soltero	21	35.0	28	46.7
	Divorciado o Separado	16	26.7	2	3.3
	Viudo	3	5.0	0	0.0
	Casado o unión Libre	20	33.3	30	50.0

--	--	--	--	--	--

**COMORBILIDAD TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS DE LA  
PERSONALIDAD.**

De los pacientes participantes, 25 de ellos presentaron trastorno de personalidad, predominando el trastorno de personalidad borderline con 12 casos, seguido del trastorno narcisista en 3 sujetos, el antisocial en 2 individuos mas, al igual que en el trastorno de personalidad histriónico con 2 casos y finalmente con un caso el trastorno de personalidad evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo, depresivo, paranoide y pasivo agresivo. En el grupo control se observo que 3 individuos cumplieron con criterios para trastorno de la personalidad límite, un individuo para trastorno obsesivo compulsivo y finalmente con un caso para trastorno antisocial. La diferencia entre grupos fue estadísticamente significativa. ( $X^2 = 17.78$ ;  $p = 0.0002$ ). Cuadro 2,3. Gráfica 1.

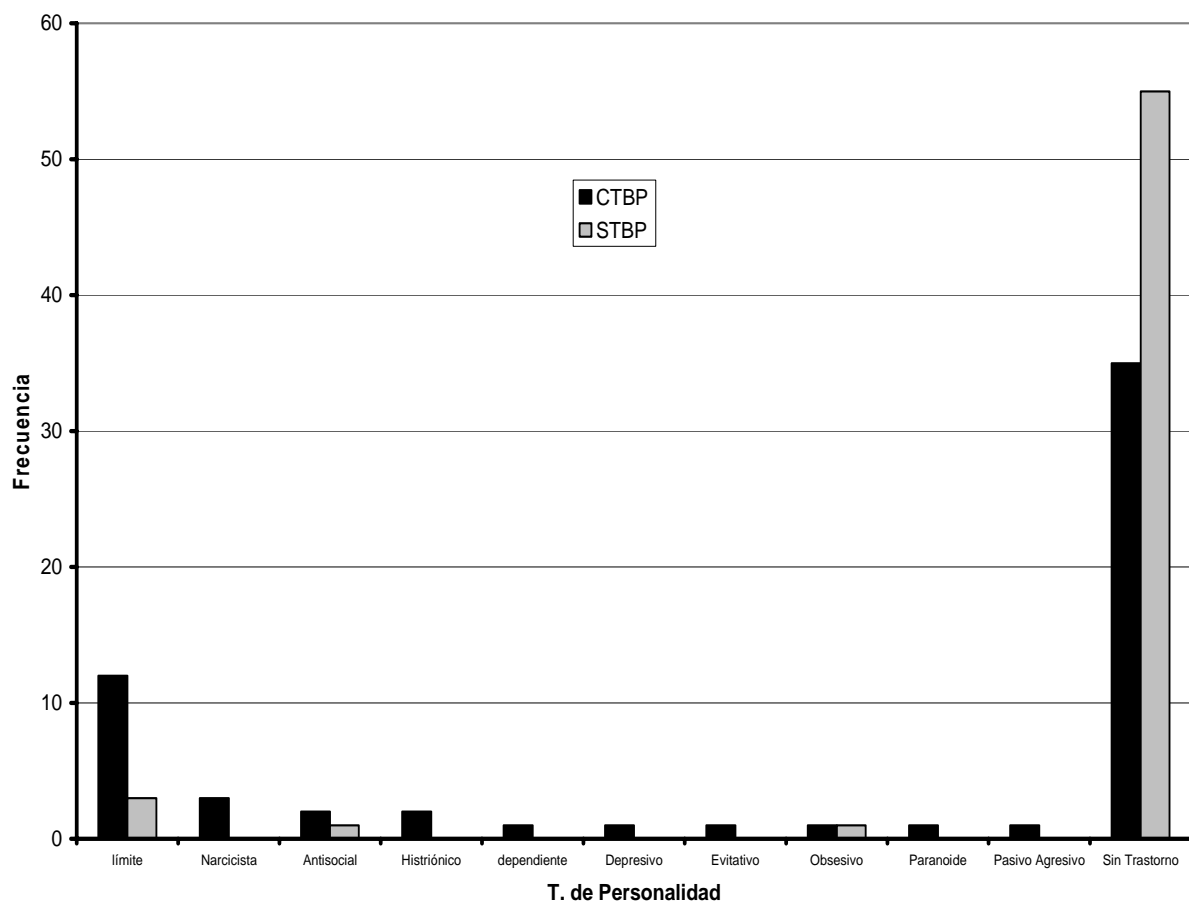
**Cuadro 2.- FRECUENCIA TOTAL DE PACIENTES BIPOLARES Y NO BIPOLARES  
CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDADY SIN EL.**

Trastorno de la personalidad	Bipolares	Comparativo
Con trastorno	25	5
Sin trastorno	35	55
Total	60	60

**Cuadro 3.- TIPO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES  
BIPOLARES Y GRUPO COMPARATIVO.**

Personalidad	Pacientes Bipolares		Grupo de Comparación	
	n	%	N	%
<b>Limite</b>	<b>12</b>	<b>20.0</b>	<b>3</b>	<b>5.0</b>
Narcisista	3	5.0	0	0.0
Antisocial	2	3.3	1	1.7
Histriónico	2	3.3	0	0.0
Dependiente	1	1.7	0	0.0
Depresivo	1	1.7	0	0.0
Evitativo	1	1.7	0	0.0
Obsesivo	1	1.7	1	1.7
Paranoide	1	1.7	0	0.0
Pasivo/agresivo	1	1.7	0	0.0
Esquizoide	0	0.0	0	0.0
Esquizotípico	0	0.0	0	0.0
<b>Sin trastorno</b>	<b>35</b>	<b>58.3</b>	<b>55</b>	<b>91.6</b>
Total	60	100%	60	100%

Gráfica 1.- Descripción de la frecuencia de los T. de personalidad por grupo (n=120)



Algunos pacientes solo cumplieron con algunos rasgos de personalidad, entre los cuales destacan los siguientes. (Cuadro 4 y 5. Gráfica 2). Cabe Mencionar que algunos pacientes tenían más de un rasgo, por lo que solo se consideraron los primeros tres.

Cuadro 4.- RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES BIPOLARES

	Rasgo de personalidad	Rasgo de personalidad	Rasgo de personalidad
Evitativo	6.7%	3.3%	0%
Dependiente	8.3%	0%	0%
Obsesivo	13.3%	5.0%	1.7%
Depresivo	1.7%	5.0%	0%
Paranoide	6.7%	1.7%	3.3%
Esquizotípico	1.7%	3.3%	1.7%
Esquizoide	1.7%	3.3%	0%
Histriónico	10.0%	3.3%	1.7%
<b>Narcisista</b>	<b>13.3%</b>	<b>10%</b>	<b>5.0%</b>
<b>Límite</b>	<b>15.0%</b>	<b>6.7%</b>	<b>1.7%</b>
Antisocial	3.3%	3.3%	0%
Pasivo-agresivo	1.7%	0%	1.7%
<b>Sin trastorno</b>	<b>16.7%</b>	<b>55%</b>	<b>83.3%</b>

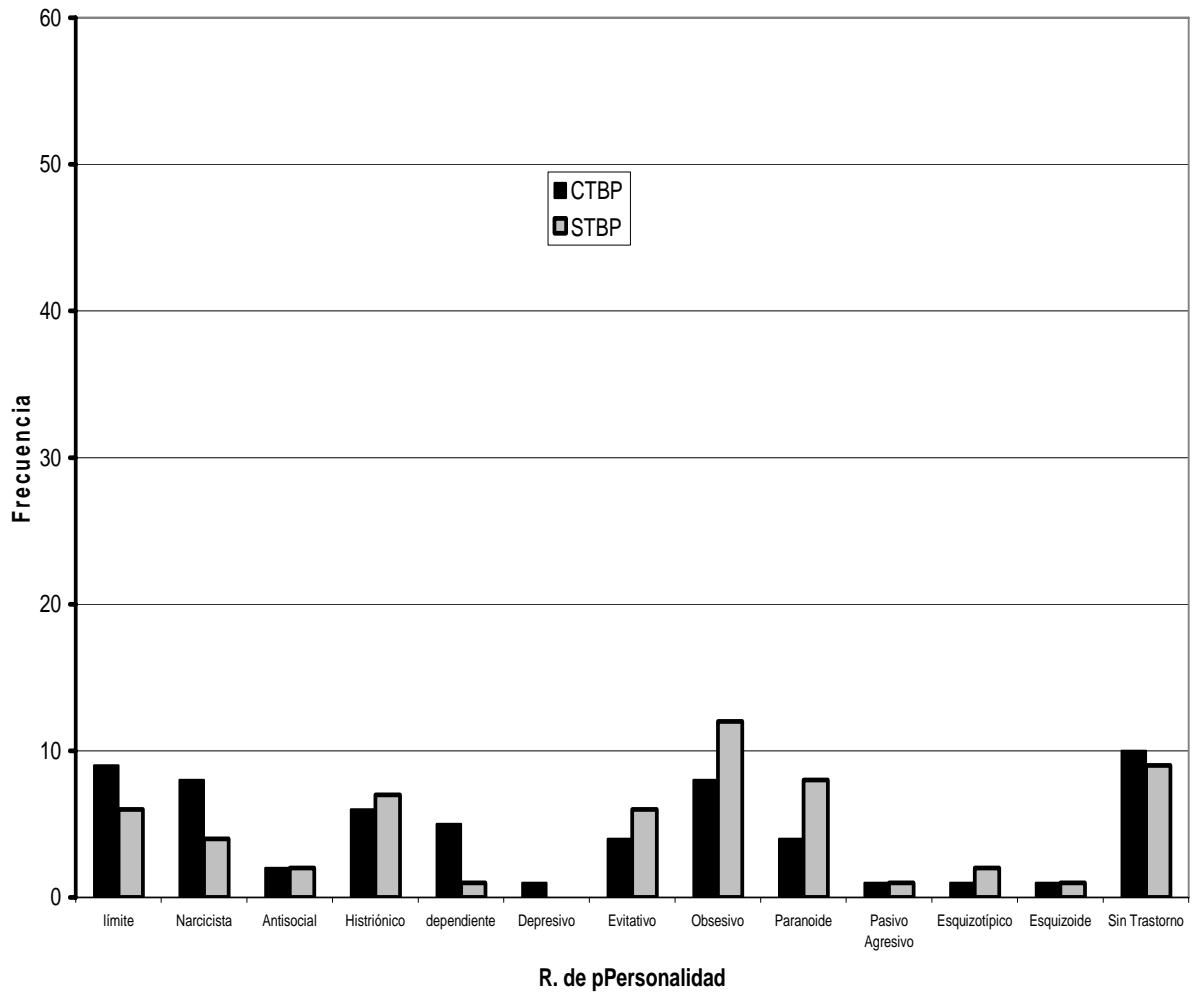
Total	100%	100%	100%
-------	------	------	------

Cuadro 5.- RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS NO BIPOLARES

	Rasgo de personalidad	Rasgo de personalidad	Rasgo de personalidad
Evitativo	10.0%	1.7%	0%
Dependiente	1.7%	1.7%	0%
<b>Obsesivo</b>	<b>20%</b>	<b>16.7%</b>	<b>0%</b>
Depresivo	0%	5.0%	0%
<b>Paranoide</b>	<b>13.3%</b>	<b>1.7%</b>	<b>3.3%</b>
Esquizotípico	3.3%	1.7%	0%
Esquizoide	1.7%	1.7%	0%
Histriónico	11.7%	1.7%	0%
<b>Narcisista</b>	<b>6.7%</b>	<b>18.3%</b>	<b>0%</b>
Límite	10%	5.0%	0%
Antisocial	3.3%	0%	0%
Pasivo-agresivo	3.3%	0%	0%
<b>Sin trastorno</b>	<b>15%</b>	<b>45%</b>	<b>96.7%</b>
Total	100%	100%	100%



Gráfica 2.- Descripción de la frecuencia de los R. de personalidad por grupo (n=12)





PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO DE LA  
PERSONALIDAD VS PACIENTES BIPOLARES SIN TRASTORNO DE LA  
PERSONALIDAD.

La edad promedio de los pacientes bipolares con trastorno de la personalidad correspondió a 35.8 ( $\pm 11.4$ ) años, para los pacientes bipolares sin trastorno de la personalidad de 38.6 ( $\pm 12.7$ ) años. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa. ( $t = 1.3$ ;  $p = 0.19$ ).

ESCOLARIDAD

La escolaridad en los pacientes con trastorno de la personalidad y trastorno bipolar correspondió a 11.4 ( $\pm 2.9$ ) años. En los pacientes sin trastorno de la personalidad y trastorno bipolar, el grado de escolaridad fue de 11.4 ( $\pm 3.7$ ) años. La diferencia entre los grupos no es estadísticamente significativa ( $t = 0.7$ ;  $p = 0.47$ ).

EPISODIOS MANÍACOS.

En los pacientes con trastorno de la personalidad y bipolares presentaron 4.9 ( $\pm 4.3$ ) episodios maníacos, en cambio en pacientes sin trastorno de la personalidad y enfermedad bipolar tuvieron 3.9 ( $\pm 3.4$ ) episodios de manía. La diferencia entre grupos no fue estadísticamente significativa ( $t = 1.3$ ;  $p = 0.17$ ).

EPISODIOS DEPRESIVOS.

Los pacientes con trastorno de la personalidad y enfermedad bipolar el número de eventos depresivos fue de 3.7 ( $\pm 2.6$ ), en comparación de los pacientes sin trastorno de la personalidad y trastorno bipolar que correspondió a 3.1 ( $\pm 3.5$ ) eventos depresivos. La diferencia entre grupos no es estadísticamente significativa ( $t = 1.2$ ;  $p = 0.23$ ).

## INTENTOS SUICIDAS EN PACIENTES BIPOLARES CON Y SIN TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

Pacientes con trastorno de personalidad y trastorno bipolar el número de intentos suicidas, represento 1.3 ( $\pm 2.2$ ) ocasiones, y en pacientes sin trastorno de la personalidad y enfermedad bipolar correspondió a 0.7 ( $\pm 1.19$ ) intentos. Fueron estadísticamente significativos los grupos. ( $t = 1.6$ ;  $p = 0.09$ ).

## EMPLEO DE SUSTANCIAS.

Dentro de los pacientes bipolares con trastorno de la personalidad, el 1.2 empleaban sustancias de abuso ( $\pm 0.4$ ), en cambio en los pacientes bipolares sin trastorno de la personalidad, empleaban sustancias el 1.3 ( $\pm 0.4$ ).  $X^2 = 1.4$ ;  $p=0.22$ , por lo que no hubo diferencia estadística entre los grupos.

## TRATAMIENTO CON LITIO EN PACIENTES BIPOLARES CON Y SIN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

En el grupo de pacientes bipolares con trastorno de la personalidad el 1.7 utilizaban litio ( $\pm 0.4$ ), en comparación de los pacientes bipolares sin trastorno de la personalidad, donde el empleo de litio represento el 1.8 ( $\pm 0.3$ ).  $X^2=2.5$ ;  $p=0.10$ . Por lo que no se presento diferencia estadística en los grupos.

## NÚMERO DE INTERNAMIENTOS EN PACIENTES BIPOLARES

El número de hospitalizaciones en pacientes con trastorno bipolar y trastorno de personalidad fue de 2.9 ( $\pm 3.1$ ) ingresos, en cambio en los pacientes sin trastorno de la personalidad representa 3.3 ( $\pm 2.9$ ) hospitalizaciones. No hubo diferencia estadísticamente significativa en los grupos ( $t = 1.0$ ;  $p = 0.31$ ).

## DISCUSIÓN

La comorbilidad en pacientes bipolares es frecuente, ya que se calcula que hasta un 60% de ellos tienen un diagnóstico agregado, bien de tipo médico o psiquiátrico, siendo esta asociación más la regla que la excepción. Presentando además tasas altas de suicidio, uso de sustancias, respuesta pobre al tratamiento y una peor evolución global. (11,13).

Los trastornos del estado de ánimo suelen ser recurrentes y refractarios al tratamiento, pero si a esto se agregan rasgos desadaptativos de personalidad suele considerarse un indicador de mal pronóstico. El estudio realizado por Schiavone y col. en pacientes hospitalizados, muestra que los pacientes con diagnóstico de depresión monopolar tienen una comorbilidad mayor con trastornos de la personalidad, como el tipo borderline con el 31.6%, dependiente en un 25.2% y obsesivo compulsivo en el 14.2%; en tanto en pacientes con depresión bipolar la asociación es la siguiente: borderline en un 41.0%, narcisista en el 20.5%, dependiente 12.8% e histriónico con un 10.3%. (13, 23)

El presente estudio se basó en la aplicación de un cuestionario de personalidad (SCID II) que permitió corroborar la relación entre las dos entidades, trastorno bipolar/ desordenes de personalidad, observándose una asociación frecuente en nuestro medio, tal como se menciona a nivel mundial.

Para ello se contó con una población de 120 individuos, de los cuales 60 tenían historia previa de enfermedad bipolar y 60 más no presentaban patología psiquiátrica aparente, con un predominio del sexo femenino, ya que dos terceras partes de los participantes

pertenecían a este género, a pesar que en la literatura internacional se menciona una relación para el trastorno bipolar de uno a uno. Dicha diferencia puede ser debido a que en nuestro país el sexo femenino solicita con mayor frecuencia atención y apoyo médico, mientras tanto los hombres tienden a no buscar ayuda para no ser estigmatizados como pacientes psiquiátricos.

El trabajo realizado por Turley y col, en 1992, muestra que la prevalencia de los trastornos de la personalidad y trastorno bipolar fluctúan entre el 9% y el 89%. (36).

Estudios mas recientes comentan que la prevalencia a lo largo de la vida de trastornos de la personalidad en pacientes bipolares oscila entre el 29 y 48% (Kay y Col. 2002; Brieger, 2003; Vieta y Col, 2003). (36, 38)

Sin embargo Ucock y col., expresan que entre el 40 y 50% de los pacientes bipolares cumplen criterios para ser diagnosticados con un trastorno de la personalidad, con una predominancia de los grupos B y C, aunque han sido reportadas características del grupo A y C en forma inconsistente en un rango del 0 al 19%. (Stangl y col; Connell y col). Recordando que el grupo A es el relacionado con comportamientos extraños y excéntricos, compuesto por el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico, el grupo B caracterizado con comportamientos dramáticos y emocionales, que incluyen el trastorno límite, histriónico, narcisista y antisocial, y finalmente el grupo C, relacionado con comportamientos ansiosos y temerosos, compuesto por el trastorno evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo. (37, 38, 40)

En el grupo de paciente bipolares, se encontró que el 41.6 % tenían criterios para trastorno de la personalidad, siendo el trastorno límite el mayormente apreciado, ya que casi el 50% de los pacientes con desorden de la personalidad lo presentaron, seguido de los trastornos narcisista, antisocial e histriónico.

En tanto en el grupo de comparación se apreció una frecuencia para el trastorno borderline del 5% y del 1.7% para los desordenes obsesivo compulsivo y antisocial.

La relación entre el trastorno bipolar y los desordenes de personalidad en el presente estudio es similar a la reportada en publicaciones previas, haciendo posible comprobar la hipótesis de trabajo que menciona que los trastornos de personalidad tienen una relación mayor en los pacientes bipolares que en la población en general, pero no hay que perder de vista que la metodología empleada y las escalas utilizadas en los diversos estudios han sido diferentes, lo que lleva a la obtención de resultados inconsistentes, siendo un sesgo en las investigaciones.

Uno de los puntos que hay que tomar en cuenta en los trabajos previos y en el actual, es que los sujetos participantes no fueron seleccionados en una misma fase del trastorno bipolar, sino que se englobaron en un solo contexto, lo que puede traer modificaciones en los resultados.

Así mismo la población seleccionada contemplo tanto a pacientes hospitalizados y ambulatorios, y algunos sujetos presentaban sintomatología afectiva y psicótica en el momento de la aplicación de las escalas, en tanto que otros individuos no manifestaron síntomas activos durante el estudio, por lo que posiblemente los síntomas afectivos y de personalidad se enmascararon.

Sería ideal que en investigaciones futuras se escogiera una población donde los pacientes con enfermedad bipolar se encontraran en una misma etapa, tanto, en fase depresiva, maníaca o hipomaníaca, y que preferentemente contarán con un mismo manejo psicofarmacológico, para de este modo evitar posibles sesgos. Retomando este último punto se menciona que el litio es probablemente el mejor manejo para el trastorno bipolar, siendo la tasa de respuesta del 67 al 69%. En un meta-análisis realizado por M. Bauer y S

Döpfmer en 1999, concluyen que la administración de litio es el tratamiento de primera elección en pacientes bipolares, sin embargo en esta investigación se encontró que un bajo porcentaje de los pacientes bipolares eran manejados con litio, lo que hace pensar que no se les trata en forma adecuada o que se prefiere la utilización de los nuevos fármacos. (2, 31)

Dentro del grupo de estudio y grupo comparativo, algunos sujetos cumplieron con algunos rasgos de personalidad, encasillándose en una o más categorías (clusters), pero no fue significativo para el estudio. Predominando los rasgos de personalidad límite, obsesivo y narcisista, lo que concluye una similitud con los estudios extranjeros.

En el grupo de pacientes bipolares con trastorno de la personalidad el número de intentos suicidas fue mayor, lo que supone que posiblemente los síntomas de personalidad agregados al trastorno bipolar, ensombrecen la evolución y pronóstico de los pacientes, como se menciona en un estudio de Estados Unidos en el que se incluyeron 2,839 pacientes con trastorno bipolar, mostrando que el 46.3% de los pacientes cometía al menos un intento de suicidio mientras sufría depresión, frente al 13.4% que lo intentaban mientras padecían manía. Los pacientes que tienen un trastorno bipolar tienen una probabilidad mayor que la población general de intentar suicidarse y, además, tienen mas probabilidades de tener éxito en estos intentos, si a lo anterior le agregamos un trastorno de personalidad a estos pacientes, la probabilidad de suicidio se incrementa, ya que los actos impulsivos o la omisión en el tratamiento puede influir. Por lo tanto, es esencial evaluar en forma adecuada el riesgo de suicidio en los pacientes bipolares, sobre todo si se reconoce la comorbilidad con un trastorno de personalidad. (32, 36, 42, 47).

## CONCLUSIONES

El problema de la comorbilidad psiquiátrica, no solo plantea un desafío epidemiológico, sino también nosológico y etiológico, cuando nos enfrentamos a un paciente con manifestaciones de personalidad y síntomas afectivos.

Se puede concluir que los trastornos de la personalidad tienen una relación mayor en los pacientes bipolares, siendo el trastorno límite el más frecuentemente observado, pero no se puede afirmar que el desorden borderline forme parte del espectro bipolar.

Cabe mencionar que las escalas de personalidad, como lo es el SCID II no valoran en forma adecuada los trastornos de la personalidad, ya que se pueden llegar a sobreponer los síntomas del eje uno con los trastornos de personalidad, lo que puede dar resultados inconsistentes.

## **SUGERENCIAS**

Los datos reportados pueden servir de referencia para planear nuevas investigaciones relacionadas con el tema, utilizando diferentes instrumentos de medición para conocer la comorbilidad entre trastornos de personalidad y trastorno bipolar.

Sería adecuado realizar una investigación con una muestra mayor, donde se incluyera a pacientes en etapa depresiva o maníaca, para de esta forma evitar posibles sesgos.

En investigaciones posteriores se podría delimitar a los grupos de estudio, para que se incluyan exclusivamente a pacientes en control farmacológico o sin él y que se eligieran a pacientes hospitalizados o ambulatorios para que sean más uniformes los grupos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. G. Parker, k. Parker, G. Malhi, K. Wilhelm, P. Mitchell. Psicosis manícodepresivas. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 3 2004: 109:376-382.
2. Vieta, Eduard M: D: Colom, Francesc Ph., D.; Martínez-Arán, Anabel Ph.D., Benabarre, Antonio M: D: Gastó, Cristóbal M.D. Trastornos Bipolares: avances clínicos y terapéuticos. Vol. 187(4). April 1999: pp 245-248.
3. Lut Tamam, Nurgul Ozpoyraz, Gomnca Baratas. Personality disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder in remission. *Acta neuropsychiatry* 2004: 16: 175-180.
4. Claudia F Baldassano. Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder. *Bipolar disorder* 2005: 7 (suppl. 1): 8-15.
5. Adler CM, Holland SK, Schmithorst V, Tuchfarber MJ, Strakowskism. Changes in neuronal in patiets with bipolar disorder during performance of a working memory task. *Bipolar Disorder* 2004:6(6): 540-9.
6. Angst, Gerberwerder R, Zuberbahler Hu, Gamma A. Is bipolar I disorder heterogeneou? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004: 254(2): 82-91.
7. Das AK, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Raz Gross C, Weissman M. Screening for Bipolar Disorder in a Primary Care Practice. *Jama* 2005; 293(8):956-63.
8. Charles L, Bowden, MD. Diagnosis of Bipolar Disorders: Focus on Bipolar I and Bipolar Disorder II. *Medscape General Medicine* 4(3), 2002.
9. Hans Jurgen Moller. Trastorno Bipolar y Esquizofrenia. Enfermedades distintas o un continuon. *Journal Clin Psyquiatri* 2003. 88-91.
10. Glen O. Gabbard, M.D. Mind, Brain, and personality Disorders. *Am J Psychiatry* 162:4, April 2005.
11. Mc Kinnon DF, Zandipp, Gershon E, Nurnber Ger. Rapid Switchin of mood in families with multiple cases of bipolar disorder. *Arxh Gen Psychiatry* 2003; 60(9): 921-8.
12. Alan C. Swann, M.D.; Barbara Geller, M.D.; Robert M. Post, M.D.; Lori Altshuler. Practical Clues to early Recognition of Bipolar Disorder: A primary care Approach. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7 (1).

13. Angst, Sellaro R, Atassenh HH, Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admission. *J Affect Disord* 2005; 84(2-3): 49-57.
14. Giovanni B. Cassano, Liliana Dell Oso, Ellen Frank, Mario Miniati. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and assessment methodology. *Journal of Affective Disorders* 54 (1999) 319-328.
15. Jairamr, Srinath S, Girimaji SC, Seshadrisp. A prospetive 4-5 year follow-up of juvenile onset bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004; 6(5): 386-94.
16. George Hadjipalou, MA, MD, Hiram Mok, MA, MB, BCh, Lakshmi N Yatham. Bipolar II Disorder: An Overview of Recent development. *Can J Psychiatry*, Vol 49, No 12, December 2004.
17. Jan Scott and Marie Pope. Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 1081-1088.
18. James C-Y. Chou, MD. Review and Update of the American psychiatric Association Practice Guideline for Bipolar Disorder. *Primary Psychiatry*. 2004; 11(9):73-84.
19. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick Sr. Bower C. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of woman with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162(1): 79-91.
20. Natalie Rasgon, Michael Bauer, Paul Grof, Laszlo Gyulai, Shana Elman, Tasha Glenn, peter C. Whybrow. Sex-specific self-reported mood changes by patients with bipolar disorder. *Journal of psychiatry Reserch*. Vol. 39. 2005: pp 77-83
21. Bromet EJ, Finch, Carlson GA, Fochtmann L, Mojtabair, Craig TJ, Kangs. Time to remission ans relapse sfter the first hospital admission in severe bipolar disorder. *Psychiar Epidemiol* 2005; 40(2): 106-113.
22. Fleck DE, Shear PK, Zimmerman ME, Getz GE, Corey KB, Strakoswkism. Verbal memory in mania: efeccts of state ans task requirements. *Bipolar Disord* 2003; 5(5): 375-80.
23. Franco Benazzi. Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age. *Journal of Affective Disorders* 75 (2203) 191-195.
24. Jules Angst. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorders. *Journal of Affective Disorders* 50 (1988) 143-151.
25. Freeman M, Smith K, Freeman S, Mc Elroys. The impact of reproductive event on the cours of bipolar disorder in woman. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(4): 284-7

26. Elie G. Hantouche, Hagop S. Akiskal. Bipolar II vs. unipolar depression: psychopathologic differentiation by dimensional measures. *Journal of Affective Disorders* 84 (2005) 127-132.
27. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, Van Os J, Murray. Gender differences in incidence and age of onset of mania and bipolar disorder over a 35 year period in Camberwell, England *Am J psychiatry* 2005; 162(2): 257-62.
28. Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB. Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar Disord* 2004; 6(2): 122-9.
29. Franco Benazzi, Hagop S. Akiskal. Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *Journal of Affective Disorders* 73 (2003) 33-38.
30. Dominic H. Lam, Ph. D, Peter Hayward, Ph. D, Edward R. Watkins. Relapse Prevention in Patients with Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years. *Am J Psychiatry* 162:2, February 2005.
31. Balanza-Martinez V, Tabares-Seisdedos R, Selva-Vera G. Persistent cognitive dysfunctions in bipolar I disorder and schizophrenic patients: a 3 year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2005; 74(2): 113-9.
32. Bottlender R, Jager M, Strauss A, Moller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250(5): 257-61.
33. R. E. Kendell, Frise. The distinction between personality disorder and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. Vol 180, February 2002, pp 110-115.
34. Jonathan Shedler, Ph. D. Drew Westen, Ph.D. Refining Personality Disorder Diagnosis: Integrating Science and Practice. *Am Psychiatry* 161:18, August 2004.
35. Jeremy Coid. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* (2003), 182 (supply. 44)
36. Alp Üçok, Deniz Karaveli, Turgut Kundakci, and Olcay Yazini. Comorbidity of Personality Disorders with Bipolar Mood Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 39 (March/April), 1998: pp 72-74.
37. Goodman, Geoff Ph., Hull, James W., Ph.D., Clarkin, John F. Ph.D., Yeomans, Frank E. M: D: Ph.D. Comorbid Mood Disorders as Modifiers of Treatment Response among Inpatients with Borderline personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 186(10), October 1998: pp 616-622.

38. Chantal Henry, Vivian Mitropoulou, Antonia S. New, Harold W. Koenigsberf, Jeremy Silverman, Larry J. Siever. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of psychiatric Research*. Vol. 35, 2001: 307-312.
39. Franco Benazzi. Borderline Personality Disorders and Bipolar II Disorder in Private Practice Depressed Outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 41. No 2 (March/April), 2000: pp 106-110.
40. Mark Zimmeeman and Jill I. Mattia. Axis I Diagnostic Comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 40, No 4 (July/august), 1999: pp 245-252.
41. Bolton, Sara MD; Gunderson, John G. MD. Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Disorder: Differential Diagnosis and Implications. *The American Journal of psychiatry*. Vol. 153(9), September 1996: pp 1202-1207.
42. Peter Brieger, Uwe Ehrt, and Andreas Marneros. Frequency of Comorbid Personality Disorders in Bipolar and Unipolar Affective Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 44, No 1 (January/February), 2003: pp 28-34.
43. Atre-Vaidya, Nutan M: D: Hussain, Syed M. M.D. Borderline Personality Disorders and Bipolar Mood Disorder: two Distinct Disorders or a Continuum? *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. 187(5). May 1999: pp 313-315.
44. Henrik Soderstrom, Thomas Nilsson, Anna-Kari Sjodin, Anita Carlstedt, Anders Forsman. The childhood-onset neuropsychiatric background to adulthood psychopathic traits and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 46. 2005: pp 111-116.
45. Priya Bajaj and Peter Tyrer. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Current Opinion in psychiatry* 2005, 18:27-31.
46. Holly A Swartz, Paul A Pilkonis, Ellen Frank, Joseph M Proietti and Jonh Scott. Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disorders* 2005.7: 192-197.
47. Ulrike Feske, Ph.D., Benoit H. Mulsant, M: D: Paul A. Pilkonis, Ph. D. Clinical Outcome of ECT in patients with major Depression and Comorbid Borderline Personality Disorder. *Am J Psichiatry* 2004: 161:2073-2080.
48. Jaime López, Francisco Páez, Rogelio Apiquián, Manuel Sánchez Carmona, Ana Fresán, Rebeca Robles, Humberto Nicolini. Estudio sobre la traducción y la validación del Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). *Salud Mental V. Suplemento* octubre de 1996.39-42

49. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. American Psychiatric Association, Washington 2000.