



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL**

**UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL  
SIGLO XXI**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**“FRECUENCIA DEL SOBRE DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD DE  
TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE  
PERSONALIDAD CON ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE PSIQUIATRÍA HÉCTOR TOVAR ACOSTA”**

**PRESENTADO POR:**

**LUCÍA ISABEL VELÁZQUEZ PADILLA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
(PSIQUIATRÍA)**

**ASESORADO POR:**

**DR. CARLOS HERNÁNDEZ VEGA**

Médico Adscrito al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

**MTRA. ERÉNDIRA OROZCO ZAGAL**

**CO- ASESORA**

Psicóloga clínica adscrita al área de Hospitalización del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

**CDMX, 2023**



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.

## **IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES:**

### **TESISTA**

Nombre: Lucia Isabel Velázquez Padilla

Categoría: Médico residente 4to año

Matricula: 97376117

Unidad Médica de Alta Especialidad "Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI

Domicilio completo de la adscripción: Av. Cuauhtémoc 330, esquina Av. Baja California, Col. Doctores, alc. Cuauhtémoc, C.P. 06720.

teléfono: 55-52-52-6411

Correo electrónico: [isabel.velazquezpadilla@outlook.es](mailto:isabel.velazquezpadilla@outlook.es)

### **INVESTIGADORES ASOCIADOS**

#### **ASESOR**

Nombre: Carlos Hernández Vega

Especialista en Psiquiatría

Matricula 98379228

Medico de base adscrito al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Domicilio completo de la adscripción: Avenida San Fernando 201, Col Toriello Guerra, alc Tlalpan, CP 14050.

teléfono: 55 56068323 Extensión 21341

Correo electrónico: [chv2203@hotmail.com](mailto:chv2203@hotmail.com)

#### **CO-ASESORA**

Nombre: Eréndira Orozco Zagal

Psicóloga clínica, Maestra en Rehabilitación Neurológica

Matricula 98375009

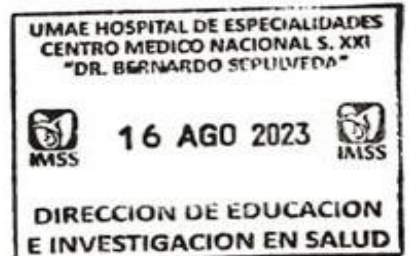
Psicóloga clínica adscrita al servicio de Hospitalización del Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Domicilio completo de la adscripción: Avenida San Fernando 201, Col Toriello Guerra, alc Tlalpan, CP 14050.

Teléfono: 55 56068323 Extensión 21352

Correo electrónico: e.orozco.zagal@gmail.com

**"FRECUENCIA DEL SOBRE DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD CON ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA HÉCTOR TOVAR ACOSTA"**



Dra. Victoria Mendoza Zubieta  
Jefe de la División de Educación en Salud  
UMAЕ Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI

Dr. Davis Cooper Bribiesca  
Profesor titular del curso de especialización en Psiquiatría  
UMAЕ Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI

Dr. Carlos Hernández Vega  
Tutor de tesis  
Médico Adscrito al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría  
"Dr. Héctor H. Tovar Acosta"



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **3601**.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS 17 CI 09 015 034  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082

FECHA **Martes, 30 de mayo de 2023**

**Dr. Carlos Hernández Vega**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FRECUENCIA DEL SOBRE DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD CON ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA HÉCTOR TOVAR ACOSTA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional  
R-2023-3601-096

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**M.C. GUADALUPE VARGAS ORTEGA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Impresora

## AGRADECIMIENTOS

“Vive como si fueses a morir mañana.  
Aprende como si fueses a vivir para siempre”

Mahatma Ghandi

Le dedico esta tesis a mi esposo, Jesús, agradeciendo su apoyo incondicional, constancia y motivación para continuar mi crecimiento profesional.

A mi mamá, quien me dio todo lo que he necesitado en el ámbito académico y emocional, siempre has sido mi pilar y deseo que sigas sintiéndote orgullosa de mi. A mis hermanos, por su compañía y admiración, continuaré esforzándome para ser una guía para ustedes.

A mi muy querido amigo Jonathan, por ayudarme en estos años de formación, por estar conmigo en las crisis y en las alegrías.

A mí tía Lilia, por su cariño, ayuda y admiración.

A la Dra. Merit Morán por brindarme su calidez humana y su excelencia profesional, es mi modelo profesional a seguir.

Finalmente, y no menos importante al Dr. Carlos Hernández y a la Mta. Eréndira Orozco por brindarme su ayuda y enseñanzas en este trabajo y a lo largo de mi residencia médica.

## Tabla de contenido

<b>RESUMEN</b> .....	8
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	10
<b>ANTECEDENTES</b> .....	22
<b>PREGUNTA</b> .....	25
<b>HIPÓTESIS</b> .....	25
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	25
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	28
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	29
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	29
<b>METODOLOGÍA</b> .....	29
<b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	29
<b>UNIVERSO DE ESTUDIO</b> .....	29
<b>MUESTRA</b> .....	29
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b> .....	30
<b>ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS</b> .....	33
<b>INSTRUMENTOS</b> .....	34
<b>PROCEDIMIENTO</b> .....	34
<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	36
<b>ASPECTOS ADMINISTRATIVOS</b> .....	38
<b>RESULTADOS</b> .....	39
<b>DISCUSIÓN</b> .....	47
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	50
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	51
<b>ANEXOS</b> .....	52



## RESUMEN

**TÍTULO: “FRECUENCIA DEL SOBRE DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD CON ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA HÉCTOR TOVAR ACOSTA”**

**INTRODUCCIÓN:** Establecer el diagnóstico diferencial entre trastorno límite de personalidad y el trastorno afectivo bipolar tipo II e identificar la comorbilidad que existe entre ambos es un reto clínico para los médicos psiquiatras; ya que ambos comparten similitudes como inestabilidad afectiva, impulsividad, temperamento hipertímico, relaciones interpersonales disfuncionales y un mayor riesgo de suicidio; por lo que contar con herramientas clínicas que puedan realizar esta diferenciación, o identificar cuando ambos se encuentran presentes tiene un impacto positivo en el establecimiento de un correcto esquema terapéutico tanto en las intervenciones farmacológicas como no farmacológicas.

**OBJETIVO:** Cuantificar la frecuencia del sobre diagnóstico y comorbilidad de trastorno bipolar tipo II en pacientes con trastorno límite de personalidad en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor Tovar Acosta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Es un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de pacientes con atención ambulatoria en consulta externa y grupo de primeros auxilios emocionales del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta, que cuenten con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, en quienes se va a investigar la presencia de trastorno bipolar tipo II ya sea comórbido o sub diagnosticado mediante los criterios de espectro bipolar de Ghaemi (escala heteroaplicada) y la a lista de Síntomas de Hipomanía (escala auto aplicada) a través de un formulario electrónico de google forms.

**RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** Es un protocolo que no requiere financiamiento de la institución, se aplicarán los instrumentos en el área de consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor A. Tovar Acosta.

En cuanto a los recursos se requerirá computadora personal en un formulario de Google forms y material de papelería, los cuales serán proporcionados por el tesista.

**EXPERIENCIA DEL GRUPO:** El investigador principal y el asesor tienen las habilidades clínicas necesarias para llevar a cabo una entrevista con personas que viven con trastornos de personalidad tipo límite, así como la capacitación requerida para aplicar instrumentos para identificar trastornos afectivos del espectro bipolar, brindar los informes correspondientes y establecer un régimen terapéutico apropiado a cada caso.

Cabe destacar que el asesor principal ha participado en tres protocolos de investigación relacionados a la atención de pacientes con trastorno límite de personalidad y cuenta con una amplia experiencia en análisis de datos estadísticos; pues en total ha colaborado como asesor en 10 trabajos de tesis para especialistas en Psiquiatría.

## MARCO TEÓRICO

El trastorno bipolar se caracteriza por alteraciones del estado de ánimo, energía y pensamiento, con un comportamiento bifásico con episodios de manía o hipomanía y depresión mayor que se expresan como episodios recurrentes de cambios en los niveles de energía y el comportamiento; además de síntomas cognitivos, como tiempo de respuesta alterado, memoria verbal y visual y en la función ejecutiva. 1

En cuanto a la epidemiología el trastorno bipolar afecta aproximadamente a >1% de la población mundial, la prevalencia estimada de por vida es del 0,6% para trastorno bipolar I, de 0,4% para trastorno bipolar II, 1,4% para las formas subclínicas y el 2,4% para otros trastornos del espectro bipolar. 2,3

El inicio de este trastorno es independiente de la etnia, nacionalidad y del estado socioeconómico. La prevalencia del trastorno bipolar I es similar en hombres y mujeres, pero el tipo II es más común en mujeres. Los trastornos bipolares comienzan alrededor de los 20 años; una edad de inicio más temprana ha sido asociado con mayor comorbilidad. 2,3

Los trastornos bipolares son la decimoséptima causa de carga global de enfermedad; conducen a un deterioro funcional y una reducción en la calidad de vida, este impacto se extiende a familiares, quienes pueden experimentar sobrecarga del cuidador y depresión. Además, al afectar a la población económicamente activa genera altos costos en cuanto a la atención de la salud y los gastos de invalidez, ya que este trastorno es altamente incapacitante. 4

Se han descrito posibles mecanismos etiológicos para el trastorno bipolar, siendo el modelo multifactorial el más aceptado; en la parte genética las estimaciones de la heredabilidad del trastorno bipolar oscilan entre el 70 y el 90 %. 5

Los estudios de asociación del genoma completo (GWAS por sus siglas en inglés) han evaluado una serie de polimorfismos de un solo nucleótido, que evidencian asociaciones genéticas en 18 regiones en todo el genoma; las primeras vías de análisis se relacionan con genes que codifican para la transmisión de señales de calcio, el sistema glutamatérgico, la regulación hormonal, microRNAs e histonas y vías inmunitarias, aunque estos datos son preliminares. 5,6

Aunque los trastornos bipolares tienen una alta heredabilidad, los factores ambientales pueden modificar su aparición y curso; se han descrito factores de riesgo perinatales como la cesárea, infección de influenza en la madre, tabaquismo durante el embarazo y edad paterna avanzada; así como acontecimientos adversos en la infancia que constituyen el trauma temprano, así como el uso de sustancias en la adolescencia y los consecuentes cambios epigenéticos en la maduración neuronal y mielinización. 1

En décadas previas la hipótesis monoaminérgica que incluye los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos y las vías dopaminérgicas, era la más asociada en la fisiopatología del trastorno bipolar; en recientes años la investigación se ha centrado en la modulación de la plasticidad sináptica y neuronal en la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala y otras regiones del sistema límbico.1

Konopaske informó la pérdida de espinas dendríticas en la corteza prefrontal en tejido post-mortem de pacientes con trastorno bipolar. Las alteraciones a nivel molecular y celular que modifican la interconectividad neuronal son hallazgos comunes; incluida la disfunción mitocondrial, estrés del retículo endoplásmico, neuroinflamación, oxidación, apoptosis y cambios epigenéticos. 8

En este contexto se ha postulado una hipótesis de "encendido" como modelo para explicar la sensibilización gradual al estrés que conduce a episodios afectivos recurrentes. En este modelo, el primer episodio de trastorno bipolar ocurre después de la exposición a un factor estresante y los episodios posteriores pueden ocurrir

sin exposición a un evento estresante identificable. Los mecanismos que sustentan la hipótesis del “kindling” pueden verse reforzados si la enfermedad no se trata o si la persona está expuesta a sustancias psicoactivas o tiene estilos de vida de riesgo como el tabaquismo o el sedentarismo. 5

Dentro de los procesos que se han estudiado en la génesis del trastorno bipolar, existen una serie de cascadas de señalización intracelular que intentan explicar la disfunción neuronal y a su vez las alteraciones de los sistemas de neurotransmisión, en los más estudiados encontramos el daño mitocondrial, alteraciones en los moduladores de canales de calcio, entre otros. 33

La disfunción mitocondrial puede provocar daño neuronal a través de múltiples vías como lo son: daño oxidativo, disminución de la producción de ATP, secuestro anormal de calcio y apoptosis a través de la activación de la vía de las caspasas.33

Una inadecuada señalización en los moduladores de canales de calcio, como mutaciones en el gen BCL-2 están asociados con niveles elevados de calcio basal y una mayor liberación de  $Ca^{2+}$  citosólico, que produce alteraciones en la excitabilidad de la membrana puede alterar componentes neuronales responsables de controlar el estado de ánimo y el comportamiento. 33

Se han observado cambios progresivos en la estructura cerebral y la función celular, denominados neuroprogresión, donde se ha evidenciado que en cuadros de larga evolución existe una reducción en el grosor cortical en el área prefrontal, que puede desempeñar un papel en la regulación del estrés.5

Los mecanismos epigenéticos, la desregulación de la función mitocondrial, las vías que favorecen la neuroplasticidad, la inflamación y el aumento del estrés oxidativo y nitrosativo se han propuesto como factores que promueven la neuroprogresión en el contexto del trastorno bipolar. 10

Además, la hipótesis alostática propone que el estrés neurobiológico repetido como es el caso de un episodio afectivo, requiere ajustes biológicos que pueden aumentar la carga alostática, aumentando el riesgo de nuevos episodios y de precipitar y acelerar hacia una enfermedad progresiva. Varias alteraciones, incluyendo aumento de la neurodegeneración, apoptosis neuronal, susceptibilidad neurotóxica y neuroplasticidad alterada. Diversos mecanismos tales como aumento en las citocinas inflamatorias, los corticosteroides, neurotrofinas, estrés oxidativo y disminución en la neurogénesis, han sido implicados en la neuroprogresión. 10

Al hablar del estrés oxidativo hay evidencia tanto de actividad mitocondrial disminuida como de oxidación de proteínas en tejidos post mortem de sujetos con trastorno bipolar; este hallazgo viene acompañado de la ausencia de niveles normales del glutatión, el principal antioxidante del organismo. 25

Grande, I. *et al* han propuesto modelos de estadificación según el modelo de neuroprogresión basado en el número de recaídas y deterioro funcional, aunque estos actualmente no se utilizan en la práctica clínica. 11, 14

Esta condición puede explicar el empeoramiento de los déficits cognitivos, funcionales, una mayor prevalencia de condiciones médicas como síndrome metabólico o agravar las coexistentes, así como a la muerte prematura.<sup>5,10</sup>

Se ha observado que la esperanza de vida de las personas con trastorno bipolar se acorta entre 10 y 15 años, no solo por un aumento de la tasa de suicidios, sino también debido a una elevada prevalencia de tales comorbilidades médicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras condiciones metabólicas. 34

Las funciones endocrinas alteradas han sido ampliamente estudiadas en los trastornos del estado de ánimo, sobre todo las alteraciones en el sistema hipotalámico-hipófisis-tiroides y en el eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal. El rebote temprano de cortisol en la prueba de supresión de dexametasona ha sido reportada frecuentemente en los trastornos afectivos. 9

Otros campos de investigación incluyen aquellos usando células madre pluripotenciales inducidas (iPSCs), que han sido utilizadas para examinar la hiperexcitabilidad en neuronas derivadas de iPSC55 o estudios que examinan el posible papel del eje intestino cerebro; ya que se ha analizado que las alteraciones en la composición o concentración de la microbiota intestinal podría activar procesos inmunoinflamatorios, cambios en la permeabilidad de la membrana neuronal y estrés oxidativo. 10

En cuanto a la resonancia magnética estructural ha ofrecido datos relevantes en cuanto a cambios estructurales en pacientes con trastorno bipolar, como deficiencias de materia gris en los lóbulos prefrontal, parietal y temporal , junto con alteraciones de la materia blanca, especialmente en el fascículo longitudinal, superior y el cuerpo calloso así como lesiones selectivas en la materia blanca, principalmente en regiones subcorticales y periventriculares las cuales se asocian a un peor curso clínico o resistencia al tratamiento así como disfunción cognitiva y menor funcionamiento global. 16

Aunque ha existido un gran interés en el ámbito de las neurociencias en relación a los trastornos del estado de ánimo, el diagnóstico y la clasificación vigente se basan en la semiología clínica. Los trastornos bipolares se clasifican como trastorno bipolar I, tipo II, ciclotimia y categorías atípicas. Esta clasificación depende de la severidad y duración del episodio maníaco (concurrente o no con síntomas psicóticos) o el episodio hipomaníaco y los episodios depresivos. 13 [\(Tabla 1\)](#)

Existe una nueva tendencia donde a través de un amplio consenso de especialistas en el trastorno bipolar se han implementado criterios diagnósticos de investigación clínica para la enfermedad bipolar, los cuales difieren en algunos puntos con los criterios establecidos por el DSM-5, que son la presencia de la descripción de manía pura y mixta, hipomanía pura y mixta y depresión bipolar pura y mixta. 20

En el contexto los episodios maníacos, depresivos y mixtos se pueden encontrar síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamiento desorganizados.<sup>12</sup>

Es de suma importancia destacar que se han realizado descripciones nosológicas del trastorno bipolar como un espectro clínico desde los postulados de Akiskal quien estableció una clasificación del I al IV con fines descriptivos de acuerdo con las características de la depresión, la elevación del estado de ánimo o la presencia de consumo de sustancias o el uso de fármacos. Se trataron de incluir dos tipos más, el V y VI; sin embargo, actualmente no se han validado. <sup>18</sup>

Un aspecto sumamente importante del enfoque de Akiskal es el énfasis en los temperamentos anímicos, como la hipertimia y la ciclotimia, como parte importante del espectro bipolar, pues el diagnóstico diferencial con los trastornos de la personalidad se convierte en un problema y dicha clasificación ayudaría a proteger a estos pacientes de los posibles efectos negativos de los antidepresivos sin la protección de los estabilizadores del estado de ánimo; sin embargo su principal riesgo es el sobre diagnóstico. <sup>19</sup> ([Tabla 2](#))

A su vez Ghaemi, quien se ha centrado en la diferenciación del espectro bipolar de la depresión unipolar, ha realizado una serie de contribuciones acerca de la validez científica y de investigación respecto a la enfermedad bipolar, término que paulatinamente espera reemplazar “trastorno bipolar”. De esta forma estableció una serie de criterios que cuyo fin es identificar la presencia de un cuadro clínico del espectro bipolar. <sup>20</sup> ([Tabla 3](#))

Ya descritas las principales características del Trastorno afectivo bipolar, continuo con la descripción de la siguiente entidad nosológica que es el Trastorno límite de personalidad, ya que el diagnóstico diferencial de ambos es la piedra angular de este trabajo.



Clásicamente el trastorno de personalidad límite se ha definido al igual que otros trastornos de personalidad como patrones duraderos de pensamiento y conducta en al menos dos de los siguientes cuatro dominios de síntomas: cognitivo-perceptivo, afectivo, funcionamiento interpersonal y control de impulsos, que dañan de manera significativa y adversa la funcionalidad en diversas esferas de la vida.<sup>13</sup>

Dentro de las características específicas del trastorno límite de personalidad están la sensibilidad extrema a los desaires interpersonales percibidos, idealización alternada con devaluación de las personas de su entorno, miedo intenso al abandono, sentido inestable de sí mismo, de modo que las metas, aspiraciones, valores y planes de carrera personales son inconsistentes y cambiantes; emociones intensas y volátiles, con tendencia a la ira e importante desregulación afectiva, así como comportamientos impulsivos que llevan a realizar conductas de riesgo como gastos impulsivos, sexo indiscriminado, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida, etc. ([Tabla 4](#))<sup>22</sup>

En cuanto a la epidemiología el estudio de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC) en los Estados Unidos demostró una prevalencia de por vida del 5,9 % para el Trastorno límite de personalidad, si bien su prevalencia es similar a otros trastornos de personalidad, específicamente el Trastorno límite de personalidad tiene una alta prevalencia en todos los entornos de tratamiento de salud mental; constituyen al menos del 15 al 28 % de todos los pacientes en clínicas psiquiátricas ambulatorias u hospitales, 6 % de las visitas de atención primaria y 10–15 % de todas las visitas a la sala de emergencia.<sup>22</sup>

Desde sus primeras descripciones en 1978, se ha avanzado en gran medida sobre el conocimiento de la neurobiología del trastorno límite de personalidad, en la actualidad se ha propuesto un modelo donde este patrón de comportamiento es producto de interacciones de influencias genéticas y ambientales que afectan el desarrollo del cerebro a través de hormonas y neuropéptidos, aunado al impacto del maltrato en la primera infancia y la calidad del cuidado de los padres que se ha

demostrado puede afectar la expresión génica, la estructura y fisiología del cerebro.  
24

El factor ambiental más asociado a trastorno límite de personalidad es el trauma infantil temprano, incluido el abuso físico, el abuso sexual y la negligencia, la crianza inconsistente, la sobre involucración materna, los comportamientos parentales aversivos y el bajo afecto de los padres, el apego desorganizado entre madres e hijos así como separar a los niños de las madres antes de los 5 años. 24

El otro factor determinante en el modelo que se ha descrito es el factor ambiental, la heredabilidad es de aproximadamente 0,70, se encontró un fenómeno importante de superposición genética con el trastorno bipolar, la esquizofrenia y la depresión mayor; los genes implicados tienen efectos sobre las propiedades básicas del procesamiento neuronal, como la adhesión celular o la mielinización, e incluyen *DPYD* (dihidropirimidina deshidrogenasa), *PKP4*(placofilina4) y *SERINC5* (incorporador de serina 5).24

El tercer factor son las alteraciones epigenéticas, pues se han identificado aumento de la metilación de algunos genes en un análisis de metilación de todo el genoma, incluido *MIR124-3*, cuyo producto génico está asociado a la regulación de la plasticidad neural y la función de la amígdala, aumento de la metilación de *BDNF*(que codifica el factor neurotrófico derivado del cerebro). 24

Además de polimorfismos en los genes implicados en la actividad del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HHA), como *FKBP5* y *CRHR*, los cuales generan una mayor secreción de cortisol, lo que conduce a alteraciones estructurales y funcionales de varias áreas del sistema límbico como el hipocampo; también influye en la conectividad funcional entre la amígdala y la corteza cingulada anterior dorsal (CCAD).24

De acuerdo con cada fenotipo de trastorno límite de personalidad se han encontrado circuitos cerebrales relacionados; el de inestabilidad interpersonal incluyen estructuras involucrados en la teoría de la mente y la empatía como la corteza prefrontal medial (CPFm), la unión temporoparietal (UTP), la corteza cingulada posterior (CCP) y la precuña (PCu), y los circuitos relacionados con el fenotipo de autopercepción, tienen un papel en anomalías del pensamiento autorreferencial y del sentido del yo, como lo son surco temporal superior (STS) y la actividad insular hiperactiva.<sup>22</sup>

Los circuitos cerebrales relacionados con el fenotipo de desregulación afectiva y/o emocional consisten en la hiperreactividad de la amígdala a los estímulos negativos (particularmente a las señales de amenaza social), los procesos prefrontales disfuncionales y la conectividad prefronto-límbica deficiente mientras que los circuitos involucrados en el fenotipo de desregulación conductual están involucrados en la predicción de resultados negativos y el control inhibitorio, aquí encontramos alteraciones en los circuitos de recompensa y control, el cuerpo estriado ventral (CEV) y la inhibición conductual deficiente en áreas prefrontales.  
22

Finalmente se cree que el circuito de procesamiento del dolor afectivo media la hipoalgesia en la conducta autolesiva no suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad; ésta podría estar relacionada en dos mecanismos: un acoplamiento funcional negativo entre la amígdala y las áreas prefrontales mediales y un acoplamiento mejorado entre la ínsula posterior y la corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL). Aunado a lo antes descrito se han evidenciado deficiencias en las actividades coordinadas entre la cognición social y las áreas de regulación emocional, corteza cingulada anterior dorsal, hipocampo, hipotálamo, corteza orbitofrontal y prefrontal ventrolateral. <sup>22</sup> [Figura 1](#)

El diagnóstico es clínico, se han propuesto una serie de entrevistas estructuradas y semiestructuradas; así como la entrevista clínica, el DSM 5-TR propone criterios para realizar el diagnóstico. ([Tabla 5](#))

Analizando las características en común de ambas entidades nosológicas se ha hecho necesaria la correcta diferenciación, para ello es imprescindible reconocer que son diferentes tipos de cosas; las similitudes son superficiales y las diferencias profundas. 19

El diagnóstico diferencial entre el trastorno bipolar y el límite de la personalidad ha sido un reto diagnóstico, sobre todo con el trastorno bipolar tipo II, incluso es tanta su semejanza clínica que el trastorno límite de la personalidad se ha propuesto como parte del espectro bipolar; en las características de los dos trastornos, en los que síntomas como la impulsividad, la inestabilidad afectiva, la ira intensa, la conducta suicida recurrente, el abuso de alcohol y sustancias, las fluctuaciones en el nivel de energía, los problemas legales y los problemas interpersonales a menudo conducen al error diagnóstico. Estos rasgos están elevados en los trastornos del espectro bipolar, incluso en la eutimia<sup>17, 21, 23</sup>. ([Tabla 6](#))

Uno de los aspectos que genera más confusión diagnóstica es la inestabilidad afectiva, que se define según el DSM-5 como "...una marcada reactividad del estado de ánimo" involucrada en la desregulación emocional en el trastorno límite de personalidad; ésta tiene un componente hereditario, es estable a través del tiempo y se desencadena por factores estresantes, de esta forma los cambios de humor en el trastorno límite de personalidad son bruscos, pasan de la eutimia a la ira, no de la depresión a la euforia, como en el trastorno bipolar, en éste los cambios de humor tienden a ser más espontáneos y menos sensibles a los estresores, el curso temporal de estos cambios de humor están sumamente marcados; un episodio hipomaniaco, dura al menos 4 días, mientras que en la inestabilidad afectiva pueden ser de horas a menos de 2 días. 21

Otra de las características determinantes para este esclarecimiento clínico es la impulsividad, un rasgo hereditario predominante en el trastorno límite de personalidad; aunque los comportamientos impulsivos también son comunes en los trastornos bipolares, son más episódicos que generalizados. 21

Los pacientes con trastorno límite de personalidad tienen síntomas cognitivos, incluidos los fenómenos micropsicóticos (alucinaciones auditivas e ideas delirantes paranóicas) y síntomas disociativos; mientras que son raros en el trastorno bipolar tipo II. 19

En los factores ambientales que son determinantes para la psicopatología de ambos trastornos es el trauma sexual, ocurre en el 50-70% en la personalidad límite frente al 10-20% de la población general y el 20-30% de muestras bipolares. Además, existe una asociación específica con autolesión y abuso sexual pasado en la personalidad límite y no está presente en el espectro bipolar. 19, 20

El comportamiento de autolesión y parasuicida ocurre constantemente en el 60-70 % de las personas con personalidad límite y tan solo en el 0,9 % de las personas con enfermedad bipolar. 19, 21

Otro dominio importante de la psicopatología en el trastorno límite de personalidad son los problemas en las relaciones interpersonales, donde existe apego inseguro, dependencia y miedo al abandono, presentan también alteración de la identidad, mientras que los pacientes bipolares también tienen relaciones interpersonales difíciles, no suelen tener estas características en su patrón al vincularse y autopercepción. 21

En este contexto se han sugerido varios marcadores clínicos de bipolaridad, que incluyen síntomas mixtos de ansiedad y depresión, abuso de sustancias, personalidad límite, bulimia y trastorno por déficit de atención, rasgos depresivos atípicos, inicio a edad temprana, episodios depresivos recurrentes, antecedentes familiares de trastorno bipolar en familiares de primer grado, episodios breves de depresión mayor, manía/hipomanía inducida por antidepresivos, depresión

posparto, resistencia al tratamiento y temperamento afectivo depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso, muchos de estos marcadores están considerados en los criterios de espectro bipolar de Ghaemi.<sup>15</sup>

Hablando de los temperamentos ciclotímicos e hipertímicos están asociadas genéticamente con la enfermedad bipolar; aunque éstos se caracterizan por la reactividad del estado de ánimo como en la personalidad límite, la evidencia genética es inconsistente y en su mayoría indica una baja heredabilidad. Dado que esas condiciones son crónicas, no episódicas, la distinción del curso de la recurrencia episódica severa no es útil para distinguir esos temperamentos del estado de ánimo de la personalidad límite <sup>19, 20</sup>

Existe una línea que es aún más complicada de distinguir, que es el trastorno bipolar II y el trastorno límite de la personalidad con trastorno depresivo mayor comórbido, éstos coexisten en al menos 10 a 20 % de los pacientes con cualquiera de los dos trastornos, la comorbilidad de trastorno límite de la personalidad con trastorno afectivo bipolar afecta a uno de cada cinco pacientes, siendo aún más elevada la comorbilidad del trastorno bipolar II (que afecta hasta al 37,7% de ellos). Es común que a los pacientes con trastorno límite de personalidad se les haya diagnosticado erróneamente un trastorno bipolar en algún momento. <sup>21</sup>

Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno bipolar II tienen un mayor riesgo mórbido de trastornos bipolares que los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno límite de personalidad. <sup>22</sup>

El trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad están cada uno asociados con un riesgo elevado de intentos de suicidio. La concurrencia de estos trastornos genera un riesgo adicionado; sin embargo, la influencia del trastorno límite de la personalidad es mayor que la del trastorno bipolar. Casi el 60% de los pacientes con ambos diagnósticos ha tenido previamente un intento de suicidio, y más de un tercio ha tenido más de un intento. El porcentaje de pacientes con ambos

diagnósticos que intentaron cometer suicidio es 4 veces mayor que el porcentaje de pacientes con ninguno de dichos diagnósticos. 27

## **ANTECEDENTES**

En los últimos años ha crecido el interés por la asociación de ambas entidades y diversos investigadores han realizado trabajos acerca de este tema, retomo tres, pues siguen la línea del presente protocolo de investigación.

El primero de ellos, Adán McDermid, Gordon Parker y Joel Paris en 2019 (28) realizaron una revisión crítica de los estudios recientes que evalúan la diferenciación del trastorno bipolar II y del trastorno límite de la personalidad y concluyeron que aunque la literatura sigue estando limitada por la falta de estudios que comparen directamente el trastorno bipolar II con el trastorno límite de la personalidad, actualmente hay una tendencia a investigar las diferencias biológicas, genéticas, epigenéticas, los ritmos diurnos y la neuroimagen estructural y funcional, estos estudios han encontrado diferencias indicativas; sin embargo, aún no son suficientes para guiar el diagnóstico diferencial a nivel clínico.

En el segundo, Dean F MacKinnon y Ronald Pies en 2006 (29) buscaron explorar la relación entre los cicladores rápidos del trastorno bipolar, donde los síntomas maníacos y depresivos se mezclan o cambian rápidamente, y las formas de trastorno límite de la personalidad en las que la labilidad afectiva es un síntoma cardinal, este protocolo realizó una búsqueda en MedLine de artículos que se centraron en cicladores rápidos en el trastorno bipolar, enfatizando publicaciones recientes (2001-2004). Los resultados sugieren una serie de puntos de superposición fenomenológica y biológica entre el criterio de labilidad afectiva del trastorno límite de la personalidad y los trastornos bipolares de ciclos extremadamente rápidos; por lo que concluyeron que un mismo mecanismo puede impulsar tanto el cambio rápido de humor en algunas formas de trastorno bipolar como la inestabilidad afectiva del trastorno límite de la personalidad e incluso puede estar asociado a una misma etiología y patrón genético.

Finalmente, Álvaro Frías, Itziar Baltasar y Boris Birmaher en 2016 (30) trataron de determinar la evidencia empírica sobre la comorbilidad entre trastorno bipolar tipo II y trastorno límite de personalidad a partir de datos de prevalencia, teorías explicativas de su coexistencia e impacto clínico de un trastorno en el otro, ellos realizaron una búsqueda exhaustiva de bases de datos (PubMed y PsycINFO). En total, 70 estudios, entre enero de 1985 y agosto de 2015. En los resultados encontraron que más de una quinta parte de los sujetos mostró comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno límite de personalidad; sin embargo, la evidencia empírica de los factores subyacentes comunes no fue concluyente, pero el trastorno límite de personalidad parece ser un factor de riesgo para el Trastorno bipolar, además del impacto negativo del trastorno límite de personalidad en el trastorno bipolar (tendencias suicidas, peor evolución del estado de ánimo) fue mayor que viceversa. Concluyeron que se necesitan más estudios para aclarar el factor asociado a la comorbilidad entre estos dos trastornos; ya que es necesario para desarrollar tratamientos apropiados para sujetos con ambos trastornos, mejorar su curso clínico y prevenir el aumento del riesgo de tendencias suicidas.

En cuanto a las características de los dos instrumentos que se aplicarán, son de relevancia los siguientes datos:

**La lista de síntomas de hipomanía (HCL-32)** es un cuestionario auto aplicado desarrollado por J. Angst et al. en 2005 y validado posteriormente en diferentes países e idiomas (alemán, inglés, sueco, italiano, chino, polaco y español).

Esta escala consiste en un listado de posibles síntomas hipomaniacos (32 ítems) a los que el paciente responde «SÍ/NO».

La puntuación total se obtiene sumando las respuestas afirmativas al listado de los 32 síntomas de hipomanía, el punto de corte de 14, para la detección de síntomas hipomaniacos con una sensibilidad del 82,0 % y una especificidad del 72,9 %. Al ser de auto informe el tiempo de realización puede variar, pero aproximadamente es de 30 minutos. (32)



**Criterios de trastorno del Espectro Bipolar de Ghaemi** es una agrupación de características desarrolladas en 2002 por N. Ghaemi, que busca identificar la presencia de un cuadro clínico perteneciente al espectro bipolar.

La sensibilidad general para los tipos bipolares I, II y no especificados fue de 0,76 [IC 95 %: 0,66–0,87] y la especificidad fue de 0,85 [IC del 95 %: 0,01–0,28]; no está validado en poblaciones latinas, lo cual es una limitación de dicho instrumento. Para considerarse positivo se requiere la presencia de algunas de las siguientes combinaciones:

- a) Criterio A más Criterio B más Ítem 1 y 2 del criterio C y al menos 1 ítem del criterio D
- b) Criterio A más Criterio B más Ítem 1 o 2 del criterio C y al menos 2 ítems del criterio D
- c) Criterio A más Criterio B y al menos 6 ítems del criterio D.

Es un instrumento heteroaplicado, que requiere de 10 a 20 minutos para ser realizado. (31)

## **PREGUNTA**

¿Cuál es la frecuencia del sobre diagnóstico y comorbilidad de trastorno bipolar tipo II en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad con Atención Ambulatoria en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor Tovar Acosta?

## **HIPÓTESIS**

El número de pacientes que tienen trastorno límite de personalidad y trastorno bipolar tipo II comórbido estará presente en más del 30% de los pacientes que reciben atención ambulatoria en el servicio de consulta externa; cifra similar en el caso del sobre diagnóstico de trastorno bipolar II en pacientes con trastorno límite de personalidad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El error diagnóstico, sub y sobre diagnóstico del trastorno bipolar ha sido un tema frecuente en los pacientes con trastorno límite de personalidad; debido a la amplia gama de síntomas de corte afectivo, cognitivo y las alteraciones del control de los impulsos característicos de ambos padecimientos, lo que las hace clínicamente muy similares.

En el servicio de consulta externa de psicología, específicamente en el grupo de “Primeros auxilios emocionales” coordinado por la Mtra. Eréndira Orozco y en el servicio de admisión continua de esta unidad, encontramos pacientes que cursan con un cuadro clínico al corte transversal que impresiona la posibilidad diagnóstica de un trastorno del espectro bipolar; sin embargo, al realizar un análisis longitudinal detallado, comúnmente se identifican características que por la evolución y el curso son más compatibles con un trastorno de personalidad, específicamente tipo límite.

En promedio cada jueves en las sesiones de grupo se reciben de 5-6 pacientes con dichas características, los lunes durante la consulta externa se reciben de 4-5

pacientes de los cuales por lo menos uno de ellos cuenta con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad; ya que posterior a su ingreso hospitalario como protocolo de atención se envían a la consulta externa tanto de psicología como psiquiatría.

Garza Guerra, entre otros autores (21) han identificado que el trastorno límite de personalidad se presenta altamente comórbido con Trastorno afectivo bipolar; debido a su alta prevalencia ya que afecta a uno de cada cinco pacientes; siendo aún más elevada la comorbilidad del trastorno bipolar II, incluso es común que a los pacientes con trastorno límite de personalidad se les haya diagnosticado erróneamente con un trastorno del espectro bipolar en algún momento de su evolución clínica. El error diagnóstico y la no identificación de la comorbilidad resulta potencialmente perjudicial para los pacientes; ya que, al no realizar el diagnóstico apropiado, se dará un manejo farmacológico y psicoterapéutico no adecuado, que además de no controlar la sintomatología que es exhibida, también incrementa el riesgo de suicidio y la cronicidad del cuadro.

Por tal razón es importante evaluar de forma minuciosa a estos pacientes y poder identificar y cuantificar cuándo se está en presencia de un cuadro de un trastorno del espectro bipolar, o bien, uno comórbido con trastorno límite de personalidad y así realizar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas pertinentes a cada caso.

Dentro de los estudios e investigaciones que se han realizado sobre la comorbilidad y diagnóstico diferencial del trastorno bipolar II y el trastorno límite de la personalidad, rescato los siguientes tres como los de mayor relevancia para propósitos de este trabajo.

El primero de ellos, Adán Bayes, Gordon Parker y Joel Paris en 2019 (28) realizaron una revisión crítica de los estudios recientes que evalúan la diferenciación del trastorno bipolar II y del trastorno límite de la personalidad, en el segundo, Dean F MacKinnon y Ronald Pies en 2006 (29) buscaron explorar la relación entre los

cicladores rápidos del trastorno bipolar y las formas de trastorno límite de la personalidad en las que la labilidad afectiva es un síntoma cardinal.

Finalmente, Álvaro Frías, Itziar Baltasar y Boris Birmaher en 2016 (30) trataron de determinar la evidencia empírica sobre la comorbilidad entre trastorno bipolar tipo II y trastorno límite de personalidad a partir de datos de prevalencia.

## JUSTIFICACIÓN

Este protocolo tiene como finalidad cuantificar la frecuencia de sobre diagnóstico y comorbilidad de trastorno bipolar tipo II y trastorno límite de personalidad en pacientes que reciben atención ambulatoria; pues al compartir algunos síntomas es difícil realizar el diagnóstico diferencial o identificar cuándo se encuentran superpuestos; entre ellos los más relevantes son: la inestabilidad afectiva, la impulsividad y las alteraciones de las relaciones interpersonales; se ha encontrado que esta comorbilidad está presente hasta al 37,7% de los pacientes.

Así como comparten datos clínicos, también comparten el riesgo de suicidio; pues la concurrencia de estos trastornos genera un riesgo adicionado para suicidio; lo que hace imperativo realizar el correcto diagnóstico o bien, identificar la presencia de comorbilidad.

Por lo que este trabajo podrá ofrecer cifras reales sobre la frecuencia de estos fenómenos clínicos; pues la concordancia diagnóstica permite al psiquiatra poder implementar el tratamiento farmacológico adecuado a cada caso, reducir el riesgo de suicidio o cronicidad del caso y así ayudar a que el paciente recupere su funcionalidad.

Además de poder abordar otras situaciones que merman su calidad de vida, como lo es vivir con un severo estigma, no sólo por parte de la población en general, sino también de los médicos debido a su reputación de ser hostiles e intratables, cuando es posible que esta irritabilidad y poca respuesta a las intervenciones realizadas, sea producto de la presencia de un trastorno bipolar no identificado.

De esta forma sub diagnosticar un trastorno afectivo bipolar tipo II y por ende no instaurar el manejo farmacológico apropiado también incide de forma negativa en el pronóstico; pues no tratar apropiadamente los episodios afectivos se asocia a mayor neuroprogresión y la presencia de deterioro cognitivo importante.

## OBJETIVO GENERAL

Cuantificar la frecuencia del sobre diagnóstico y comorbilidad de Trastorno bipolar tipo II en pacientes con Trastorno límite de personalidad en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Integrar el diagnóstico de trastorno bipolar II mediante los criterios de espectro bipolar de Ghaemi y la lista de Síntomas de Hipomanía (HCL-32).
- Identificar a los pacientes con Trastorno bipolar tipo II comórbido con trastorno límite de personalidad.
- Establecer la relación entre la conducta impulsiva y la presencia de comorbilidad entre trastorno bipolar tipo II y el trastorno límite de personalidad.

## METODOLOGÍA

**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de Psicología, admisión continua o al grupo primeros auxilios emocionales del Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta.

**UNIVERSO DE ESTUDIO:** La población de estudio será conformada por pacientes que acudan a la consulta externa del servicio de psicología o sean parte del grupo de Auxilios Emocionales, desde mayo 2023 hasta julio 2023, que cuenten con el diagnóstico de Trastorno límite de personalidad que además cumplan los criterios de selección.

**MUESTRA:** El número de pacientes se obtendrá mediante muestreo no probabilístico a conveniencia.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión**

1. Contar con el diagnóstico de Trastorno límite de personalidad
2. Tener derechohabiencia del IMSS
3. Recibir atención ambulatoria en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor Tovar Acosta”
4. Edad de 18- 45 años
5. Escolaridad bachillerato completo
6. Al menos un episodio depresivo en el curso de su padecimiento (Dicho criterio de inclusión es necesario pues es parte de los criterios de Ghaemi para poder evaluar un posible trastorno del espectro bipolar)
7. Tener manejo farmacológico actual o previo con ISRS (Dicho criterio de inclusión es necesario pues es parte de los criterios de Ghaemi para poder evaluar un posible trastorno del espectro bipolar)

### **Criterios de exclusión**

1. Presentar comorbilidades distintas a trastornos del estado de ánimo (Trastornos psicóticos primarios y secundarios, Trastorno por consumo de sustancias)
2. Presentar algún déficit cognitivo agudo (TCE, Delirium, Intoxicación por fármacos u otra sustancia)
3. Tener algún grado de discapacidad intelectual previamente diagnosticado

### **Criterios de eliminación**

1. No acudir a la entrevista para aplicación de instrumentos
2. No firmar la carta de consentimiento informado
3. Perder la derechohabiencia del IMSS
4. Paciente no desea continuar en el protocolo

## **VARIABLES**

Operalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Instrumento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Años cumplidos al momento de la entrevista	Numérica	Cuantitativa continua	Entrevista clínica
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras de la especie humana.	Elegir una de las siguientes: mujer u hombre	Nominal: Hombre o mujer	Cualitativa dicotómica	Entrevista clínica
Nivel máximo de estudios	Grado más alto de escolaridad que el individuo haya completado	Grado académico más alto hasta el momento de la entrevista	Nominal: Secundaria, bachillerato, licenciatura o posgrado completo.	Cualitativa nominal	Entrevista clínica
Ocupación	Actividad o trabajo que desempeña de forma cotidiana	Actividad cotidiana principal	Estudiante, trabajador, pensionado, cuidado del hogar.	Cualitativa nominal	Entrevista clínica
Trastorno límite de personalidad	Entidad nosológica caracterizada por un patrón de comportamiento con alteraciones en el pensamiento y conducta que afecta las áreas cognitivo-perceptivo, afectivo, el funcionamiento interpersonal y control de impulsos de una persona.	Diagnóstico psiquiátrico del cluster B de los trastornos de personalidad de acuerdo a los criterios del DSM-5	Nominal	Cualitativa nominal	Entrevista clínica
Trastornos del espectro bipolar	Conjunto de entidades clínicas que abarcan desde los cuadros depresivos recurrentes con hipomanías, los episodios depresivos recurrentes breves de curso cíclico hasta los episodios depresivos disfóricos.	Trastorno del estado de ánimo que cursa con dos polaridades, depresiva e hipomaniaca o ciclotímica.	Nominal	Cualitativa nominal	Criterios de espectro bipolar de Ghaemi



Tratamiento previo o actual con ISRS	Esquema farmacológico mediante antidepresivos ISRS, cuyo mecanismo principal de acción es la inhibición de la recaptación de serotonina pre-sináptica lo que determina una neurotransmisión serotoninérgica aumentada y prolongada.	Contar con un manejo farmacológico previo o actual con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.	Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina o Citalopram.	Cualitativa nominal	Entrevista clínica
Antecedente de familiares directos con Trastorno bipolar	Antecedentes neuropsiquiátricos positivos en familiares de primer grado	Familiares directos de ambas ramas con presencia de Trastorno bipolar	Madre, padre, hermanos, tíos o abuelos	Cualitativa nominal	Entrevista clínica
Episodio Depresivo con características atípicas	Cuadro clínico que dura al menos 2 semanas en el cual existe ánimo triste, pérdida de interés, anhedonia, alteraciones cognitivas, hipersomnias, hiperfagia, parálisis plúmbea, entre otros síntomas somáticos.	Cuadro depresivo que cursa con hipersomnias, hiperfagia y parálisis plúmbea o síntomas psicóticos, cuya primera aparición haya sido antes de los 25 años	Nominal	Cualitativa nominal	Criterios diagnósticos DSM-5 TR
Episodio de hipomanía	Estado afectivo con duración de al menos 4 días, caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo y/o irritable, menor necesidad de dormir, aumento de la energía, que no llega a afectar la funcionalidad global.	Cuadro clínico que cursa con elevación del estado de ánimo, sin repercutir la funcionalidad y dura al menos cuatro días.	Más de 14 ítems positivos	Cualitativa nominal	Lista de Síntomas de Hipomanía (HCL- 32)

Personalidad hipertímica	Patrón de conducta con aumento sostenido del tono afectivo, la actividad física y cognitiva.	Presencia de hipertimia fuera del contexto de un episodio de elevación del estado de ánimo	Nominal	Cualitativa nominal	Entrevista clínica
Conductas impulsivas	Predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias, esto asociado a falta de inhibición.	Comportamientos con marcada impulsividad como: abuso de sustancias, conductas sexuales y alimentarias de riesgo, gastos excesivos, automutilación e intentos de suicidio.	Nominal	Cualitativa nominal	Entrevista clínica

### ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS

Se realizará estadística descriptiva por medio de medidas de tendencia central (medias, medianas) y dispersión (desviaciones estándar, rangos) en variables continuas, seguido de un análisis de distribución por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro Wilks.

Para evaluar la potencial correlación entre la hipomanía con el trastorno bipolar tipo II, se realizará correlación de Pearson (paramétrica) o Spearman (no paramétrica) según corresponda para cada grupo de estudio.

En variables con valores binarios se calculará la proporción del evento para cada grupo de comorbilidad y se realizará la prueba de Ji cuadrada o  $\chi^2$  para determinar la existencia o no de asociación entre las dos variables.

Para identificar si hay una diferencia entre la proporción de pacientes que presentaron puntajes diferentes de acuerdo a los criterios de espectro bipolar de

Ghaemi y a la lista de síntomas de hipomanía en los dos grupos de estudio se utilizará la prueba de T de Student o u Mann-Whitney (no paramétrica). Todos los análisis estadísticos se realizarán con una significancia de  $p < 0.05$ . Los análisis estadísticos se elaborarán con el software SPSS v21.

En caso de existir datos faltantes, se tratará de usar modelos estadísticos que permitan el análisis de los datos, aun teniendo diseños desbalanceados. En un principio bajo un diseño balanceado se utilizará una ANOVA con medidas repetidas, o una ANOVA de dos vías con medidas repetidas; con diseños desbalanceados, resultado de datos faltantes, se usarán los modelos lineales mixtos, también llamados modelos lineales con efectos aleatorios.

## **INSTRUMENTOS**

- 1. Lista de Hipomanía (HCL-32)**
- 2. Criterios de trastorno del Espectro Bipolar de Ghaemi**

## **PROCEDIMIENTO**

Los instrumentos diagnósticos serán aplicados por el tesista, el procedimiento a seguir será el siguiente:

1. Los pacientes que acudan a la consulta externa del servicio de Psicología o al grupo de Primeros auxilios emocionales en un horario de 08:00 a 16:00 hrs de lunes a viernes en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" serán invitados a participar en el presente protocolo de investigación.
2. Se les explicará ampliamente en que consiste dicho protocolo y se ofrecerá para leerse de forma completa, se preguntarán dudas e inquietudes sobre el mismo.
3. Se les pedirá a los pacientes firmar el consentimiento informado.
4. Una vez aceptado y firmado, se aplicará las pruebas clinimétricas, la duración será de 40 a 50 min aproximadamente.

5. Una vez finalizado y calificado se le informarán al paciente los resultados obtenidos y en caso de identificarse una psicopatología distinta al trastorno límite de personalidad se le informará por escrito a su médico tratante para normar nuevo esquema farmacológico más apropiado al diagnóstico identificado.

## ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo se elaboró de acuerdo con los principios establecidos en el Informe Belmont (1979) donde se establecen los elementos que deben regular y guiar la investigación en humanos a través de los cuatro principios que son: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Estos principios se seguirán a cabalidad durante la realización de las entrevistas y al comunicar los resultados de la clinimetría aplicada.

Tal como lo establece la Declaración de Helsinki (1964) se otorgará un consentimiento informado, el cual será claro y durante las entrevistas se mantendrá la intimidad y la dignidad de la persona entrevistada. Dicho consentimiento será entregado por el tesista al inicio de la consulta médica en el consultorio asignado para este fin y firmado una vez que el paciente lo lea en su totalidad, se le explicará verbalmente y éste manifestará cualquier duda respecto al mismo.

En cuanto a lo dispuesto en La Ley General de Salud 1987 (Última reforma publicada DOF 02-04-2014) en Materia de la Investigación en Salud, capítulo I, artículo 17, donde se determina el posible riesgo del sujeto de investigación a que sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, de acuerdo a estas disposiciones el presente trabajo se considera una Investigación de **RIESGO MÍNIMO** que requiere Carta de Consentimiento informado, esta categoría es definida como “Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios” en este caso serán pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

En el procedimiento a seguir para la realización de la entrevista, el primer paso será que previo a la aplicación de los instrumentos se explicará claramente al paciente en qué consistirán los instrumentos diagnósticos que se le aplicarán y se informará que en caso de no querer continuar con la entrevista clínica ésta se podrá detener

en el momento que la persona lo indique; para poder proceder el tesista otorgará por escrito un consentimiento informado, si la persona desea autorizar se le aplicará el instrumento diagnóstico y se le informarán los resultados obtenidos en la entrevista clínica y en dado caso que se identifique trastorno bipolar tipo II o una patología mental distinta al trastorno límite de personalidad se le entregará este resultado por escrito y se derivará a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor Tovar Acosta” para que se establezca el tratamiento farmacológico apropiado.

Cabe destacar que el entrevistador mantendrá la confidencialidad del paciente ya que en la presentación de los resultados se usarán códigos alfanuméricos (folios) para no relevar información sensible para el paciente como nombre y número de seguridad social.

El presente protocolo de investigación busca aportar al conocimiento científico una mayor claridad en relación al sobre diagnóstico o comorbilidad que se presenta en pacientes con trastorno límite de personalidad y trastorno bipolar tipo II, este estudio no supone un riesgo para la integridad o derechos de los pacientes que se entrevistarán, y ofrece un beneficio al obtener un diagnóstico acertado y un consecuente manejo farmacológico e intervenciones psicoterapéuticas apropiadas a cada caso; este beneficio es individual, pero si se logra reproducir posteriormente podría llegar incluso a una gran cantidad de pacientes con dichas condiciones de salud.

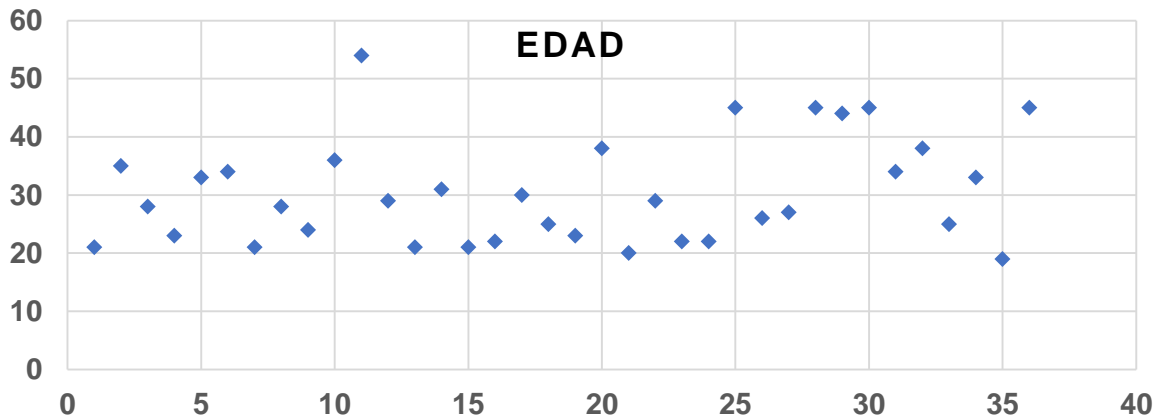
## ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

- a)** Recursos humanos: Resultado de mi formación como médico residente, cuento con las habilidades clínicas requeridas para aplicar una entrevista diagnóstica, pruebas de clinimetría y realizar la anamnesis necesaria para detectar trastornos mentales; así como iniciar un manejo farmacológico en caso de encontrarse un trastorno afectivo tipo bipolar; así como brindar la psicoeducación pertinente a cada caso.
  
- b)** Recursos materiales: Los recursos que fueron utilizados fueron las instalaciones del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor Tovar Acosta, específicamente el área de consultorios médicos, también se utilizó la computadora personal del investigador principal, impresiones de los consentimientos informados y bolígrafos.
  
- c)** Recursos financieros: Fueron necesarias impresiones de los consentimientos informados y la compra de un bolígrafo, dichos costos fueron cubiertos a su totalidad por el tesista.
  
- d)** Factibilidad: El presente protocolo de estudio es factible; pues el procedimiento se puede realizar en su totalidad por el tesista y este no requerirá financiamiento institucional.

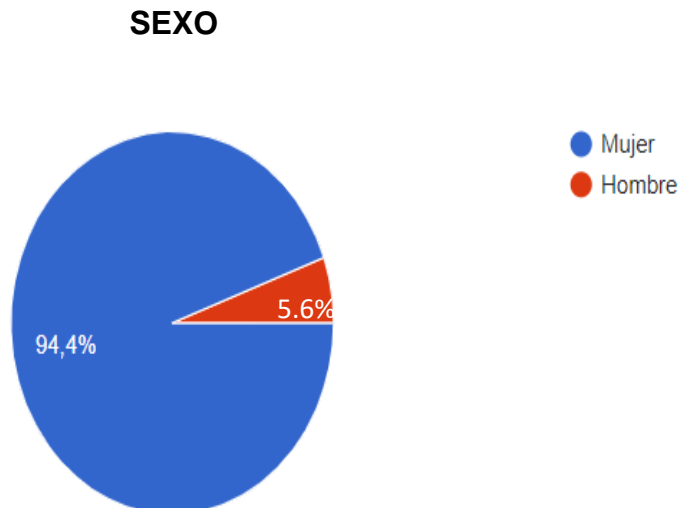
## RESULTADOS

La muestra total estuvo conformada por 36 participantes, de los cuales ninguno abandono el estudio; pero dos se excluyeron, una por sobrepasar el rango de edad y otra por nivel escolar bajo, no compatible con lo mínimo compatible para permanecer en el estudio.

En las variables sociodemográficas tenemos la edad, sexo, nivel máximo de estudios y ocupación. Iniciando por el rango de edad; este fue de 19 a 54 años, excluyéndose una paciente, por rebasar la edad máxima de los criterios de inclusión.



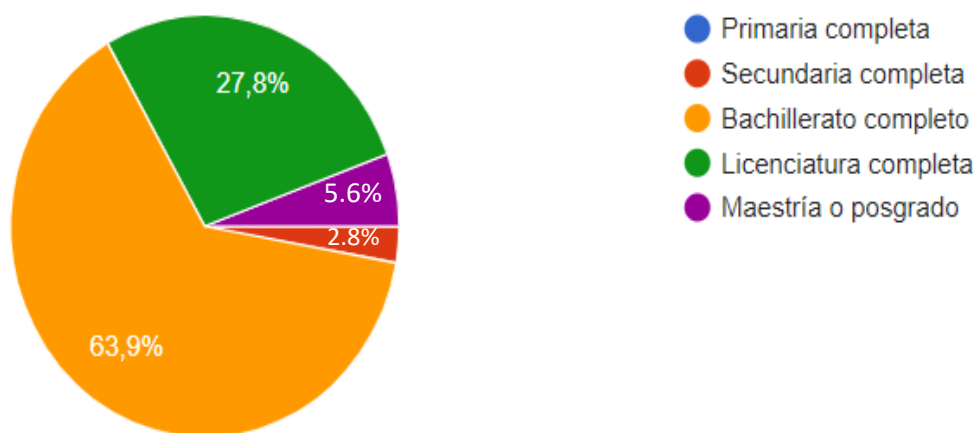
En cuanto a la frecuencia por sexo, esta fue de 94.4 % en mujeres (n=34) y 5.6% hombres (n=2).





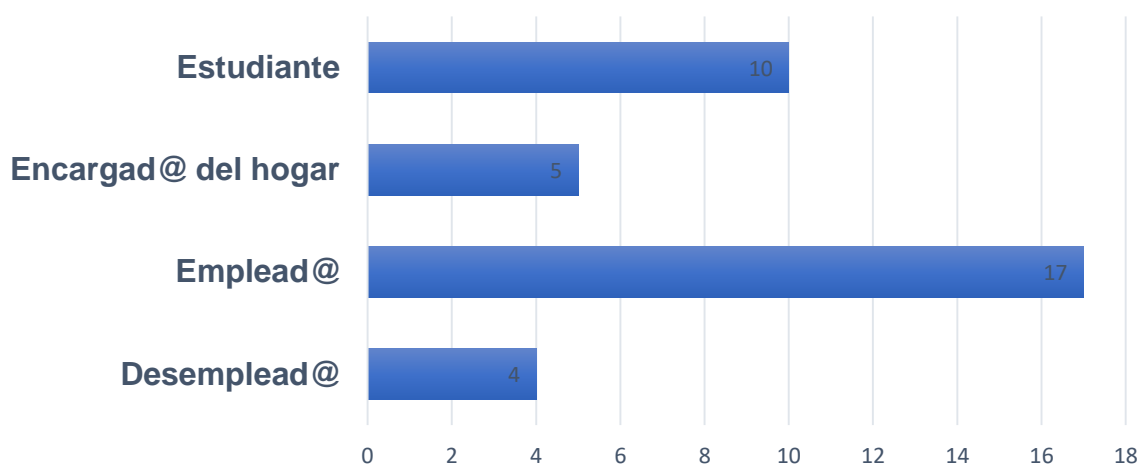
En cuanto a nivel de estudios, se evidenció que el bachillerato completo como académico más frecuente (n=23), seguido por estudios de licenciatura completa (n=10); en cuanto a la maestría o posgrado equivalente, el grado fue obtenido por 5.6% de la muestra (n=2). Finalmente, una paciente cursó con una escolaridad de secundaria completa, por lo que no fue incluida en este estudio.

### NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS



En relación a actividades que desempeñan, se identificó que la mayoría eran empleados (n=17), seguido en frecuencia se encontraron los estudiantes (n=10), posteriormente los encargados del hogar (n=5) y finalmente se encontró que 1.44% (n=4) se encontraban desempleados.

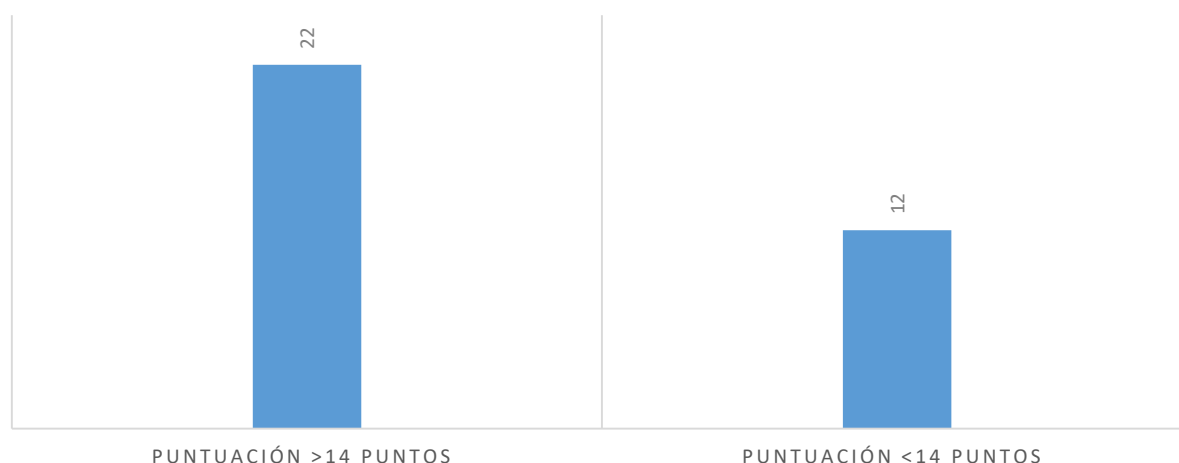
### OCUPACIÓN



Entre las características clínicas de los pacientes que participaron en este estudio, se identificó la presencia de cuadros de hipomanía, episodios depresivos de características atípicas, antecedente de familiares con trastorno bipolar y pobre respuesta al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

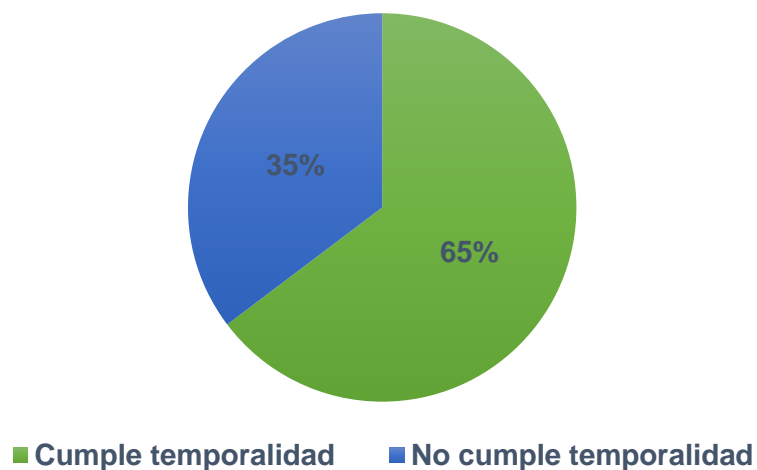
Se identificó la presencia de episodios de hipomanía, según puntuaciones >14 puntos en la HCL-32 en 22 pacientes.

### HIPOMANIA POR HCL-32



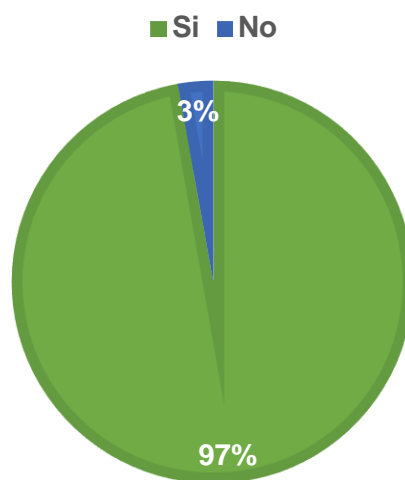
Sin embargo; de estos 22 resultados positivos, solo 13 pacientes (65%) cumplieron con la temporalidad para determinar un cuadro de hipomanía.

### HIPOMANIA POR HCL-32 Y TEMPORALIDAD



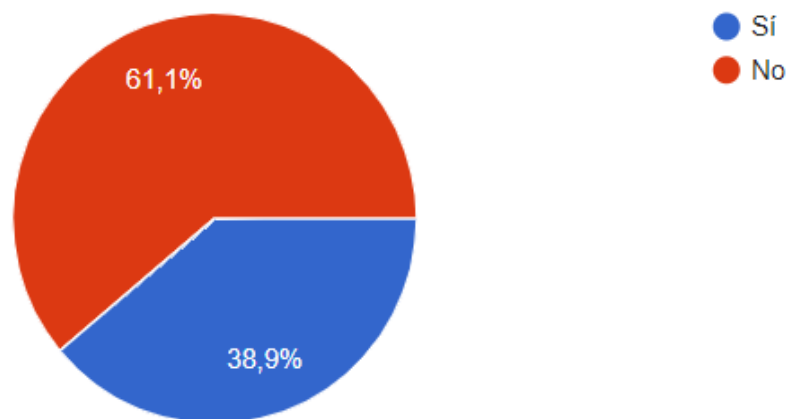
Hablando de los cuadros depresivos mayores, se observó que 35 pacientes habían cursado con al menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su cuadro clínico, solo un paciente no integró dicho episodio, pero por no contar con la escolaridad requerida se excluyó del protocolo.

### AL MENOS UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR



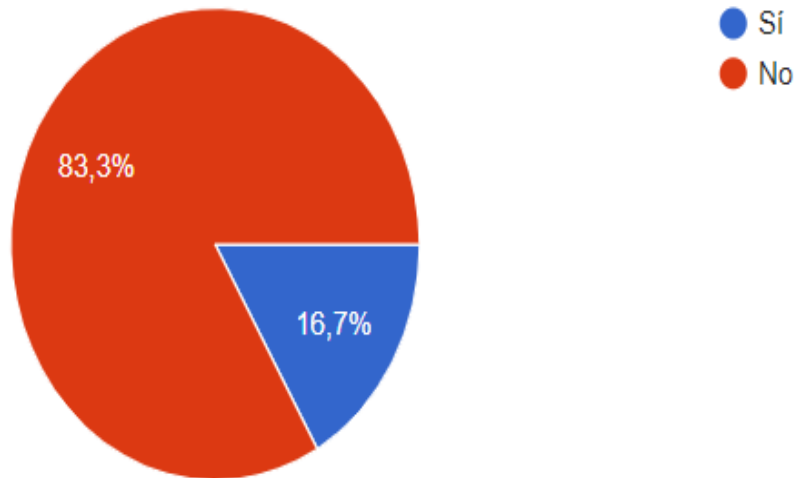
De quienes integraron un episodio depresivo mayor, 14 pacientes (38.9%) presentaron características atípicas.

### SÍNTOMAS DEPRESIVOS ATÍPICOS



En total fueron 6 (16.7%) los pacientes que tuvieron antecedente de un familiar directo con trastorno bipolar.

### FAMILIARES DIRECTOS CON TRASTORNO BIPOLAR



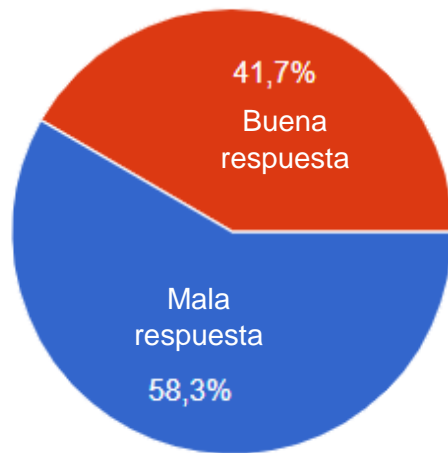
De estos pacientes, 5 de ellos (83%), resultaron positivos para espectro bipolar.

### RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTE DE FAMILIAR DIRECTO CON TRASTORNO BIPOLAR Y ESPECTRO BIPOLAR POSITIVO



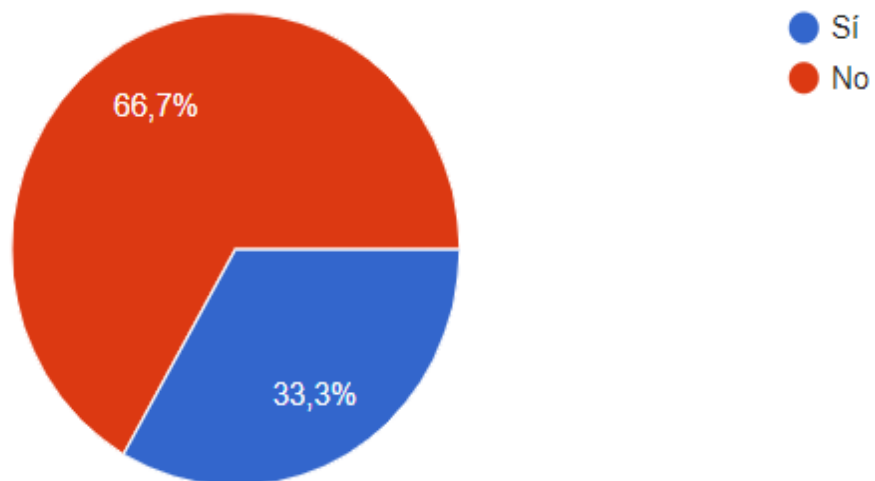
En relación al manejo farmacológico recibido, aquellos que recibieron tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina n=21 tuvieron mala respuesta en etapas de mantenimiento.

### **MALA RESPUESTA TERAPÉUTICA CON INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA**



Del total de pacientes que participaron en el protocolo, 12 integraron el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II.

### **POSITIVO ESPECTRO BIPOLAR**



En tres personas que previamente tenían el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad así como trastorno bipolar tipo II, resultado negativa la lista de síntomas de hipomanía así como los criterios de Ghaemi, por lo que identificamos la presencia de sobrediagnóstico de trastorno bipolar tipo II en una frecuencia de 3.



En la estadística descriptiva, la presencia de comorbilidad entre trastorno límite de personalidad y trastorno bipolar tipo II se encontró en una frecuencia de 12 (33.3%), con media de 1.69, y desviación estándar de .467.

	Frecuencia	Media/DE	N
Comorbilidad	12	1.69± .467	36

Se realizó un análisis de distribución por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables de espectro bipolar e hipomanía, ambas resultaron con una distribución normal.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov			
		Positivo para espectro bipolar	Hipomanía
<b>N</b>		36	36
<b>Parametros normales <sup>ab</sup></b>	<b>Media</b>	1.69	50.43
	<b>Desviación estándar</b>	0.467	21.289
<b>Máximas diferencias extremas</b>	<b>Absoluto</b>	0.438	0.122
	<b>Positivo</b>	0.257	0.122
	<b>Negativo</b>	-0.438	-0.73
<b>Estadístico de prueba</b>		0.438	0.122
<b>Sig. Asintótica (bilateral)</b>		0	0.195

a La distribución de la muestra es normal

b Se calcula a partir de datos

Se evaluó la potencial correlación entre la hipomanía con el trastorno bipolar tipo II, mediante la correlación de Pearson (paramétrica) donde se obtuvo correlación de .516 por lo que existe una relación positiva.

Correlación de Pearson			
		Positivo para espectro bipolar	Hipomanía
Positivo para espectro bipolar	Correlación de Pearson	1	.516**
	Sig. (bilateral)		0.001
	N	36	36
Hipomanía	Correlación de Pearson	.516**	1
	Sig. (bilateral)	0.001	
	N	36	36

\*\*Positiva en el nivel 0.01 (bilateral)

\* Positiva en el nivel 0.05 (bilateral)

En la correlación de Spearman (no paramétrica) se obtuvo un coeficiente de correlación de .527, por lo que existe una relación positiva.

Rho de Spearman			
		Positivo para espectro bipolar	Hipomanía
Positivo para espectro bipolar	Coeficiente de correlación	1	0.527**
	Sig. (bilateral)		0.001
	N	36	36
Hipomanía	Coeficiente de correlación	.527**	1
	Sig. (bilateral)	0.001	
	N	36	36

\*\*Positiva en el nivel 0.01 (bilateral)

\* Positiva en el nivel 0.05 (bilateral)

## DISCUSIÓN

Dentro de las variables sociodemográficas que se evaluaron, tales como la edad, ocupación y el nivel de escolaridad, estas fueron similares a lo descrito en la literatura médica para el trastorno bipolar y trastorno límite de personalidad, respectivamente.

La población hospitalaria de la unidad donde se realizó este protocolo mostró mayor número de casos de trastorno límite de personalidad en pacientes del sexo femenino a comparación del masculino, lo que es concordante con lo observado en poblaciones de clínicas ambulatorias psiquiátricas; sin embargo en cuanto a la proporción descrita es de 3:1 y en este estudio fue de 10:1. En el caso de pacientes con trastorno bipolar tipo II también fue más frecuente en mujeres, tal como ha sido descrito en estudios previos.



En el presente estudio se encontró que la frecuencia de comorbilidad de trastorno límite de personalidad y trastorno bipolar tipo II fue de 33.3%, lo cual es compatible con lo reportado previamente por G. Gunderson, et al (2018) donde se observó que estaba presente hasta en un 37.7%.

En relación al sobre diagnóstico de trastorno bipolar tipo II se logró establecer de forma clínica en una frecuencia de 3 (8.3%); se eligió que se estableciera de esta forma; ya que existieron limitaciones metodológicas para encontrar algún instrumento validado que estableciera la presencia de sobre diagnóstico; sin embargo logramos identificar aquellos a quienes por expediente clínico habían recibido el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II en algún momento de la evolución de su cuadro afectivo y se les aplicaron los criterios de trastorno del espectro bipolar los cuales fueron negativos y no integraron un cuadro de hipomanía ni por instrumento ni por temporalidad.

Tal como describió Ghaemi (1999) existió una mala respuesta terapéutica a los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en los pacientes con trastorno límite de personalidad comórbido con trastorno bipolar II.

Identificamos una asociación positiva entre la presencia de hipomanía y el trastorno bipolar tipo II a través de métodos paramétricos y no paramétricos; aunque esta correlación no tuvo una significancia lo bastante representativa.

No se logró establecer la relación entre las conductas impulsivas y la presencia de comorbilidad de trastorno bipolar tipo II y trastorno límite de la personalidad; ya que en el modelo propuesto el tamaño de muestra no logró una relevancia estadística; sin embargo, logramos identificar que la conducta impulsiva es frecuente en pacientes con ambas condiciones tal como lo describen McDermid J. et al, (2015).

En este estudio la principal limitación fue el tamaño de muestra, pues al ser pequeña no se lograron establecer datos con significancia estadística; lo que da pauta en el futuro a continuar esta línea de investigación y robustecer el número de participantes.

Otras limitaciones a las que nos enfrentamos fueron las mismas que otros autores, como Adán McDermid, Gordon Parker y Joel Paris en 2019 experimentaron, como lo es la poca existencia de estudios específicos donde se evaluó solo la presencia del trastorno bipolar tipo II; ya que la mayoría de los estudios de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad abarcan todos los subtipos de trastorno bipolar.

## **CONCLUSIONES**

Este protocolo de investigación tuvo como objetivo principal cuantificar la frecuencia del sobre diagnóstico y comorbilidad del trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar tipo II en esta unidad médica, lo cual se logró a cabalidad, encontrando una frecuencia del 8.3% y 33.3% respectivamente.

Se integró exitosamente el diagnóstico de trastorno bipolar II mediante los criterios de espectro bipolar de Ghaemi y la lista de Síntomas de Hipomanía-32, demostrando que ambos son instrumentos clínicos son válidos y útiles para realizar dicho diagnóstico.

Es necesario aumentar la investigación clínica del trastorno bipolar tipo II como una entidad clínica independiente del trastorno bipolar tipo I; así como diseñar instrumentos diagnósticos que identifiquen oportunamente la presencia de comorbilidad con trastorno límite de personalidad para poder otorgar el manejo farmacológico adecuado a cada caso.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									
Mes	dic-22	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23
ACTIVIDAD									
Tema									
Asesor									
Delimitación del tema									
Antecedentes									
Planteamiento del problema									
Justificación									
Objetivos de la investigación									
Bibliografía									
Marco teórico									
Protocolo									
Hipótesis									
Autorización por comité CEI y CLIS									
Recolección de datos									
Capítulos									
Resultados									
Análisis de los datos									
Conclusiones									
Resumen									
Agradecimientos									
Impresión									

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eduard Vieta, Michael Berk *et al.* *Bipolar Disorders*. NATURE REVIEWS: DISEASE PRIMERS. 2018; 4 (18008): 1-16.
2. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, *et al.* *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication*. Arch Gen Psychiatry. 2007 May;64(5):543-52. [Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2007 Sep;64(9):1039.]
3. Cerimele J.M, Chwastiak L.A, Dodson S, *et al.* *The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review*. Gen Hosp Psychiatry. 2014 Jan-Feb;36(1):19-25.
4. Oldis, M. *et al.* *Trajectory and predictors of quality of life in first episode psychotic mania*. J. Affect. Disord. 2016; 195:148–155.
5. MD, Ph.D., Joseph Firth, PhD & Eduard Vieta, MD, Ph.D. *Bipolar Disorder*. N Engl J Med. 2020; 383:58-66.
6. Priebe, L. *et al.* *Genome-wide survey implicates the influence of copy number variants (CNVs) in the development of early-onset bipolar disorder*. Mol. Psychiatry, 2012; 17: 421–432.
7. Bortolato, B. *et al.* *Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses*. Bipolar Disord. 2017; 19: 84–96.
8. Konopaske, G. T., Lange, N., Coyle, J. T. & Benes, F. M. *Prefrontal cortical dendritic spine pathology in schizophrenia and bipolar disorder*. JAMA Psychiatry, 2014, 71:1323–133.
9. Hibar, D. P. *et al.* *Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group*. Mol. Psychiatry 2017; [doi.org/10.1038/mp.2017.73](https://doi.org/10.1038/mp.2017.73).
10. Berk, M. *et al.* *Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors*. Neurosci. Biobehav. Rev, 2011; **35**: 804–817.

11. Grande, I. *et al.* *Staging bipolar disorder: clinical, biochemical, and functional correlates.* Acta Psychiatr. Scand. 2014; **129**: 437–444.
12. Trisha Suppes, MD, PhD. *Bipolar disorder in adults: Clinical features.* UpToDate[Internet]; abril 2022 [consultado 08 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features>.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
14. Cullen, B. *et al.* *Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: A systematic review.* J. Affect. Disord. 2016; 205: 165–181.
15. Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. *Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized?* J Affect Disord. 1999 Jan-Mar;52(1-3):135-44. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00076-7. PMID: 10357026.
16. N. Dusi, V. De Carlo, G. Delvecchio, M Bellani, J.C. Soares, P. Brambilla. *MRI features of clinical outcome in bipolar disorder,* Journal of Affective Disorders, 2019; 243: 559-563, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.066> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718309133>).
17. Qiu F, Akiskal HS, Kelsoe JR, Greenwood TA. *Factor analysis of temperament and personality traits in bipolar patients: Correlates with comorbidity and disorder severity.* J Affective Disord 2017; 207:282-290.
18. Hagop S. Akiskal, Olavo Pinto. *The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, and IV,* Psychiatric Clinics of North America, 1999; 22(3): 517-534. ISSN 0193-953X, [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70093-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70093-9).
19. Ghaemi SN, Dalley S. *The bipolar spectrum: Conceptions and misconceptions.* Aust New Zealand J Psychiatry 2014;48(4):314-324.
20. Ghaemi SN, Angst J, Vohringer PA, Youngstrom EA, Phelps J, Mitchell PB, McIntyre RS, Bauer M, Vieta E, Gershon S. *Clinical research diagnostic criteria for bipolar illness (CRDC-BP): rationale and validity.* Int J Bipolar Disord. 2022

- Oct 13;10(1):23. doi: 10.1186/s40345-022-00267-3. PMID: 36227452; PMCID: PMC9561456.
21. Garza Guerra AJ, Adame Rocha GH, Rodríguez Lara FJ. *Clinical differences between bipolar disorder and borderline personality disorder: a case report*. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2022 Oct-Dec;51(4):330-334. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcpeng.2020.12.007. Epub 2022 Nov 25. PMID: 36443209.
22. Gunderson, Sabine C. Herpertz, Andrew E. Skodol, Sverre Torgersen and Mary C. Zanarini. *Borderline personality disorder*. Primer Nature Disease. 2018;4(18029):1–20.
23. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire*. Am J Psychiatry. 2000 Nov;157(11):1873-5.
24. Witt, SH et al. *El estudio de asociación del genoma completo del trastorno límite de la personalidad revela una superposición genética con el trastorno bipolar, la depresión mayor y la esquizofrenia*. Transl Psychiatry, 2017;7:1155-6.
25. Brady RO, Keshavan M. *Emergent treatments based on the pathophysiology of bipolar disorder: A selective review*. Asian J Psychiatr. 2015 Dec; 18:15-21. doi: 10.1016/j.ajp.2015.07.017. Epub 2015 Sep 28. PMID: 26525885; PMCID: PMC4745256.
26. Paris J, Black DW. *Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter?* J Nerv Ment Dis. 2015 Jan;203(1):3-7. doi: 10.1097/NMD.0000000000000225. PMID: 25536097
27. Torales J, Navarro R. *Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico*. An Univ. Nac Asunción [Internet]. 2019 [citado el 28 de febrero de 2023];52(1):59–62. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-89492019000100059](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492019000100059)
28. Bayes A, Parker G, Paris J. *Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder*. Curr Psychiatry Rep. 2019 Nov 20;21(12):125. doi: 10.1007/s11920-019-1120-2. PMID: 31749106.

29. Mackinnon DF, Pies R. *Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders*. *Bipolar Disord* [Internet]. 2006;8(1):1–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00283.x>
30. Frías Á, Baltasar I, Birmaher B. *Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact*. *J Affect Disord*. 2016 Sep 15; 202:210-9. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.048. Epub 2016 May 30. PMID: 27267293.
31. Ghaemi SN, Miller CJ, Bery DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensibilidad y especificidad de una nueva escala diagnóstica de espectro bipolar, *J. Affect Disord* 2005; 84: 273-277.
32. Gamma A, Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Young AH. Transcultural validity of the Hypomania Checklist-32 (HCL-32) in patients with major depressive episodes. *Bipolar Disord*. 2013 Sep;15(6):701-12. doi: 10.1111/bdi.12101. Epub 2013 Jul 12. PMID: 23848428.
33. Jones, G.H., Rong, C., Shariq, A.S., Mishra, A., Machado-Vieira, R. (2020). Intracellular Signaling Cascades in Bipolar Disorder. In: Young, A.H., Juruena, M.F. (eds) *Bipolar Disorder: From Neuroscience to Treatment*. Current Topics in Behavioral Neurosciences, vol 48. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2020\\_157](https://doi.org/10.1007/7854_2020_157)
34. Markus J. Rantala, Severi Luoto, Javier I. Borraz-León, Indrikis Krams. Bipolar disorder: An evolutionary psychoneuroimmunological approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2021;28–37.
35. McDermid J, Sareen J, El-Gabalawy R, Pagura J, Spiwak R, Enns MW. Comorbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Compr Psychiatry*. 2015 Apr; 58:18-28. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.01.004. Epub 2015 Jan 21. PMID: 25666748.

# ANEXOS

## 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del protocolo:

**FRECUENCIA DEL SOBRE DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD CON ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA HÉCTOR TOVAR ACOSTA**

Lugar y fecha

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

R-2023-3601-096

Se le invita a participar en este estudio que tiene como objetivo identificar la presencia de trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar tipo II de forma conjunta o bien un sobre diagnóstico de trastorno bipolar tipo II, de esta forma otorgar el tratamiento farmacológico adecuado según sea el caso.

Si acepta participar, el entrevistador le entregará esta hoja de consentimiento informado para que la firme. Si decide no participar no afectará los cuidados, atención o tratamiento que recibe.

Procedimientos:

El estudio constará en realizar las siguientes evaluaciones:

Evaluación clínica realizada por un psiquiatra y aplicación de 2 pruebas clinimétricas. 1 hetero aplicada: **Criterios de espectro bipolar Ghaemi** y 1 auto aplicada: **Listado de Síntomas de Hipomanía-32**. La aplicación de las pruebas tendrá un tiempo estimado de 40 a 50 min.

Para efectuar estas pruebas, se requerirá acudir a admisión continua, a la consulta externa de psicología o ser parte del grupo de atención a pacientes con trastorno de personalidad límite "Primeros auxilios emocionales".

Posibles riesgos y molestias

1. La aplicación de pruebas psicológicas en ocasiones puede ser aburrida y abrumadora para el paciente, incluso puede generar incomodidad, estrés o ansiedad, por lo que al contestar los instrumentos se tomará un tiempo necesario entre prueba y prueba de ser necesario. De igual manera si no desea continuar las pruebas ese mismo día, será posible re agendar una valoración para continuar con el procedimiento.

2. Recuerde que usted puede suspender la participación del estudio cuando lo desee

3. Este trabajo se considera de acuerdo a la clasificación en materia de investigación de la Secretaría de Salud como "Riesgo mínimo"

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio.

Se le darán todos los resultados de las evaluaciones mencionadas. En caso que se detecte un problema de salud (que no sea trastorno límite de personalidad) se le dará por escrito la información a fin de que su médico psiquiatra pueda darle el tratamiento o de acuerdo al caso, referirlo a consulta externa de Psiquiatría. En todo caso, usted seguirá siendo tratado en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta.

Por su participación no existirá compensación económica; aportará al conocimiento científico una mayor claridad sobre la existencia conjunta de trastorno límite de personalidad y trastorno bipolar tipo II.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados de las evaluaciones serán entregados a la psicóloga encargada de su atención en consulta externa o grupo "Primeros auxilios emocionales".

Participación o retiro:

La participación en este proyecto es completamente voluntaria. Si acepta participar y en el transcurso del protocolo desea retirarse, puede hacerlo sin afectar su esquema de tratamiento, la atención del médico tratante o cualquier otro servicio que el IMSS le otorga como derechohabiente. Gracias por leer esta información. Por favor pregunte al doctor en el estudio todas las dudas que tenga, para asegurar que entiende completamente los procedimientos que se harán si acepta participar.

Privacidad y confidencialidad:

Si usted acepta participar en este estudio, su expediente médico será revisado directamente por los investigadores para saber la evolución de su enfermedad y también puede ser revisado por el Comité de Ética para confirmar que el estudio se está llevando de manera correcta. La información recolectada durante el estudio será almacenada sin incluir su nombre, sólo el número de paciente correspondiente al estudio, es decir, solo los investigadores y el médico durante el estudio, sabrán que la información se relaciona a usted, sus datos personales serán resguardados durante 18 meses. Los resultados del estudio pueden ser publicados en la literatura médica, pero su identidad nunca será revelada.



Coloque una cruz (x) según el caso:

Pruebas de evaluación clinimétricas:

- NO autoriza que se realicen las pruebas clinimétricas  
 Sí autoriza que se realicen las pruebas clinimétricas

Beneficios al término del estudio:

Al término del estudio su participación contribuirá a realizar el correcto diagnóstico de trastorno bipolar II, así como la identificación de la comorbilidad entre ambas entidades para poder brindar el medicamento y las intervenciones psicológicas apropiadas para cada caso.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Carlos Hernández Vega, responsable del proyecto, médico adscrito al Hospital Regional de Psiquiatría Héctor Tovar Acosta, Tel. 55 56068323 ext. 21341 de 14:00 a 20:00. E-mail: chv2203@hotmail.com

Colaboradores:

Dra. Lucia Isabel Velázquez Padilla, residente de cuarto año de psiquiatría del CMN Siglo XXI - Hospital de Especialidades, Tel. 55-52526411, de 8:00 a 16:00 de lunes a viernes. E-mail: isabel.velazquezpadilla@outlook.es

Mta. Eréndira Orozco Zagal, colaboradora, Psicóloga clínica, adscrita al Hospital Regional de Psiquiatría Héctor Tovar Acosta. Teléfono: 55 56068323 Extensión 21352 de 14:00 a 20:00. E-mail: e.orozco.zagal@gmail.com

Este proyecto fue evaluado por el Comité Nacional de Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Avenida Cuauhtémoc 330, piso 4 de la Coordinación de Investigación, Colonia Doctores. México, CDMX, CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21784, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma del  
participante

Nombre y firma de quien  
obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, relación,  
dirección y firma

Testigo 2

Nombre, relación,  
dirección y firma

## 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

227

Instrumento de Tesis

### Instrumento de Tesis

Criterios de espectro bipolar de Ghaemi

Lista de Síntomas de Hipomanía (HCL 32)

\*Indica que la pregunta es obligatoria

1. Correo \*

\_\_\_\_\_

2. ¿Has firmado la carta de consentimiento informado? \*

La carta de consentimiento informado es un documento donde se te explica ampliamente el objetivo de tu participación en este protocolo de estudio, en el aceptas la realización de este cuestionario y se te informa que los resultados del mismo se te brindarán y se comunicarán a tu médico tratante en caso de encontrarse un diagnóstico adicional al que tienes actualmente.

Marca solo un óvalo.

Sí

3. Nombre (Empezando por apellidos) \*

\_\_\_\_\_

4. Edad \*

\_\_\_\_\_

27

Instrumento de Tesis

10. 2. Comparado con otras personas, ¿Cómo se siente usted habitualmente? Independientemente de cómo se encuentra hoy, por favor, indiquenos cómo se siente usted normalmente en comparación con otras personas marcando cuál de las afirmaciones siguientes le describen mejor.

Marca solo un óvalo.

- ...es siempre bastante estable y equilibrado  
 ...es generalmente superior  
 ...es generalmente inferior  
 ...repetidamente muestra alibajos

Por favor, trate de recordar un período en el que usted estuviera en un estado de ánimo elevado. ¿Cómo se sintió entonces?

Por favor, conteste todas estas afirmaciones independientemente de su estado actual.

En ese estado:

11. 1. Necesito dormir menos \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

12. 2. Me siento con más energía y más activo/a \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

16/8/23, 12/27

Instrumento de Tesis

5. Sexo \*

Marca solo un óvalo.

- Mujer  
 Hombre

6. Género \*

Marca solo un óvalo.

- Femenino  
 Masculino  
 Otra

7. Ocupación \*

Marca solo un óvalo.

- Estudiante  
 Encargad@ del hogar  
 Emplead@  
 Desemplead@  
 Otro: \_\_\_\_\_

16/8/23, 12/27

Instrumento de Tesis

13. 3. Me siento más seguro/a de mí mismo/a \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

14. 4. Disfruto más de mi trabajo \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

15. 5. Soy más sociable (hago más llamadas telefónicas, salgo más) \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

16. 6. Quiero viajar y viajar más \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

16/8/23, 12/27

Instrumento de Tesis

8. Escolaridad \*

Marca solo un óvalo.

- Primaria completa  
 Secundaria completa  
 Bachillerato completo  
 Licenciatura completa  
 Maestría o posgrado

Lista de síntomas de hipomanía

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de energía, actividad y estado de ánimo (alibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los períodos de estado de ánimo elevado.

9. 1. En primer lugar, indique cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual:

Selecciona todos los que correspondan.

- Mucho peor que de costumbre  
 Peor que de costumbre  
 Un poco peor que de costumbre  
 Ni mejor ni peor que de costumbre  
 Un poco mejor que de costumbre  
 Mejor que de costumbre  
 Mucho mejor que de costumbre

16/8/23, 12/27

Instrumento de Tesis

17. 7. Suelo conducir más rápido o de forma más arriesgada \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

18. 8. Gasto más/demasiado dinero \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

19. 9. Me arriesgo más en mi vida diaria (en mi trabajo y/u otras actividades) \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

20. 10. Físicamente estoy más activo/a (deporte, etc.) \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

21. 11. Planeo más actividades o proyectos \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

25. 15. Quiero quedar y, de hecho, quedo con más gente \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

29. 19. Pienso más deprisa \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

22. 12. Tengo más ideas, soy más creativo/a \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

26. 16. Estoy más interesado/a en el sexo y/o tengo un mayor deseo sexual \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

30. 20. Bromeo más o hago más juegos de palabras cuando hablo \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

23. 13. Soy menos tímido/a o inhibido/a \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

27. 17. Flirteo más y/o soy más activo/a sexualmente \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

31. 21. Me distraigo más fácilmente \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

24. 14. Llevo ropa / maquillaje más llamativo y extravagante \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

28. 18. Hablo más \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

32. 22. Me embarco en muchas cosas nuevas \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

33. 23. Mis pensamientos saltan de un tema a otro \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

37. 27. Me meto en más broncas \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

41. 31. Bebo más alcohol \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

34. 24. Hago las cosas más rápidamente y/o más fácilmente \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

38. 28. Mi estado de ánimo es más elevado, más optimista \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

42. 32. Tomo más fármacos (tranquilizantes, ansiolíticos, estimulantes, etc.) \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

35. 25. Estoy más impaciente y/o me irrito más fácilmente \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

39. 29. Tomo más café \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

43. RESULTADOS \*

Selecciona todos los que correspondan.

- >14 ítems Hipomanía  
 <14 ítems sin hipomanía

36. 26. Puedo ser agotador/a o irritante para los demás \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

40. 30. Fumo más cigarrillos \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

44. Las preguntas anteriores, que caracterizan un período de estado de ánimo elevado, ¿describen cómo es usted...? (Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Selecciona todos los que correspondan.

- ...algunas veces? Si marca esta casilla, por favor, responda a todas las preguntas de la 5 a la 9  
 ...la mayor parte del tiempo? Si marca esta casilla, por favor, responda sólo a las preguntas 5 y 6  
 Nunca he experimentado un estado de ánimo de este tipo. Si marca esta casilla, por favor, no continúe respondiendo al cuestionario

45. Consecuencias de sus períodos de euforia en varios aspectos de su vida. \*

Selecciona todos los que correspondan.

	Positivas y negativas	Positivas	Negativas	Sin consecuencias
Vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Reacciones y comentarios de otras personas acerca de sus estados de ánimo elevado. \*

¿Cómo fueron las reacciones o comentarios de las personas cercanas a usted sobre sus períodos de estado de ánimo elevado?

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Selecciona todos los que correspondan.

- Positivas (animando o apoyando)  
 Neutras  
 Negativas (preocupación, molestia, irritación, crítica)  
 Positivas y negativas  
 Ninguna reacción

55. 2. Episodios depresivos mayores recurrentes (más de 3). \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

56. 3. Episodios depresivos mayores breves (promedio, 3 meses de duración). \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

57. 4. Síntomas depresivos atípicos. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

58. 5. Episodios depresivos mayores con síntomas psicóticos. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

47. La duración de sus períodos de estado de ánimo elevado por norma general (por término medio) es de... (Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Marca solo un óvalo.

- 1 día  
 2-3 días  
 4-7 días  
 Más de una semana  
 Más de un mes  
 No sabría valorarla / no lo sé

48. ¿En los últimos 12 meses ha experimentado un período de estado de ánimo elevado? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

49. En caso afirmativo, por favor, estime cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses. \*

\_\_\_\_\_

Criterios de Espectro bipolar de Ghaemi

50. A. Presenta antecedente de al menos 1 episodio depresivo mayor. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

59. 6. Primer episodio depresivo mayor antes de los 25 años de edad. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

60. 7. Episodio depresivo post parto. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

61. 8. Falta de eficacia del tratamiento con antidepresivos (respuesta en agudo, pero ausencia de eficacia en fase de mantenimiento). \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

62. 9. Falta de respuesta a tratamiento con 3 o más antidepresivos. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

Interpretación: Positivo para espectro bipolar si alguna de las siguientes combinaciones:

Criterio A + Criterio B + Ítem 1 y 2 del criterio C + Al menos 1 ítem del criterio D

Criterio A + Criterio B+ Ítem 1 o 2 del criterio C+ Al menos 2 ítems del criterio D

Criterio A + Criterio B + Al menos 6 ítems del criterio D

51. B. Presenta episodios maníacos o hipomaníacos no espontáneos (secundarios). \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

C. Presenta 1 de los siguientes ítems, más al menos 2 ítems del criterio D o; ambos de los siguientes ítems más al menos 1 de los ítems del criterio D.

52. 1. Antecedente de trastorno bipolar en familiar de primer grado. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

53. 2. Manía o hipomanía inducida por antidepresivos. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

D. Si no cumple criterios del ítem C, son necesarios al menos 6 de los siguientes:

54. 1. Personalidad hipértimica (fuera de episodios). \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

63. POSITIVO PARA ESPECTRO BIPOLAR

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

### 3. LISTADO DE SÍNTOMAS DE HIPOMANÍA-32 (HCL-32)

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de energía, actividad y estado de ánimo (altibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los períodos de estado de ánimo elevado.

**1. En primer lugar, indique cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual:**

*(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)*

<i>Mucho peor que de costumbre</i>	<i>Peor que de costumbre</i>	<i>Un poco peor que de costumbre</i>	<i>Ni mejor ni peor que de costumbre</i>	<i>Un poco mejor que de costumbre</i>	<i>Mejor que de costumbre</i>	<i>Mucho mejor que de costumbre</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Comparado con otras personas, ¿cómo se siente usted habitualmente?**

**Independientemente de cómo se encuentra hoy, por favor, indíquenos cómo se siente usted normalmente en comparación con otras personas marcando cuál de las afirmaciones siguientes le describen mejor.**

En comparación con otras personas mi nivel de actividad, energía y estado de ánimo...

*(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)*

<i>...es siempre bastante estable y equilibrado</i>	<i>...es generalmente superior</i>	<i>...es generalmente inferior</i>	<i>...repetidamente muestra altibajos</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Por favor, trate de recordar un periodo en el que usted estuviera en un estado de ánimo elevado. ¿Cómo se sintió entonces? Por favor, conteste todas estas afirmaciones independientemente de su estado actual.**

En ese estado:

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. Necesito dormir menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento con más energía y más activo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento más seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disfruto más de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Soy más sociable (hago más llamadas telefónicas, salgo más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quiero viajar y viajo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Suelo conducir más rápido o de forma más arriesgada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gasto más/demasiado dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me arriesgo más en mi vida diaria (en mi trabajo y/u otras actividades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fisicamente estoy más activo/a (deporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planeo más actividades o proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tengo más ideas, soy más creativo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Soy menos tímido/a o inhibido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Llevo ropa / maquillaje más llamativo y extravagante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quiero quedar y, de hecho, quedo con más gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Estoy más interesado/a en el sexo y/o tengo un mayor deseo sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Flirteo más y/o soy más activo/a sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hablo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Pienso más deprisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bromeo más o hago más juegos de palabras cuando hablo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me distraigo más fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me embarco en muchas cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mis pensamientos saltan de un tema a otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hago las cosas más rápidamente y/o más fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Estoy más impaciente y/o me irrito más fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Puedo ser agotador/a o irritante para los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Me meto en más broncas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mi estado de ánimo es más elevado, más optimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Tomo más café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Fumo más cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Bebo más alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tomo más fármacos (tranquilizantes, ansiolíticos, estimulantes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Las preguntas anteriores, que caracterizan un período de estado de ánimo elevado, ¿describen cómo es usted...**  
(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

- ...algunas veces?  Si marca esta casilla, por favor, responda a todas las preguntas de la 5 a la 9
- ...la mayor parte del tiempo?  Si marca esta casilla, por favor, responda sólo a las preguntas 5 y 6
- Nunca he experimentado un estado de ánimo elevado de este tipo  Si marca esta casilla, por favor, no continúe respondiendo al cuestionario

**5. Consecuencias de sus períodos de euforia en varios aspectos de su vida.**

	Positivas y negativas	Positivas	Negativas	Sin consecuencias
Vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Reacciones y comentarios de otras personas acerca de sus estados de ánimo elevado.**  
¿Cómo fueron las reacciones o comentarios de las personas cercanas a usted sobre sus períodos de estado de ánimo elevado?  
(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Positivas (animando o apoyando)	Neutras	Negativas (preocupación, molestia, irritación, crítica)	Positivas y negativas	Ninguna reacción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. La duración de sus períodos de estado de ánimo elevado por norma general (por término medio) es de...**  
(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

- 1 día     2-3 días     4-7 días     Más de 1 semana     Más de 1 mes     No sabría valorarla / no lo sé

**8. ¿En los últimos 12 meses ha experimentado un período de estado de ánimo elevado?**

- Sí     No

**9. En caso afirmativo, por favor, estime cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses.**

En conjunto: unos \_\_\_\_ días

#### 4. CRITERIOS DE ESPECTRO BIPOLAR DE GHAEMI

##### Crterios de espectro bipolar (N. Ghaemi).

<b>A.</b>	Presenta antecedente de al menos 1 episodio depresivo mayor.	SI	NO
<b>B.</b>	Presenta episodios maníacos o hipomaníacos no espontáneos ( secundarios).	SI	NO
<b>C.</b>	Presenta 1 de los siguientes ítems, más al menos 2 ítems del criterio D o; ambos de los siguientes ítems más al menos 1 de los ítems del criterio D.		
1.	Antecedente de trastorno bipolar en familiar de primer grado.	SI	NO
2.	Manía o hipomanía inducida por antidepresivos.	SI	NO
<b>D.</b>	Si no cumple criterios del ítem C, son necesarios al menos 6 de los siguientes:		
1.	Personalidad hipertímica (fuera de episodios).	SI	NO
2.	Episodios depresivos mayores recurrentes (más de 3).	SI	NO
3.	Episodios depresivos mayores breves (promedio, 3 meses de duración).	SI	NO
4.	Síntomas depresivos atípicos.	SI	NO
5.	Episodios depresivos mayores con síntomas psicóticos.	SI	NO
6.	Primer episodio depresivo mayor antes de los 25 años de edad.	SI	NO
7.	Episodio depresivo post parto.	SI	NO
8.	Falta de eficacia del tratamiento con antidepresivos (respuesta en agudo, pero ausencia de eficacia en fase de mantenimiento).	SI	NO
9.	Falta de respuesta a tratamiento con 3 o más antidepresivos.	SI	NO

**Interpretación:** Positivo para espectro bipolar si *alguna* de las siguientes combinaciones:

Criterio A	Criterio B	Ítem 1 y 2 del criterio C	Al menos <b>1 ítem</b> del criterio D
------------	------------	---------------------------	---------------------------------------

Criterio A	Criterio B	Ítem 1 o 2 del criterio C	Al menos <b>2 ítems</b> del criterio D
------------	------------	---------------------------	--

Criterio A	Criterio B	Al menos <b>6 ítems</b> del criterio D
------------	------------	--

**Resultado:** *Positivo* para espectro bipolar  *Negativo* para espectro bipolar

Tabla 1. Características del episodio maniaco, hipomaniaco y depresivo

	Manía	Hipomanía	Depresión
Tiempo	Al menos 7 días.	Al menos 4 días consecutivos.	Al menos dos semanas.
Características principales	<p>Ánimo elevado, expansivo o irritable más tres o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoestima inflada o grandiosidad.</li> <li>2. Disminución de la necesidad de dormir.</li> <li>3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.</li> <li>4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva que los pensamientos se precipitan.</li> <li>5. Distracción</li> <li>6. Aumento de la actividad intencionada a un objeto o agitación psicomotriz.</li> <li>7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas.</li> </ol>	<p>Alteración del estado de ánimo más tres o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoestima inflada o grandiosidad.</li> <li>2. Disminución de la necesidad de dormir.</li> <li>3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.</li> <li>4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva que los pensamientos se precipitan.</li> <li>5. Distracción</li> <li>6. Aumento de la actividad intencionada a un objeto o agitación psicomotriz</li> <li>7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas.</li> </ol>	<p>Estado de ánimo deprimido o anhedonia más cinco (o más) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo deprimido</li> <li>2. Interés o placer marcadamente disminuidos.</li> <li>3. Pérdida o aumento de peso (cambio de más del 5 % en un mes), o disminución o aumento del apetito.</li> <li>4. Insomnio o hipersomnia</li> <li>5. Agitación o retraso psicomotor.</li> <li>6. Fatiga o pérdida de energía.</li> <li>7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse</li> <li>9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.</li> </ol>
	Funcionalidad	Suficientemente grave como para causar un deterioro en la funcionalidad o para requerir hospitalización o hay características psicóticas.	Hay un cambio en el comportamiento previo que es observable por otros, no es lo suficientemente grave para afectar la funcionalidad y no hay síntomas psicóticos.
Excluyentes	No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.		

Tabla 1 Características del episodio maniaco, hipomaniaco y depresivo

Adaptado de: APA 2013; ref. 13.



**Tabla 2. Clasificación clínica de la enfermedad bipolar.**

Tipo	Descripción
½	Esquizoafectivo
I	Manía completa
I ½	Depresión con hipomanía prolongada
II	Depresión con hipomanía
II ½	Depresiones ciclotímicas
III	Hipomanía asociada a antidepresivos
III ½	Bipolaridad enmascarada por el abuso de estimulantes
IV	Depresión hipertímica

Adaptado de: Akiskal y Pinto 1999; ref. 18.

**Tabla 3. Criterios de Ghaemi Espectro bipolar**

A. Presenta antecedente de al menos 1 episodio depresivo mayor.
B. Presenta episodios maníacos o hipomaníacos no espontáneos (secundarios).
C. Presenta 1 de los siguientes ítems, más al menos 2 ítems del criterio D o; ambos de los siguientes ítems más al menos 1 de los ítems del criterio D.
1. Antecedente de trastorno bipolar en familiar de primer grado.
2. Manía o hipomanía inducida por antidepresivos.
Adaptado de: APA 2013; ref. 13.
1. Personalidad hipertímica (fuera de episodios)
2. Episodios depresivos mayores recurrentes (más de 3)
3. Episodios depresivos mayores breves (promedio, 3 meses de duración).
4. Síntomas depresivos atípicos.
5. Episodios depresivos mayores con síntomas psicóticos.
6. Primer episodio depresivo mayor antes de los 25 años de edad.
7. Episodio depresivo post-parto.
8. Falta de eficacia del tratamiento con antidepresivos (respuesta en agudo, pero ausencia de eficacia en fase de mantenimiento).
9. Falta de respuesta a tratamiento con 3 o más antidepresivos.

Adaptado de Ghaemi 2003; ref. 20.

**Tabla 4. Fenotipo clínico Trastorno límite de personalidad**

<b>Inestabilidad interpersonal</b>	<b>Trastornos cognitivos y de la autopercepción</b>	<b>Desregulación emocional</b>	<b>Alteraciones conductuales</b>
Evitar el abandono	Ideas paranoicas	Inestabilidad afectiva	Impulsividad
Relaciones personales inestables e intensas	Alteraciones de la identidad	Sentimientos de vacío	Comportamientos suicidas y autolesivos
	Síntomas disociativos	Ira	

Adaptado de *Nature Primer Borderline Personality disorder* 2018; ref. 22.

**Tabla 5. Criterios diagnósticos de Trastorno límite de personalidad (Según la Asociación Psiquiátrica Americana)**

Se requieren cinco o más de los siguientes nueve criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5)
1. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por alternar entre los extremos de idealización y desvalorización.
3. Autoimagen marcada y persistentemente inestable o sentido de sí mismo (perturbación de la identidad).
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para uno mismo (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria o atracones de comida).
5. Comportamiento, gestos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas pocas horas y rara vez duran más de unos pocos días).
7. Una sensación crónica de vacío.
8. Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar la ira (por ejemplo, demostraciones frecuentes de mal genio, ira constante o peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Adaptado de: APA 2013; ref. 13.

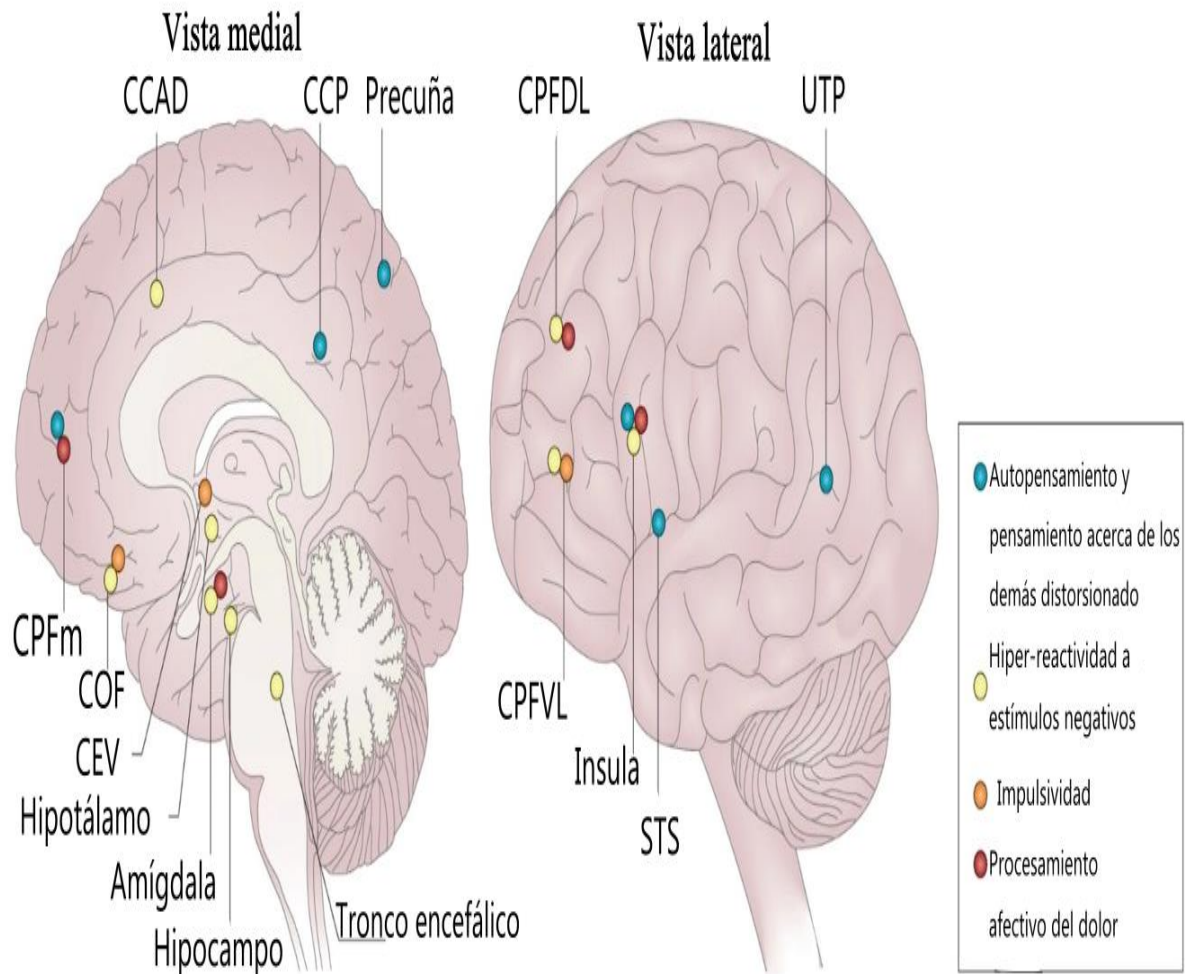
**Tabla 6. Diferencias clínicas Trastorno bipolar II y Trastorno límite de personalidad**

Crterios	Trastorno bipolar II	Trastorno límite de personalidad
Heredabilidad	80% parientes de primer grado bipolares o unipolares.	Parientes de primer grado con trastorno del control de impulsos o depresión unipolar.
Edad de inicio	12 - 30 años.	Sin edad de inicio específica.
Curso	Crónico no remite con la edad y tiende a empeorar con el tiempo.	Los síntomas mejoran en adultos de mediana edad.
Depresión	Tener rasgos atípicos, melancólicos, con agitación, sintomatología mixta, baja autoestima y autocrítica.	Depresivos no melancólicos, reactivos, con sentimientos de vacío, incoherencia dolorosa y una experiencia subjetiva aumentada
El suicidio y autolesiones	Frecuente.	Muy frecuente.
Hipomanía	Presente.	Ausente.
Etiología de los episodios depresivos	Autónomos y carecen de un contexto interpersonal.	Reactivos a los problemas interpersonales, como la frustración o la sensación de abandono.
Inestabilidad afectiva	Cambios episódicos generados internamente entre la eutimia, la euforia y la depresión.	Cambios breves, intensos y reactivos entre la eutimia, la ansiedad, la ira y la depresión.
Impulsividad	Aparece durante episodios de hipomanía.	Presente a lo largo del curso.
Síntomas psicóticos y disociativos	Presente en episodios maníacos y son congruentes con el estado de ánimo en hasta el 45 %	Síntomas disociativos transitorios e ideación paranoide.
Trauma infantil	50%	60-80%
Identidad	Estable durante la eutimia, devaluada o grandiosa según el episodio.	Sentido fragmentado del yo y pérdida de identidad.
Relaciones interpersonales	Estables durante la eutimia.	Inestables e intensas, con tendencia a la idealización, la devaluación y el miedo al rechazo.
Temperamentos	Ciclotímico e irritable.	Ciclotímico e irritable.
Comorbilidad	Trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos de personalidad.	Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos por uso de sustancias y trastornos alimentarios.
Tratamiento farmacológico	Estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos y en ocasiones antidepressivos.	Durante períodos breves para aliviar los síntomas y es necesario algún tipo de psicoterapia.

Tomado de Revista Colombiana de Psiquiatría y adaptado por autor. Ref. 21

Figura 1: Alteraciones de circuitos cerebrales en Trastorno Límite de Personalidad

# Alteraciones de circuitos cerebrales en Trastorno Límite de Personalidad



CPFm: corteza prefrontal medial, COF: corteza orbito frontal, CEV: cuerpo estriado ventral, CCAD: Corteza cingulada anterior dorsal, CCP: Corteza cingulada posterior  
CPFVL: Corteza prefrontal ventrolateral, STS: Surco temporal superior, CPFDL: Corteza prefrontal dorsolateral, UTP: Unión temporoparietal

Tomado y adaptado de: **Nature Primer Borderline Personality Disorder** 2018; ref. 22.