

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD  
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



TESIS DOCTORAL

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y TRASTORNOS AFECTIVOS:  
ELEMENTOS DIFERENCIALES.

María del Pilar Regalado González de Cossío  
Directores: Dr. Bernardo Moreno y Dra. Julia Sebastián Herranz

Madrid, 2014

## AGRADECIMIENTOS

---

Deseando que mi gratitud se despliegue mucho mas allá de este texto, me limito a plasmarla en escasas pero sentidas palabras.

Ante todo, agradezco a los pacientes que participaron en este proyecto compartiendo su experiencia a pesar de su dolor, encontrando en ello un aspecto solidario.

A los directores de la Fundación Foro para la Salud Mental, por las continuas oportunidades brindadas, por darme la libertad de explorar mis ideas y abrirme su centro para investigar.

Agradezco a Julia Sebastián, por sus actos de generosidad, persistentes a lo largo de los años, por siempre tenderme una mano y una sonrisa.

A Sergio Apfelbaum, por compartir su conocimiento e invitarme a participar en sus inquietudes, sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

A mis padres, quienes me enseñaron a trabajar incansablemente por lo que uno desea en la vida y por darme la libertad y el aliento para ir en busca de ello.

A Vanesa, por la forma en la que se empeña a ser, por garantizarme apoyo y compañerismo, y por inaugurar en mi vida un firme sostén.

Agradezco a la vida y cómo se despliega. A la fuerza, al dolor y al empeño. A la valentía y la vergüenza, a la frustración y la impotencia. Al orgullo y su necesidad, a la desesperanza y su humildad. A la inspiración y la persistencia. Por ser cada uno ingredientes necesarios para atravesar este camino, por hacer de este proyecto una experiencia de vida que desborda de enseñanzas.

## **TABLA DE CONTENIDO**

---

### **MARCO TEÓRICO**

I.	INTRODUCCIÓN.	9
II.	CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.	15
	2.1. Clasificaciones categóricas.	19
	2.2. Propuesta de investigación.	21
III.	TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	23
	3.1. Genealogía.	24
	3.2. Evolución de la taxonomía.	26
	3.2.1. Modelo Dimensional de la Personalidad del DSM-V.	
	Nueva propuesta alternativa.	31
	3.3. Epidemiología.	38
IV.	TRASTORNOS AFECTIVOS.	41
	4.1. Genealogía.	42
	4.2. Evolución de la taxonomía.	48
	4.2.1. Clasificación diagnóstica del DSM-IV.	49
	4.2.2. Trastorno Depresivo Mayor.	49
	4.2.3. Trastorno Bipolar.	51
	4.2.4. Recientes modificaciones en los trastornos afectivos en el DSM-V.	57
	4.3. Epidemiología.	61
	4.3.1. Depresión.	62
	4.3.2. Trastorno Bipolar.	63

V.	CONFLICTOS DERIVADOS DE LA CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.	65
	5.1. Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad y trastornos afectivos.	69
	5.2. El trastorno límite de la personalidad como entidad nosológica.	71
	5.3. El trastorno límite de la personalidad como parte del espectro bipolar.	72
	5.3.1. El trastorno límite de la personalidad como subtipo de trastorno afectivo.	73
VI.	ELEMENTOS DIFERENCIALES.	77
	6.1. Temperamento afectivo.	78
	6.1.1. Tipos de temperamento afectivo.	80
	6.1.2. El temperamento y el ánimo.	82
	6.1.3. El temperamento afectivo, la personalidad y otros factores relacionados.	85
	6.2. Rasgos de la personalidad.	87
	6.3. El espectro bipolar.	89
	6.4. Síntomas relacionados.	95
VII.	EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO BIPOLAR: ¿COMORBILIDAD O ENTIDAD NOSOLÓGICA?	99
	7.1. La comorbilidad como entidad nosológica.	105

## **MARCO EMPÍRICO**

VIII.	INTRODUCCIÓN.	107
IX.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	109
X.	MÉTODO.	113
	10.1. Diseño.	113
	10.2. Variables.	113
	10.2.1. Variables Independientes.	113
	10.2.2. Variables Dependientes.	114
	10.2.3. Variables Contaminadoras.	117
	10.3. Sujetos.	118
	10.4. Procedimiento.	119
	10.4.1. Diseño de batería de evaluación.	120
	10.4.2. Proceso de inclusión.	121
	10.4.3. Entrevista diagnóstica.	122
	10.5. Instrumentos.	125
	10.5.1. Instrumentos de diagnóstico para eje I y II.	126
	10.5.2. Instrumentos para la evaluación del temperamento afectivo y rasgos de la personalidad.	130
	10.5.3. Instrumentos de evaluación del ciclo del ánimo.	133
	10.5.4. Instrumentos de evaluación de la bipolaridad.	135
	10.5.5. Evaluación de factores de severidad.	138
XI.	ANÁLISIS DE DATOS.	139
XII.	RESULTADOS.	141
	12.1. Caracterización de la muestra.	142

12.2.	Criterios de diagnóstico para el trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, depresión mayor y comorbilidad.	143
12.3.	Análisis descriptivo.	145
12.4.	Análisis de correlación.	149
	12.4.1. Correlaciones entre el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad y ánimo.	149
	12.4.2. Correlaciones entre factores de riesgo y variables de temperamento, personalidad y ánimo.	153
12.5.	Análisis bivariado.	156
	12.5.1. Características diferenciales del temperamento afectivo.	158
	12.5.2. Rasgos diferenciales de la personalidad.	162
	12.5.3. Síntomas diferenciales del espectro bipolar.	166
	12.5.4. Síntomas diferenciales del espectro del ánimo.	170
	12.5.5. Otros síntomas patológicos asociados.	173
	12.5.6. Diferencias por sexo y otras características sociodemográficas.	176
12.6.	Análisis multivariado.	180
	12.6.1. Factores de predicción para el grupo diagnóstico de la comorbilidad del Trastorno Bipolar y el Trastorno Límite de la Personalidad.	182
	12.6.2. Factores de predicción para el grupo diagnóstico Bipolar.	184
	12.6.3. Factores de predicción para el grupo de Depresión Mayor.	187
	12.6.4. Factores de predicción para el grupo diagnóstico	

Trastorno Límite de la Personalidad.	188
12.6.5. Elementos diferenciales con valor predictivo.	191
XIII. CONCLUSIONES.	193
XIV. DISCUSIÓN.	201
14.1. Implicaciones del análisis.	202
14.2. La comorbilidad como indicador de severidad clínica.	207
14.3. La comorbilidad como indicador de estadio avanzado del cuadro psicopatológico.	209
14.4. Evaluación topográfica y sistemática de la comorbilidad: Elementos diferenciales.	211
14.5. La comorbilidad como entidad nosológica.	214
XV. REFERENCIAS.	217
XVI. ANEXOS.	251
Anexo 1: Instrumentos de evaluación hetero-aplicados.	252
Anexo 2: Instrumentos de evaluación auto-aplicados.	280
Anexo 3: Consentimiento Informado.	300
Anexo 4: Lista de tablas, figuras y gráficos.	303

## MARCO TEÓRICO

---



## **I. INTRODUCCIÓN.**

La clasificación diagnóstica ha sido fuente de debate a lo largo de la historia del estudio en salud mental. Es posible que el conflicto se deba en gran medida a la falta de conocimiento científico sobre las causas de los trastornos. En las disciplinas de salud mental el diagnóstico se ha basado más en la fenomenología que en la etiología de los cuadros psicopatológicos. A falta de conocer el origen de un síndrome se recurre a la descripción y agrupación de los síntomas para comprenderlos, analizarlos y tratarlos. A pesar de la utilidad que ha tenido la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales, el desconocimiento sobre su origen y la base teórica de sus categorías continua siendo un punto de debate científico. La importancia de la falta de conocimiento etiológico es evidente tanto en la Psicología Clínica como en la Psiquiatría.

Desde la penúltima versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000), se decidió suplir el nombre “enfermedad” con el término “trastorno” para referirse a las afecciones mentales. Emil Kraepelin consideraba que el diagnóstico basado en la fenomenología era un paso intermedio válido hasta encontrar evidencia física, sin embargo, como señala Paris (2009), el “mientras tanto” ha durado más de un siglo. No obstante, mientras aspiramos a una mayor comprensión de los trastornos mentales, y por ende una mejor descripción de los mismos, contamos en el presente con una clasificación diagnóstica útil. La clasificación actual proporciona un mapa de la psicopatología, si bien no exacto, valioso para la orientación en el campo de la salud mental.

Por todo lo mencionado anteriormente, pulir los límites de los trastornos y reformar su clasificación diagnóstica continua siendo una tarea elemental en las disciplinas de salud mental. Al desconocer las causas, el estudio de los trastornos

mentales ha podido recurrir sólo a la descripción de síndromes, o conjunto de síntomas, que pueden o no tener causas en común. Desde la Psiquiatría se ha intentado establecer límites claros entre trastornos pero no siempre se ha logrado sin caer en recurrentes excepciones. Dentro de este contexto, la comorbilidad ha funcionado como un conciliador entre límites entrelazados, con síntomas que se solapan y que ponen a la taxonomía psicopatológica en constante cuestionamiento.

La taxonomía es la ciencia de clasificar u ordenar fenómenos de una forma sistemática. En el caso de la psicopatología nos referimos a la taxonomía de los trastornos mentales, a cómo son y han sido categorizados los grupos de síntomas en los principales manuales diagnósticos. Los sistemas de clasificación de enfermedades mentales más influyentes en Occidente son el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y la *Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), también conocido como *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE).

El DSM ha atravesado cinco cambios estructurales desde su inicio resultando en siete ediciones, cuatro de las cuales fueron capítulos (I, II, II, IV y V) y dos revisiones (III-R y IV-R) (APA, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013). La última edición y versión de referencia actual es el DSM-V (APA, 2013), recientemente publicado, después de más de 10 años de revisión. Las modificaciones esperadas para la próxima edición del manual de la CIE (CIE-11) se encuentran actualmente en revisión.

La CIE es la clasificación y codificación central de la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS. Abarca las enfermedades de salud en general y contiene un capítulo sobre enfermedades mentales en particular. La primera edición del manual de la CIE fue en 1893, pero es en el año 1948 que la OMS lo toma bajo su cargo. Su más

reciente edición es la CIE-10, publicada en 1992. Tanto el CIE como el DSM se basan en síndromes similares y en datos estadísticos. Incluso, los cambios realizados en sus ediciones no han presentado mayores discrepancias entre sí. Las más recientes versiones de ambos manuales comparten criterios de diagnóstico muy parecidos y continúan intentando asemejar ambos sistemas de clasificación lo más posible para aumentar concordancia.

La estructura multiaxial del DSM ha brindado utilidad en la aplicación clínica, docente y de investigación dentro de las disciplinas de salud mental. Es un instrumento que por su abordaje atórico, ha posibilitado la comunicación entre los especialistas de salud mental de distintas orientaciones de tipo teórico-práctico. La última versión del DSM (DSM-V; APA, 2013) es el resultado de trece grupos de trabajo de especialistas, cada uno integrado por más de cinco expertos y acompañados de 50 a 100 consejeros y grupos de consenso, basados en revisiones de literatura científica.

A pesar de que la categorización en ejes del DSM ha sido de gran utilidad también ha sido motivo de cuestionamiento. Los trastornos mentales se distribuyen en el eje I y II principalmente, representando patologías de estado y de rasgo, respectivamente. Sin embargo, la ocurrencia concomitante de ambos ejes se da tan a menudo que se cuestiona la división de los primeros dos. También se plantea un origen etiológico similar para diagnósticos categorizados en diferentes ejes.

Dentro de este marco polémico, la taxonomía del trastorno límite de la personalidad (TLP) ha sido producto de desacuerdo científico desde su introducción al DSM y a lo largo de su evolución, lo cual ha derivado en distintos argumentos sobre cómo clasificarlo. Históricamente, han sobresalido dos principales aproximaciones, la que describe la personalidad como dimensiones y la que la describe como categorías. La perspectiva dimensional coloca el foco en la frecuencia e intensidad de los factores o

síntomas presentes de la personalidad límite y la considera “trastorno” cuando hay un exceso de dichos síntomas. La aproximación categórica ha sido en origen atórica y se ha interesado en clasificar al TLP por su aparición fenomenológica. Con el fin de abordar esta limitación, la más reciente edición del DSM (V) ha introducido aspectos dimensionales dentro de la evaluación de un trastorno, sin embargo, la clasificación diagnóstica continua siendo categórica.

En la actualidad la taxonomía predominante en el campo de salud mental es la categórica, desde la cual se definen los trastornos como entidades nosológicas. Es decir, se reconoce la existencia de un trastorno si el cuadro manifiesta un conjunto de síntomas o factores y percibe la personalidad y sus trastornos como organizaciones específicas y clasificables en síndromes bien definidos. El problema es que no siempre se manifiestan los síndromes con cortes claros y bien definidos. Esto resulta en diagnósticos equivocados, diagnósticos diferenciales cuestionables o diagnósticos cambiantes a través del tiempo o de evaluaciones.

En la práctica clínica y en la literatura científica se tiende a paliar esta limitación utilizando la comorbilidad como parte del diagnóstico. La comorbilidad más controvertida posiblemente sea la de los trastornos de la personalidad con otros trastornos clínicos. En la comorbilidad de los trastornos de la personalidad en general se discute si la causa es perteneciente al desajuste de la personalidad producto de otro trastorno clínico o si el trastorno de la personalidad es una alteración mental en sí. Una de las comorbilidades más estudiadas en este aspecto es la del TLP con los trastornos del ánimo, particularmente por los conflictos y desacuerdos que continua ocasionando.

La identidad nosológica del TLP, la de los trastornos afectivos y de su comorbilidad son el objeto de estudio de la presente investigación. Para abordar el problema se toma como análisis la clasificación diagnóstica de la última versión del

DSM disponible al momento de la realización de la investigación (DSM-IV-R) y los cambios ya conocidos en el momento sobre la más reciente versión (DSM-V). Existe la necesidad de señalar elementos diferenciales entre los trastornos afectivos y el TLP debido a que la comorbilidad es muy elevada y el diagnóstico diferencial dificultoso. Además, en la evolución de ambos trastornos su manifestación cambia, a veces cumpliendo criterio diagnóstico para un trastorno de la personalidad y en otras instancias para un trastorno afectivo.

A lo largo del apartado teórico se entra en detalle en la conceptualización del problema expuesto. Se realiza un repaso sobre la historia del TLP y de los trastornos del ánimo, desde su origen como síndromes marcados y delimitados hasta el estado actual de su clasificación diagnóstica. Se describe la evolución en la taxonomía de los trastornos, cómo han sido categorizados en el pasado, qué cambios han ocurrido a lo largo de la evolución de la clasificación diagnóstica y cómo son descritos hoy en día. Más adelante, se proporcionan datos epidemiológicos de cada trastorno obtenidos de estudios de prevalencia e incidencia de las últimas décadas.

Tras haber explicado los componentes del problema planteado, se entra en detalle en los conflictos que derivan de la clasificación diagnóstica de los trastornos implicados. La comorbilidad del TLP y los trastornos del ánimo se presenta como uno de los principales obstáculos para comprender cada cuadro patológico. En base a lo anterior, se explican las propuestas alternativas a la categorización del TLP y de los trastornos del ánimo, tales como la comorbilidad como entidad nosológica o el TLP como parte del espectro del ánimo en general y del espectro bipolar en particular.

Finalmente, en los últimos capítulos del marco teórico se exponen revisiones bibliográficas sobre elementos que han mostrado ser significativamente distintos entre el TLP y los trastornos del ánimo y los factores que han sido detectados como puntos en

común. El marco teórico tiene la intención de proporcionar suficiente información para mostrar la importancia y la utilidad de realizar el trabajo empírico expuesto en la presente investigación científica.

## **II. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.**

Los trastornos de la personalidad han representado una clasificación controvertida desde su introducción en el Eje II del DSM (DSM-III; APA, 1980). Tanto su taxonomía como nosología continúan siendo centro de debate. La relación entre el trastorno bipolar (TB) y los trastornos de la personalidad del grupo B (de tipo dramático o emocional) ha sido particularmente discutida, principalmente por el solapamiento sintomático entre el TB y el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Stone, 2006).

En la actualidad, la clasificación de los trastornos de la personalidad aún no ha demostrado ser satisfactoria tanto para investigadores como para profesionales clínicos. Incluso, algunos autores cuestionan la utilidad de la existencia del eje II al considerar que los ejes I y II serían característicos de estado y rasgo, respectivamente, de un mismo fenómeno psicopatológico (Hirschfeld, Cass, Holt y Carlson, 2005; Skodol et al., 1999). Este planteamiento tiene tanto peso que fue un factor decisivo para la última clasificación diagnóstica del DSM (V), en la cual a pesar de continuar existiendo como eje, se le han realizado modificaciones importantes en términos de criterios de evaluación.

El TLP es el trastorno la personalidad más estudiado en la actualidad. Durante las últimas décadas se ha polemizado sobre la inclusión del TLP como una variante de los trastornos del ánimo. A raíz de éste dilema han surgido dos propuestas principales de clasificación acompañadas de consecuentes líneas de investigación. Una sostiene que el TLP es una variante de los trastornos del ánimo, particularmente del espectro bipolar, mientras que la otra argumenta que el TLP debe permanecer como identidad separada de esta clasificación.

Ambas líneas de investigación han sido avaladas por científicos y exploradas en numerosas investigaciones, ya sea argumentando sobre la inclusión del TLP al espectro bipolar (Deltito et al., 2001; Eftekhar y Shabani, 2006) o por la exclusión y clara diferenciación de ambos trastornos (Benazzi, 2006; Galione y Zimmerman, 2010; Judd et al., 2002; Vieta y Suples, 2008). Sin embargo, la evidencia encontrada desde ambas posturas no es concluyente en lo que respecta a la identidad exclusiva de cada trastorno (Paris, Gunderson y Weinberg, 2007).

El TLP es un cuadro psicopatológico que se caracteriza por inestabilidad generalizada en el estado del ánimo, sensación de vacío, pensamiento dicotómico y polarizado, relaciones interpersonales conflictivas, cambio constante en la autoimagen e impulsividad. El TLP se diferencia de otros trastornos de la personalidad principalmente por la desregulación emocional y la inestabilidad en la identidad. No obstante, la desregulación afectiva también es un elemento central en los trastornos del ánimo. Esto podría considerarse como uno de los aspectos del TLP que mayormente influye en la dificultad de diferenciarlo de los trastornos afectivos, principalmente de los trastornos bipolares.

La investigación sobre el solapamiento y diferenciación del TLP y TB ha derivado en diferentes hallazgos. Se ha encontrado que al comparar pacientes sobre-diagnosticados con TB con pacientes en los que no hubo sobre-diagnóstico, los primeros cumplían mayor criterio para TLP que los segundos (Bolton y Gunderson, 1996; Zimmerman, Ruggero, Chelminski y Young, 2008). Es decir, en pacientes aparentemente sobre-diagnosticados con trastornos bipolares el TLP era significativamente más probable. En contraparte, diversos estudios han mostrado que existe un subdiagnóstico. Algunos autores sugieren que tanto el subdiagnóstico como el retraso en la detección del TB contribuyen a la falta de reconocimiento o error



diagnóstico en pacientes con TB (Smith y Ghaemi, 2006; Strejilevich y Retamal-Carrasco, 2003; Baldessarini, Tondo y Hennen, 2003).

Zimmerman y colaboradores (2010), mostraron que la evaluación con el instrumento mayormente utilizado para detectar trastornos bipolares, el MDQ (Hirschfeld et al., 2000), indica la presencia de TLP tanto como del TB; es decir, la evaluación da positivo para ambos. El problema que supone diferenciar el TLP de los trastornos del ánimo, particularmente el TB, aparentemente se ha traspasado a los instrumentos de evaluación.

El gran problema de la controversia sobre la clasificación diagnóstica del TLP y TB se evidencia en el impacto que genera en la práctica clínica, en el tratamiento y en la investigación (Ruggero, Zimmerman, Chelminski y Young, 2010). No obstante, y a pesar del aparente estancamiento del debate diferencial, en los últimos años ciertos estudios avanzan en la resolución del dilema. Se ha empezado a analizar la comorbilidad del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad (TB + TLP) como subgrupo, separado e independiente de los dos trastornos que alberga (ver estudios como Gunderson et al., 2006; Lai, Piraba, Pinna y Carpiello, 2011; Paris, 2004).

El estudio de la comorbilidad presenta una alternativa concreta para crear puentes entre las dos principales posturas. La comorbilidad ha evidenciado la necesidad de evaluar factores específicos del TLP y de los trastornos del ánimo que en la literatura científica han demostrado solaparse. La comorbilidad comienza a explorarse como un síndrome en sí, partiendo de la idea de que podrían compartir una misma etiología. Incluso, se habla sobre elementos diferenciales encontrados entre las personas con TB + TLP y las que tienen únicamente TB o TLP. Este abordaje ha hecho posible comprender

el solapamiento de síntomas del TB y TLP como producto de la interacción tanto de factores biológicos como del entorno (Stone, 2006; Paris, 2004).

Si bien la clasificación multiaxial del DSM permite el diagnóstico conjunto de los trastornos de la personalidad y de trastornos del ánimo, la validez interna y externa de los trastornos de la personalidad ha sido cuestionada como independiente de los trastornos del eje I (Widiger et al., 1998). Existían posibilidades de introducir modificaciones taxonómicas en las revisiones para la realización del DSM-V, sin embargo, en este aspecto no se han realizado cambios estructurales. El TLP permanece separado de los trastornos afectivos.

Como se ha mencionado anteriormente, la controversia científica y clínica previamente expuesta exige la continuación de una línea de investigación dedicada a delimitar los supuestos bordes entre el TLP y los trastornos del ánimo, particularmente el TB. Dicha exploración debe considerar central el estudio de la comorbilidad como un subgrupo e identificar factores y patrones específicos. Estudiar la idiosincrasia de la comorbilidad ayudará a delimitar los límites del TLP y el TB y estudiarla como una entidad nosológica en sí.

Por otro lado, es importante resaltar que la problemática inherente a la comorbilidad trasciende la clasificación diagnóstica, se ha mostrado como un fenómeno psicopatológico lo suficientemente prevalente para evaluar de manera independiente. Requiere ser analizada, no sólo para diferenciar las clasificaciones diagnósticas que alberga (TLP y TB), sino para observarlo como un cuadro psicopatológico con importante casuística. Por lo tanto, se considera necesario evaluar elementos diferenciales y solapantes de ambos trastornos. Este abordaje ayudaría a esclarecer dudas sobre la futura taxonomía y a facilitar los tratamientos psicológicos y

farmacológicos, ya que éstos están dirigidos a conductas y dimensiones específicas más que a diagnósticos generales (Sanderson y Clarkin, 2002).

## **2.1. Clasificaciones Categóricas.**

Existen diferentes modelos explicativos sobre la posible etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad (TLP) y de los trastornos del ánimo. Los modelos predominantes, ya sea en la literatura teórica o en la científica, han sido el psicodinámico, el categórico, el psicosocial y el neurobiológico. En lo que respecta al foco de interés del presente estudio, el modelo abordado es el categórico. Es un modelo que describe los trastornos por sus componentes comportamentales, cognitivos y afectivos manifiestos en un cuadro psicopatológico. Se basa en la taxonomía, nosología y topografía de los trastornos, es decir en su fenomenología. Es un modelo atóxico, cuya intención ha sido describir, clasificar y delimitar los trastornos mentales basados en su manifestación sintomática.

El modelo categórico ha mostrado tener ventajas y desventajas. Por un lado, permite que el estudio y tratamiento de un mismo trastorno sea identificable independientemente de su etiología. Esto ha logrado que se preste mayor atención a determinados síndromes, nombrarlos y por ende estudiarlos. Sin embargo, el modelo categórico es fuente de dificultades para identificar, diferenciar y diagnosticar el TLP y el TB. Algunos de los conflictos y desventajas se mencionan a continuación.

- El modelo no tiene la capacidad de abarcar. Hay muchos grupos de síntomas que parecen corresponder a un trastorno en particular pero también presentan síntomas de otros cuadros. La comorbilidad recurrente, el solapamiento de síntomas y las dificultades en el diagnóstico diferencial son algunos de los conflictos que acompañan al modelo categórico.

- En cuanto al diagnóstico, a pesar de que contamos con los criterios del DSM-V y el CIE-10, abunda la casuística en la que no se logra encuadrar un conjunto de síntomas, o no se puede adecuar al paciente los criterios establecidos.
- El modelo categórico ha sido causa de controversia para el TLP y el TB, entre otros trastornos, respecto a su clasificación diagnóstica. Se discute si el TLP pertenece o no a los trastornos de la personalidad, al espectro bipolar o a trastornos del control de los impulsos. Además, su frecuente comorbilidad resulta en una dificultad para ser correctamente diagnosticados (Smith, Muir y Blackwood, 2004).
- Es un modelo que para el TLP y TB deriva en elevados casos de comorbilidad, situación que dificulta un adecuado diagnóstico. Incluso en la práctica clínica la comorbilidad ha llegado a considerarse parte del trastorno, encontrando usualmente concurrencia con trastornos alimenticios, trastorno del control de los impulsos, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias, así como con otros tipos de trastornos de la personalidad (antisocial, paranoide, narcisista y por evitación).
- En la comorbilidad (TLP y TB) el diagnóstico diferencial es ineficiente. Esto se debe a la cantidad de elementos que comparten en su manifestación. En ambos se presenta exaltación del humor, irascibilidad, agresividad, hostilidad, disminución o aumento de la energía, quejas de aburrimiento, aislamiento de los pares, quejas somáticas, problemas de conducta, control de los impulsos y ambos comparten el alto riesgo de suicidio.
- Ambos presentan manifestaciones en la esfera del ánimo, de la cognición, de la conducta y de la personalidad. Las tasas de comorbilidad son tan altas que se empieza a dudar si no se trata del mismo cuadro. Ambos han mostrado tener un inicio en edad temprana, juvenil y a veces en la infancia.

El modelo categórico ha sido protagonista en la polémica sobre la clasificación diagnóstica del TLP y el TB. Es una controversia con vigencia en la actualidad, incluso heredada a la más reciente edición del DSM. Por lo anterior, la clasificación categórica, punto de partida de tratamientos e investigaciones, es la base de la conceptualización del problema en el estudio presente. En otras palabras, la repercusión que el modelo categórico ha tenido en la clínica e investigación es lo que nos ha llevado a indagar la topografía del TLP y de los trastornos afectivos. El problema a resolver incluye varias interrogantes, tales como identificar qué componentes comparten el TLP y el TB, cuáles los diferencian, si son parte de un mismo fenómeno psicopatológico o si en efecto son entidades independientes. Se espera que este abordaje permita mejorar la comprensión, la investigación y el tratamiento del TLP, el TB y la idiosincrasia de su comorbilidad.

## **2.2. Propuesta de investigación.**

El objetivo general del presente estudio ha consistido en analizar a pacientes con trastornos afectivos y trastorno límite de la personalidad (TLP) para explorar la topografía de cada trastorno y su comorbilidad. El análisis se ha realizado con instrumentos de evaluación que destacan elementos cognitivos, afectivos y conductuales del ánimo y de la personalidad para detectar características distintivas entre sujetos clasificados con diagnósticos específicos. Se eligieron los instrumentos de diagnóstico y evaluación con mayor aval científico para estudiar características del temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, síntomas del espectro bipolar y del espectro del ánimo. Además, se evaluaron características clínicas y demográficas de los pacientes con trastorno bipolar (TB), trastorno de depresión mayor (DM) y TLP. El propósito ulterior de la investigación ha consistido en dos objetivos globales. En primer lugar, la intención ha sido analizar los trastornos en cuestión con el fin de identificar marcadores

diferenciales entre ellos. En segundo lugar, se pretendió explorar la comorbilidad como entidad fenomenológica. Es decir, detectar si existen elementos característicos de la comorbilidad TB + TLP que la presenten como un cuadro diferente tanto del TLP como del TB.

Los objetivos generales apuntan hacia un aporte al conflicto del diagnóstico diferencial, al esclarecimiento en el debate sobre el solapamiento del TLP y los trastornos afectivos y contemplar la comorbilidad TB + TLP como una entidad nosológica independiente de los diagnósticos que la constituyen. A lo largo de los siguientes capítulos se abordan los temas esenciales para comprender la problemática previamente expuesta. Los capítulos del apartado teórico se remiten a la conceptualización del problema en cuestión, las características nosológicas y epidemiológicas de los trastornos implicados en el análisis, los conflictos derivados de su clasificación diagnóstica y los elementos diferenciales entre el trastorno límite de la personalidad, los trastornos afectivos y su comorbilidad.

A lo largo del texto se repasan los fundamentos que subyacen a la conceptualización del problema, desde su inicio como objeto de estudio hasta el estado actual de cada uno de los trastornos mentales en cuestión. Se describe la forma en la que han sido introducidos al campo de la psicopatología y cómo ha sido la taxonomía y clasificación diagnóstica desde su origen hasta la actualidad. Se expone la controversia en torno a este tema, describiendo los argumentos que defienden el mantenimiento de dos entidades nosológicas independientes y separadas (TLP y TB) y quienes sugieren la incorporación de ambos a una clasificación diagnóstica. Se señalan los conocimientos que en la literatura científica apoyan cada una de las posturas. Finalmente, se menciona en detalle la propuesta del presente estudio y los argumentos sobre cómo se puede contribuir a la polémica aparentemente irresuelta.

### **III. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.**

El trastorno límite de a personalidad (TLP) es un síndrome heterogéneo difícil de identificar por diferencias en etiología, en el comportamiento de un individuo a otro y en la forma de manifestarse en una misma persona en distintas etapas evolutivas. La vida de quienes padecen TLP se ve regularmente afectada por crisis que resultan en consultas médicas, tratamientos, medicaciones e incluso internamientos. A largo plazo, estas personas requieren tratamientos prolongados y más medicación que en otros trastornos de la personalidad.

Una parte importante de las dificultades implicadas en la detección y tratamiento del TLP es realizar el diagnóstico. En la actualidad, el TLP figura como entidad nosológica en los principales manuales diagnósticos de trastornos mentales de referencia internacional (DSM-V y CIE-10). Sin embargo, la genealogía del trastorno y la taxonomía subyacente a su clasificación actual como trastorno de la personalidad ha sido fluctuante desde su inclusión al campo de la psicopatología. En el presente, el diagnóstico del TLP en el principal manual clasificatorio de los trastornos mentales (DSM-V), se define en primera instancia, por una noción general de la personalidad y, en segundo lugar, por una descripción más específica de la personalidad límite.

En el presente capítulo se comienza explicando la genealogía del trastorno, cuál fue el origen de la identificación del TLP como cuadro psicopatológico, cuándo fue introducido como entidad nosológica, cómo fue abordado conceptualmente a lo largo del tiempo desde diferentes perspectivas y abordajes y, finalmente, cómo es entendido en la actualidad. Así mismo, se repasa la evolución de la taxonomía del TLP, es decir, dentro de qué estructura clasificatoria ha sido ordenado, y la evolución que su organización sintomatológica ha tenido desde su introducción a los manuales de

diagnostico. Finalmente, se presenta en detalle la epidemiología, tasas de prevalencia e incidencia, tanto en población general como en población clínica.

### **3.1. Genealogía.**

El origen de lo que hoy entendemos como trastorno límite de la personalidad (TLP) tiene precedencia en el psicoanálisis. Los principales modelos explicativos y teorías que fueron moldeando la topografía asociada al TLP hasta ser incluida como entidad nosológica en el DSM-III (APA, 1980), partieron de una clasificación freudiana. A principios del siglo XX, Sigmund Freud agrupaba la psicopatología en dos áreas globales, la psicosis y la neurosis. Fundamentalmente la asignación de un paciente psiquiátrico como neurótico o psicótico dependía de cómo respondía al tratamiento psicoanalítico. Los neuróticos, aquellos que lograban establecer relaciones transferenciales con el terapeuta, podían responder al tratamiento psicoanalítico, mientras que a los psicóticos, al no lograr establecer transferencia, se los excluía del análisis como tratamiento (Plumed y Novella, 2005).

La clasificación “neurosis-psicosis” fue la base sobre la cual innumerables autores posteriores desarrollaran un propio entendimiento acerca de la constitución de la psicopatología. Autores como Wilhelm Reich, Franz Alexander y William Stern en la década de 1930, escribieron sobre casos de pacientes con cuadros psicopatológicos aparentemente correspondientes a la neurosis pero con aspectos impropios de la neurosis. Además, resultaban ser casos que no respondían al tratamiento de análisis, a diferencia de los cuadros clásicamente neuróticos.

Alrededor de la década de los años 1940, surgen estudios acerca de pacientes que no clasifican en su totalidad como neuróticos ni psicóticos. Por este motivo, se empieza a denominar a estos cuadros de síntomas como patologías del “borde” (o



límite) entre la neurosis y la psicosis. Autores como William Stern, Helen Deutch y Margaret Mahler, entre las décadas de 1930 a 1950, y más adelante Hotch y Polatin, cerca de la década de los años 60, asentaron las bases teóricas y descriptivas de lo que hoy en día conocemos como el trastorno límite de la personalidad. En aquella época, alrededor de 1960, el concepto de organización límite de la personalidad ya se había difundido en las distintas corrientes de salud mental. A raíz de ser un concepto incorporado en teorías y tratamientos psicológicos como psiquiátricos emergió la necesidad de homogeneizar los criterios de diagnóstico.

Es a partir de estudios realizados por Grinker, quién habla de un síndrome “borderline” (Grinker, Werble y Drye, 1968), que la nosología del TLP se consolida y se introduce como un conjunto de criterios que definen al TLP en el DSM-III (1980). Una vez introducido en la taxonomía de los trastornos mentales, Otto Kernberg es quien dará el mayor aporte en su momento para describir la estructura de la psicopatología en general y una organización específica “borderline” de la personalidad (Kernberg, 1967).

Kernberg divide la enfermedad mental en tres áreas: psicopatología neurótica, psicopatología límite y psicopatología psicótica. Partiendo de esta base, Kernberg caracteriza al paciente límite como una persona con estructura psíquica en la que se pierde o desdibuja el juicio de la realidad y en la que hay escisión en la identidad propia y de los otros, llevando al sujeto a un auto-concepto contradictorio de sí mismo y un sentimiento permanente de vacío. Kernberg (1987), define al TLP como una organización fronteriza de la personalidad, un cuadro con caracterología crónica que no es ni estrictamente neurótica ni psicótica, pero sí permanentemente inestable.

Sobre las bases teóricas de Kernberg, autores como Kohut, Masterson y Erikson desarrollan y amplían los conceptos psicopatológicos ligados a la personalidad límite. Es a partir de la década de 1990 que el TLP se define de una forma que se asemeja al

concepto actual del trastorno. Se caracteriza por manifestaciones emocionales erráticas marcadas por las primeras experiencias afectivas en la infancia, ligadas a estilos educativos de familias desestructuras o disfuncionales graves, específicamente en la comunicación intrafamiliar.

Los modelos explicativos del TLP que fueron surgiendo durante las siguientes dos décadas han buscado integrar los factores biológicos y psicosociales con la vulnerabilidad genética. El común denominador de los modelos actuales es considerar la etiología del TLP como pluricausal, destacando la desregulación emocional e impulsividad como factores centrales, con marcadores como experiencias adversas tempranas, historia de abuso sexual en la infancia, vulnerabilidad genética y antecedentes de psicopatología en los padres (Bowlby, 1998; Goldberg, 1990; Gunderson, 2009; Herman, 1992; Linehan, 1995; Millon, 1999; Zanarini 1993).

### **3.2. Evolución de la taxonomía.**

Como se mencionó en el capítulo II, el modelo categórico de clasificación será el de principal referencia en el presente estudio. La taxonomía del trastorno límite de la personalidad (TLP) ha sido producto de desacuerdo científico a lo largo de su evolución y ha derivado en distintos argumentos sobre cómo clasificarlo. La taxonomía categórica aparece en los dos principales manuales diagnósticos actualmente en vigor, el DSM-V (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 1996). Sin embargo, nos centraremos específicamente en la clasificación del DSM, actual e histórica, por tres motivos.

En primer lugar, en el ámbito de investigación es la más utilizada, principalmente porque la gran cantidad de instrumentos de evaluación y diagnóstico están basados en la clasificación del DSM. En segundo lugar, y consecuente del motivo anterior, los instrumentos de mayor relevancia para el problema expuesto y utilizados

para el estudio empírico del presente trabajo se guían la por clasificación del DSM. Finalmente, se elige porque el abordaje atórico, nos permite analizar los elementos diferenciales y clasificaciones diagnósticas independientemente de las teorías explicativas de cada síntoma y trastorno.

El TLP aparece por primera vez como entidad nosológica en la tercera versión del DSM (DSM-III; APA, 1980). El TLP se ha mantenido en las siguientes ediciones como entidad independiente pero ha sufrido algunos cambios en criterios e inclusión de síntomas (DSM-III-TR, DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM-V).

Para la cuarta versión del DSM-IV (1994), el TLP se define con elementos más concretos. Se considera como un cuadro de la personalidad caracterizado por un patrón persistente de inestabilidad, conflicto en las relaciones interpersonales y en la autoimagen, con poco control de los impulsos y que causa un malestar significativo en la vida del individuo y sus allegados. Se manifiesta con comportamientos autodestructivos, autolesivos y con alta prevalencia en intentos de suicidio y suicidio consumado. Muestra un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, con constante intercambio entre la admiración y la devaluación. Los lazos afectivos se presentan constantemente inestables, ambivalentes e iracundos. Además, se caracteriza por una alteración de la identidad, síntomas crónicos de vacío, aburrimiento y un esfuerzo frenético por evitar el abandono real o imaginado.

En la más reciente versión, el DSM-V (APA, 2013), se ha decidido mantener la clasificación diagnóstica del TLP como categórica. Sin embargo, se ha introducido como propuesta un modelo dimensional como auxiliar al momento de la evaluación del trastorno. Si bien este modelo es de gran utilidad para la conceptualización y diagnóstico de los trastornos de la personalidad, el DSM-V continúa manteniendo los

criterios de diagnóstico anteriores para los trastornos de la personalidad (del DSM-IV) como principal clasificación.

El CIE-10 (OMS, 1996), denomina al TLP como Trastorno Emocionalmente Inestable de la Personalidad. La OMS lo describe como patrones desadaptativos de la conducta arraigados y reconocibles en la adolescencia (o más temprano) que continúan durante la mayor parte de la vida adulta, habiendo un cambio de manifestación de los síntomas conforme se va cambiando de etapa evolutiva. Sugiere que en la edad adulta temprana es cuando se encuentra más impulsividad y agresividad y que remite a partir de los 40 años. Además, se considera que la presentación del cuadro cambia a lo largo de la edad. En definitiva, el CIE-10 describe un cuadro cuyas áreas más afectadas son la emocional (ansiedad, irritabilidad, ira, explosividad de las respuestas con descensos depresivos), la interpersonal (relaciones caóticas y ambivalentes y el miedo al abandono) y la individual (conductas autodestructivas, autolesiones y exposición a situaciones de riesgo).

Tanto el DSM-V como el CIE-10 comparten como patrón general la desregulación emocional, impulsividad, episodios repentinos de ira y conductas descontroladas. Las diferencias entre ambos manuales no implican incompatibilidad en términos de taxonomía. Incluso, se busca llegar a una conceptualización y clasificación similar en las futuras ediciones y desarrollo de ambos manuales. Como se ha mencionado anteriormente, en lo que respecta al presente trabajo, se le ha dado prioridad al DSM debido a la cantidad de estudios empíricos sobre nosología y topografía de los trastornos de la personalidad y los trastornos del ánimo.

Actualmente, el DSM-V, presenta una definición global del trastorno de la personalidad y una específica del trastorno límite de la personalidad. La clasificación de los trastornos de la personalidad es exclusiva del Eje II del manual y cuenta con diez

tipos que, a su vez, se agrupan en 3 formas de personalidad: tipo A “bizarros o excéntricos” (paranoide, esquizoide, esquizotípico), tipo B “emocionales o dramáticos” (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y tipo C “ansiosos o temerosos” (por evitación, dependiente y obsesivo-compulsivo). El TLP figura dentro del grupo B, tal como se muestra en la tabla 3.1, a continuación.

Tabla 3.1. Grupos de trastornos de la personalidad del eje II – DSM-IV-TR y DSM-V.

<b>Clasificación de los Trastornos de la Personalidad en el DSM-IV-TR y DSM-V</b>			
<i>Grupo</i>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<i>Tipo</i>	“Raros o excéntricos”	“Emocionales o dramáticos”	“Ansiosos o temerosos”
<i>Trastornos de la Personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paranoide</li> <li>• Esquizoide</li> <li>• Esquizotípico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antisocial</li> <li>• Límite</li> <li>• Histriónico</li> <li>• Narcisista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• por Dependencia</li> <li>• por Evitación</li> <li>• Obsesivo-compulsivo</li> </ul>

Dentro de éste modelo taxonómico, primero se busca identificar un trastorno de la personalidad en general y posteriormente se determina si corresponde a alguno o varios de los diez tipos. El criterio diagnóstico para el trastorno de la personalidad en general son cinco:

- A. Un patrón persistente en la experiencia interna y en la conducta que se desvía de las expectativas de la cultura del individuo. Para cumplir criterio diagnóstico como trastorno de la personalidad debe ser manifiesto en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y/o control de impulsos.

- B. El patrón es inflexible y generalizado a través de un amplio rango de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo y deterioro social, ocupacional o en otras áreas del funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración, cuyo inicio puede identificarse desde la adolescencia o adultez temprana.
- E. El patrón persistente no puede ser explicado como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra enfermedad mental.

En base a la nosología del trastorno de la personalidad en general, se delimita la definición del trastorno límite de la personalidad como “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems” (APA, 2013):

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

### ***3.2.1. Modelo Dimensional de la Personalidad del DSM-V. Nueva propuesta alternativa.***

La reciente publicación del DSM-V (mayo, 2013) trajo consigo una nueva propuesta para comprender los trastornos de la personalidad (TP). Se trata de un modelo dimensional que no suple, sino que complementa en términos de evaluación de un trastorno, al modelo categórico de la anterior edición. Si bien el DSM-V mantiene la misma clasificación diagnóstica categórica para los trastornos de la personalidad en general y para el TLP en particular del DSM-IV, propone en otra sección del manual (sección III) un modelo alternativo para la investigación y conceptualización de los TP. La propuesta del DSM-V denominada *Modelo Alternativo para los Trastornos de la*

*Personalidad del DSM-V* surgió de la necesidad de acomodar diferentes perspectivas emergentes sobre los TP y tiene como finalidad que en un futuro ambos modelos, tanto el categórico como el dimensional, sean de utilidad para la práctica clínica y la investigación.

La versión preliminar del modelo dimensional, desarrollado por el *Grupo de Trabajo de la Personalidad y Trastornos de Personalidad del DSM-V*, fue puesto al alcance del público por la Asociación Americana de Psiquiatría antes de la publicación final del DSM-V (APA, 2011). Uno de los cambios que ya se vislumbraban en la revisiones del equipo era haber retomando una visión más dimensional de la fenomenología de los TP. También se contemplaba cambiar el nombre del TLP por “trastorno de la personalidad tipo límite” e incluir dentro de este el trastorno histriónico y narcisista. Sin embargo, tras la publicación de la edición final, conocimos que el modelo categórico se mantuvo, pero se introdujo un modelo complementario.

La inclusión de ambos modelos de diagnóstico y clasificación de los TP refleja la iniciativa de la APA de preservar la continuidad de la práctica clínica actual y al mismo tiempo incluir un nuevo abordaje que pretende arreglar algunas limitaciones de la clasificación actual. La nueva propuesta pretende incentivar la exploración de aspectos dimensionales en los cuadros psicopatológicos. Este viraje estructural podría modificar a futuro la denominación de los trastornos de la personalidad y se ha basado en estudios importantes que cuestionaron la validez del abordaje categórico tradicional (Kendler, 2009; Kupfer, First y Regier, 2002; Rousanville et al., 2002).

El *Modelo Alternativo para los Trastornos de la Personalidad del DSM-V* se caracteriza por dos principales daños en la personalidad, el funcionamiento y los rasgos patológicos. A diferencia del modelo categórico, del alternativo se puede arribar al diagnóstico de 6 de los 9 trastornos de la personalidad del DSM (antisocial, por



evitación, límite, narcisista, obsesivo – compulsivo y esquizotípico). Todos comparten un criterio general para el diagnóstico de un TP y para cada uno se delimitan criterios específicos para cada tipo de TP. El criterio diagnóstico general para los TP cuenta con 7 áreas de evaluación (de la A a la G), de las cuales las dos primeras son necesarias para realizar un diagnóstico.

### **Criterios generales del Trastorno de la Personalidad.**

El modelo alternativo propone que las perturbaciones en el funcionamiento personal e interpersonal son el centro constitutivo de los trastornos de la personalidad, razón por la cual se deben evaluar como un continuo. Por este motivo, el diagnóstico general de los trastornos de la personalidad se despliega en 4 factores. El primer factor (criterio A) se centra en el nivel de funcionamiento de la personalidad a nivel personal e interpersonal, destacando dos aspectos de cada uno; del funcionamiento personal la identidad y la “auto – dirección” y, del funcionamiento interpersonal, la empatía y capacidad de intimar. El modelo alternativo proporciona un instrumento de evaluación del funcionamiento con un rango de 0 a 4 (desde 0 – *nada o poco daño del funcionamiento*, hasta 4 – *extremo daño del funcionamiento*). Para realizar un diagnóstico de TP se requiere un nivel “3 – *moderado daño del funcionamiento*”.

El segundo factor (criterio B) del modelo evalúa los rasgos patológicos, en particular 25 rasgos agrupados en 5 dominios: afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Para esta evaluación también se proporciona un instrumento que incluye la taxonomía completa de los rasgos en una tabla de referencia.

El tercer factor (criterios C y D) se refiere a la estabilidad y generalización, destacando la relatividad de ambos. Es decir, los rasgos de personalidad suelen ser adaptativos y a veces cambiantes, pero para tratarse de un trastorno de la personalidad

deben carecer de relatividad y ser generalizados a diferentes contextos personales y sociales y generar disrupciones a nivel social y ocupacional, entre otros. Finalmente, el cuarto factor (criterios E, F y G) está dirigido a mejorar el diagnóstico diferencial, ofreciendo una forma de evaluación que de lugar a explicaciones alternativas de la patología de la personalidad.

### **Criterio diagnóstico propuesto para el Trastorno Límite de la Personalidad.**

Los argumentos más concretos respecto al cambio en los criterios de los trastornos de la personalidad (TP) sostienen que las características esenciales de un TP deben manifestarse como deficiencias en el funcionamiento de la personalidad (intra e interpersonales) y como rasgos patológicos de la personalidad. En el caso específico del TLP, estos dos aspectos deben considerarse como base para realizar el diagnóstico, por lo tanto, su definición en el modelo alternativo integra estos conceptos y amplía la definición del modelo categórico. El nuevo modelo lo define al TLP como un trastorno de la personalidad “caracterizado por daños en el funcionamiento y rasgos patológicos de la personalidad, con un patrón general de inestabilidad en la auto imagen, metas personales, relaciones interpersonales y afectos, acompañado por impulsividad, toma de riesgos y hostilidad. Con dificultades en la identidad, auto-dirección, empatía, capacidad de intimar y con rasgos desadaptativos en los dominios de Afectividad Negativa, Antagonismo y/o Desinhibición” (APA, 2013). Las diferencias entre la clasificación categórica y la dimensional del DSM-V en relación al TLP pueden observarse en la tabla 3.2.

Para realizar el diagnóstico, el nuevo protocolo dimensional requiere de la exploración de 2 principales factores: 1) nivel de gravedad del funcionamiento y 2) la

identificación de 4 o más de 7 tipos específicos de rasgos patológicos. Los criterios específicos se exponen a continuación.

A. Moderado, grave o extremo daño en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características de dos o más de las siguientes áreas:

1. **Identidad.** Imagen marcadamente empobrecida, inestable y precariamente desarrollada, usualmente asociada a una autocrítica excesiva, sentimientos crónicos de vacío y estados disociativos bajo el efecto del estrés.
2. **“Auto-dirección”.** Inestabilidad en las metas, objetivos, aspiraciones y planes de vida.
3. **Empatía.** Capacidad reducida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás asociada a la hipersensibilidad interpersonal. Percepciones de otros selectivamente sesgadas hacia los atributos negativos o vulnerabilidades.
4. **Capacidad de intimar.** Las relaciones cercanas son inestables, intensas y conflictivas, caracterizadas por desconfianza, necesidad y preocupación ansiosa por el abandono real o imaginario. Las relaciones a menudo son vistas como extremos de idealización y devaluación, alternando entre acercamiento y retraimiento del otro.

B. La presencia de cuatro o más de los siete rasgos patológicos a continuación, de los cuales al menos uno debe ser de (5) impulsividad, (6) toma de riesgos o (7) hostilidad:

1. **Labilidad emocional.** Experiencias emocionales inestables y cambios frecuentes de ánimo. Emociones fácilmente suscitadas, intensas y/o desproporcionadas ante eventos o circunstancias.

2. **Afectividad Ansiosa.** Intensos sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo como reacción a estresores interpersonales. Preocupación por efectos negativos de las experiencias pasadas desagradables o a posibles futuros eventos negativos. Sensación de miedo, aprehensión o amenaza ante la incertidumbre. Miedo a perder el control o a desintegrarse.
3. **Inseguridad de separación.** Temores de rechazo o separación de otros asociados a miedos de dependencia excesiva y pérdida de autonomía.
4. **Afectividad depresiva.** Sentimientos frecuentes de decaimiento, miseria y/o desesperanza. Dificultad para recuperarse de dichos estados de ánimo. Pesimismo sobre el futuro. Vergüenza generalizada. Baja autoestima, pensamientos y comportamiento suicida.
5. **Impulsividad.** Actuar bajo el impulso del momento en respuesta inmediata al estímulo. Accionar en base a cada momento sin plan o consideración de las consecuencias. Dificultad para establecer o acarrear planes. Sensación de urgencia de auto-daño bajo situaciones de estrés.
6. **Toma de riesgos.** Participación en actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente auto-dañinas, sin que éstas sean necesarias y sin considerar sus consecuencias. Falta de preocupación por las propias limitaciones o negación del peligro personal real.
7. **Hostilidad.** Frecuentes o persistentes sentimientos de ira o irritabilidad en respuesta a insultos menores.

Tabla 3.2. Comparación de modelos de clasificación del Trastorno Límite de la Personalidad del DSM-V.

	<b>DSM-V Categorico 2000 y 2013</b>	<b>DSM-V Dimensional 2013</b>
<b>Denominación</b>	<b>Trastorno Límite de la Personalidad</b>	<b>Trastorno de la Personalidad Límite</b>
<b>Descripción</b>	Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.	Caracterizado por daños en el funcionamiento y rasgos patológicos de la personalidad, con un patrón general de inestabilidad en la auto-imagen, metas personales, relaciones interpersonales y afectos, acompañado por impulsividad, toma de riesgos y hostilidad. Con dificultades en la identidad, auto-dirección, empatía, capacidad de intimar y con rasgos desadaptativos en los dominios de Afectividad Negativa, Antagonismo y/o Desinhibición.
<b>Categorico</b>	El patrón general se da como indican cinco (o más) de los rasgos o factores.	Debe presentarse deficiencia en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento de la personalidad.</li> <li>• Rasgos de la personalidad patológicos.</li> </ul>
<b>Dimensional</b>	<i>No está tomando en cuenta.</i>	Funcionamiento de la personalidad. <ul style="list-style-type: none"> <li>4 – daño excesivo</li> <li>3 – daño severo</li> <li>2 – daño moderado</li> <li>1– algo de daño</li> <li>0 – nada o poco de daño</li> </ul>
<b>Rasgos / factores</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.</li> <li>2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</li> <li>3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.</li> <li>4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.</li> <li>5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.</li> <li>6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.</li> <li>7. Sentimientos crónicos de vacío.</li> <li>8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.</li> <li>9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</li> </ol>	<p>A. Funcionamiento de la Personalidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funcionamiento personal. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad</li> <li>• Auto-direccionamiento</li> </ul> </li> <li>2. Funcionamiento interpersonal. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatía</li> <li>• Intimidad</li> </ul> </li> </ol> <p>B. Rasgos de personalidad de 3 de los 5 dominios.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectividad negativa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labilidad emocional</li> <li>• Afectividad ansiosa</li> <li>• Afectividad depresiva</li> </ul> </li> <li>2. Desapego.</li> <li>3. Antagonismo. Hostilidad</li> <li>4. Desinhibición. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsividad</li> <li>• Toma de riesgos</li> </ul> </li> <li>5. Psicoticismo.</li> </ol>

### **3.3. Epidemiología.**

Se estima que el trastorno límite de la personalidad (TLP) afecta al 2% de la población (APA, 1998). Sin embargo, diferentes estudios de prevalencia en población general de diversos países calculan entre el 1% y 2% (Torgesen, Kringlen y Cramer, 2001). En población clínica se ha informado que el TLP se encuentra en el 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, el 20% de los pacientes internados y el 50% de los pacientes internados con trastornos de la personalidad (Skodol et al., 2002). Incluso, se ha reportado que el TLP es el trastorno de la personalidad con mayor índice de prevalencia (Cloninger, 1999).

De algunas revisiones bibliográficas se han encontrado ciertos factores sociodemográficos relacionados al TLP, principalmente la edad, el género y los antecedentes psicopatológicos personales y familiares. Se trata de un trastorno con aparición temprana cercana a la adolescencia y la adultez joven, con la mayor tasa encontrada entre los 19 y 34 años (Schwartz, Blazer, George y Winfield, 1990). Es menos frecuente encontrar la manifestación del TLP después de los 40 años de edad. Incluso, se ha demostrado que los pacientes mejoran con el transcurso del tiempo, principalmente en las relaciones interpersonales, la impulsividad y la búsqueda de relaciones menos conflictivas (Paris y Zweig-Frank, 2001).

El sexo parece ser un factor predisponente, según diversos estudios el rango varía de entre 2 a 3 mujeres lo padecen por cada hombre. Sin embargo, y a pesar de las diferencias encontradas por sexo, algunos autores indican que hay un sesgo profesional de raíz cultural en este aspecto. Argumentan que el TLP es subdiagnosticado en los varones porque las conductas de impulsividad y agresividad están normalizadas culturalmente y en las mujeres se sobre-diagnostica porque la impulsividad, alteración en la identidad y la inestabilidad en las relaciones es culturalmente impropia en la mujer

(Henry y Cohen, 1983). Varios autores han explorado diferencias por género en los trastornos de la personalidad concluyendo que la diferencia de *ratio* por sexo en el diagnóstico representarían las manifestaciones extremas de los atributos ligados a los roles de género (Grilo et al., 1996; Johnson et al., 2003).

En cuanto a antecedentes familiares y personales, la existencia de un TLP en familiares de primer grado incrementa el riesgo a padecerlo hasta cinco veces más (Loranger, Sartorius, Andreoli y Berger, 1994). Respecto a antecedentes personales, quienes han sido o son diagnosticados con trastornos bipolares y presentan abuso de sustancias, intentos de suicidio y autolesiones en el presente o pasado, tienen mayor probabilidad de cumplir criterio diagnóstico para TLP. Así mismo, el abuso en la infancia, principalmente en las mujeres, es un factor de riesgo que ha mostrado incrementar la probabilidad de desarrollar TLP.

En resumen, de la literatura científica sabemos que el TLP predomina en poblaciones clínicas, principalmente en el sexo femenino y en personas desde preadolescentes hasta adultos jóvenes. Así mismo, la aparición del TLP ha mostrado ser cinco veces más frecuente en pacientes con parientes biológicos de primer grado que hayan padecido TLP o desregulación afectiva. Existe mayor riesgo en personas con familias de historia de abuso de sustancias, personalidad antisocial y trastornos del ánimo, principalmente el trastorno bipolar. Incluso, las personas con abuso y/o abandono en la infancia tienen mayor riesgo a desarrollarlo. El suicidio se consuma en 5% al 10 % de los casos, siendo un 50% superior a las tasas de incidencia en población general, con mayor peligro alrededor de los 20 años.

Como Selva, Bellver y Cabral (2005) indican, es importante mencionar que gran parte del conocimiento que tenemos sobre la epidemiología del TLP ha sido obtenida de

muestras anglosajonas, lo cual podría ser una limitación al analizar los componentes socioculturales que moldean la manifestación del trastorno.



#### **IV. TRASTORNOS AFECTIVOS.**

Los trastornos afectivos son caracterizados en esencia por una alteración en el estado de ánimo. La detección de un trastorno del ánimo se logra a través de la identificación de episodios afectivos específicos. Éstos a su vez, se manifiestan con diferentes síntomas, patrones, ciclos y características correspondientes a cada tipo de episodio. Los episodios del ánimo clasificados hoy en día en el ámbito de la salud mental son cuatro: depresivo, maniaco, hipomaniaco y mixto. Sin embargo, en la historia del estudio y tratamiento de los trastornos mentales, la conceptualización de cuadros psicopatológicos afectivos ha tenido numerosas variantes.

En el presente capítulo se revisa los estados anímicos desde una perspectiva sintomatológica, fenomenológica y de clasificación diagnóstica. Se repasa la historia de los trastornos del ánimo desde su introducción como objeto de estudio en la psicopatología. Se repasa la genealogía, origen y precedentes, de lo que hoy en día se denomina trastornos del ánimo o trastornos afectivos. En seguida, se hace una revisión sobre cómo ha sido la clasificación y descripción sistemática de estos trastornos desde su entendimiento como entidad nosológica en la historia de la Psiquiatría y Psicología.

Lo mencionado anteriormente, hará posible comprender los principios sistemáticos con los que se ordena y clasifica a los trastornos afectivos hoy en día; es decir, conocer su actual taxonomía. Finalmente, se describe la distribución, frecuencia y determinantes de estos trastornos en la población. Dentro de esta descripción epidemiológica se hace énfasis en la fenomenología más frecuente y en los tipos de trastornos afectivos con mayor prevalencia e incidencia.

#### **4.1. Genealogía.**

Las primeras referencias sobre los episodios anímicos se encuentran en los escritos de Emil Kraepelin. Las observaciones sobre las fluctuaciones del ánimo han sido abordadas epistemológicamente desde la Grecia antigua, sin embargo, es hasta finales del siglo XIX que se integra al estudio de la Psiquiatría como entidad nosológica. Kraepelin dedicó décadas de estudio a los periodos depresivos, desde conceptualizarlos como episodios únicos hasta introducir el amplio espectro de la patología maniaco-depresiva (Kraepelin, 1921).

Eugen Bleuer, discípulo de Kraepelin, continuó esta línea de estudio y fue quien más adelante acuñó el término “trastornos afectivos”, renombrando así las llamadas “psicosis maniaco-depresivas” en las que Kraepelin había indagado. A pesar de los cambios en denominación, la comprensión que en el presente tenemos de los trastornos del ánimo continua siendo heredera de la conceptualización Kraepeliana. A raíz de ella, surgen dos principales tipos de depresión, la unipolar y la bipolar.

Kraepelin denominó y describió la enfermedad maniaco-depresiva en términos de inhibición o exaltación en el pensamiento, el estado anímico y la actividad. Inicialmente, para que Kraepelin considerara un cuadro como maniaco tendría que derivar en un estado psicótico de excitación con necesidad de atención médica o internamiento hospitalario. Sin embargo, con la práctica clínica se encontró con cuadros similares a la manía pero sin necesidad de internamiento, más leves y con mejor funcionamiento global durante el episodio. Más tarde los empezó a identificar como episodios “ciclotímicos”.

Kraepelin partía del fundamento teórico de que en la depresión, el estado eutímico (sin síntomas psicopatológicos) es lo único que debe experimentar el sujeto cuando no se encuentra en un episodio depresivo. No obstante, al encontrarse con

cuadros de fluctuaciones anímicas entre episodios depresivos y episodios de exaltación o euforia, reconsideró la conceptualización de las enfermedades del ánimo. De estas observaciones nace la clasificación de los polos, hoy en día conocida como la depresión bipolar, un cuadro en el que se manifiestan episodios depresivos en fluctuación con episodios caracterizados por características expansivas. En la actualidad, los estados de excitación o exaltación son entendidos como episodios maníacos o hipomaniacos.

En relación a la depresión, Kraepelin la divide en dos tipos: endógena y exógena. La primera sería por una causa premórbida, sea de origen físico, y la segunda sería resultante de factores estresantes del ambiente del sujeto. Sostenía que la depresión exógena (o psicógena) podía ser producto de una reacción a situaciones vitales estresantes y su curso se vería afectado por factores ambientales y la interacción con el mundo interpersonal (Vázquez, 2007). Posteriormente, diversos autores suponían que la depresión psicógena se activaría en sujetos con una personalidad premórbida. Décadas más tarde, Beck (1967) planteó que la depresión consistía en respuestas aisladas a eventos personales de pérdidas o frustraciones, a diferencia de las depresiones secundarias de sujetos con historia de inadaptación por un trastorno neurótico o de la personalidad. No obstante, se ha señalado que los síntomas de ambos tipos, ya sea depresión neurótica o de reacción al ambiente, contienen la “triada depresiva” denominada por Beck mismo, en la que se presentan evaluaciones negativas del *yo*, del ambiente y una visión sombría del futuro (Vázquez, 2007). Sin embargo, la diferenciación que fue tomada por los cognitivos no parece haber tenido impacto sobre la clasificación y el diagnóstico de los trastornos afectivos.

La irrelevancia teórica fue manifiesta también en el DSM, que en su primera edición (APA, 1952) propuso tres posibilidades diagnósticas para la depresión: la reacción maniaco-depresiva psicótica, la reacción depresiva psicótica y la reacción

involutiva. En la segunda edición, DSM-II (APA, 1968), se mantuvieron las opciones iniciales de diagnóstico para la depresión. Sin embargo, para la tercera edición y las posteriores la clasificación se acotó a dos opciones: depresión mayor y trastorno bipolar (APA, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013).

La distinción terminológica entre “depresión” y “trastorno bipolar” se formaliza al ser incorporada como dos entidades nosológicas independientes en la tercera edición del DSM (APA, 1980). Es importante considerar que el trastorno depresivo y el trastorno bipolar, si bien son diferentes, son parte de un mismo fenómeno psicopatológico. Ambos son manifestaciones variadas de las fluctuaciones del ánimo, las cuales se ubican a lo largo de un espectro de dos polos (depresivo y maniaco).

Los principales investigadores que han aportado a la construcción nosológica de los trastornos afectivos para el DSM-V y el CIE-10 son Kleist, Leonhard, Perris, Winokur y Reich (Correa, Silva y Risco; 2006). Además, autores influyentes como Judd, Akiskal y Angst señalan la importancia de comprender los trastornos afectivos como cuadros depresivos con variaciones unipolares y bipolares, haciendo así resurgir el concepto Kraepeliano de espectro del ánimo (Akiskal, 1983; Angst, 1998; Angst y Merikangas, 1997; Ghaemi, 2002; Judd y Akiskal; 2003).

En la actualidad, la distinción de los cuadros afectivos continua resultando delicada, ya que diferenciar entre un cuadro depresivo unipolar de uno bipolar exige observación minuciosa. En el curso de un cuadro depresivo es común que los sujetos no recuerden o identifiquen episodios hipomaniacos, razón por la cual resultan importantes las observaciones de personas cercanas. Vázquez (2007), sugiere que frente a un cuadro psicopatológico depresivo lo primordial es descartar una causa por enfermedad médica o abuso de sustancias y así poder definirla como una depresión primaria, no secundaria.

Sólo a partir de identificarla como depresión primaria es posible comenzar a delimitar y determinar si se trata de un trastorno depresivo unipolar o bipolar.

Durante las últimas dos décadas, se han presentado una gran cantidad de investigaciones que sugieren expandir los límites del trastorno bipolar renombrando el fenómeno afectivo como “espectro bipolar”. Paris (2009), realizó una revisión científica buscando trabajos que hayan tenido como objeto de estudio el espectro bipolar, encontrando 262 artículos escritos desde 1987. Hay suficientes argumentos como para considerar el espectro del ánimo y el espectro bipolar dentro de cualquier estudio sobre trastornos afectivos. Sin embargo, el concepto “espectro bipolar” no es una novedad sino un resurgimiento de las observaciones de Kraepelin respecto a las manifestaciones leves de la manía. Algunos autores argumentan que el trastorno ciclotímico ataja estos casos, otros insisten que continúan existiendo suficientes casos fuera de la clasificación de los trastornos afectivos.

Si bien el espectro bipolar no es parte de la clasificación diagnóstica del DSM o del CIE, es una categoría desarrollada y defendida ampliamente en el campo de la investigación. El término espectro, dentro del marco de los trastornos afectivos, se refiere a áreas generales relacionadas con un mismo fenómeno psicopatológico (Akiskal, 2003). La propuesta es producto de la falta de delimitaciones claras de los trastornos afectivos. Es decir, se cree necesario incluir el término espectro cuando el trastorno no está bien definido por un conjunto de criterios centrales. En este caso, a modo de uso del término subsindrómico continuo, se propone ampliar los criterios con un nuevo término que abarque el abanico de síntomas presentes en diferentes manifestaciones del trastorno en cuestión.

Varias líneas de evidencia sobre fenomenología, respuesta al tratamiento, historia clínica y evolución del trastorno apoyan la distinción entre el trastorno bipolar I

y el trastorno bipolar II (Angst, 2007b; Angst et al., 2003). Por otro lado, autores renombrados señalan la importancia del espectro, delimitando tipos de bipolaridad más allá de las clasificaciones actuales TB I y TB II. Dentro de las propuestas del espectro bipolar, se han delimitado cuatro tipos de bipolaridad (Ghaemi, Ko y Goodwin; 2002). El tipo I, corresponde a la categoría clásica maniaco-depresiva descrita por Kraepelin. El tipo II, incluye la depresión con episodios hipomaniacos espontáneos. El tipo III, abarcaría los casos de depresión en los que aparecen episodios hipomaniacos con el uso de antidepresivos. El trastorno bipolar tipo IV, consistiría en un trastorno de ciclado “ultra rápido”.

La subdivisión del espectro bipolar continua siendo una línea de trabajo importante, con más propuestas específicas para clasificarlo. Otra propuesta conocida en la literatura científica es la de Akiskal y Vázquez (2006). En su clasificación se dividiría al trastorno bipolar en diez subtipos: el TB ½: trastorno esquizoafectivo tipo bipolar; TB I: al menos un episodio de manía o mixto; TB I ½: depresiones con hipomanías prolongadas; TB II: depresión con hipomanía; TB II ½: depresiones con inestabilidad anímica; TB III: hipomanía por antidepresivos; TB III ½: cambios anímicos por abuso de sustancias/alcohol; TB IV: depresiones sobre temperamentos hipertímicos o ciclotímicos; TB V: depresiones clínicas recurrentes, más de cinco episodios; y TB VI: inestabilidad anímica y/o hipomanías en pacientes con demencia temprana.

Las diferentes manifestaciones de los episodios afectivos dentro de un trastorno del ánimo parece exceder las descritas por los dos tipos de bipolaridad establecidos en el DSM-IV-TR, heredados a la última y reciente edición, el DSM-V. La diversidad de los cuadros sindrómicos dentro de los trastornos afectivos ha llevado a diferentes autores a establecer distinciones nosológicas más minuciosas. Un ejemplo de

clasificación de un trastorno depresivo dentro del espectro bipolar sería si ante el tratamiento con antidepresivos el sujeto experimenta episodios o síntomas hipomaniacos. Así mismo, se considera que muchos pacientes con depresión unipolar (o trastorno depresivo) en realidad son pacientes con bipolaridad que, por abuso de sustancias y/o trastornos de personalidad, recaen dentro del espectro bipolar (Paris, 2009).

Perugi y Akiskal (2002) estiman que la desregulación emocional del TB II va más allá de la euforia y la depresión, siendo igualmente centrales algunos síntomas afectivos negativos como la impulsividad, el pánico y la irritabilidad. También, sugieren que las oscilaciones entre episodios afectivos pueden explicarse mejor por un temperamento afectivo de base.

Existen argumentos a favor y en contra del concepto de espectro. MacKinnon y Pies (2006), estiman que el riesgo de ampliar los criterios para inclusión sería debilitar el concepto de bipolaridad. Incluso, calculan que la prevalencia de los trastornos bipolares bajo el criterio de amplio espectro se elevaría hasta un 8% en población general (Paris, 2009). La principal alternativa a clasificar la mayoría de los cuadros con fluctuaciones en el ánimo dentro del espectro bipolar es el concepto de desregulación emocional. Es decir, un cuadro con cambios emocionales breves caracterizados por inestabilidad temporal, alta intensidad y recuperación tardía de estados del ánimo disfóricos (Linehan, 1995). Esta y otras alternativas sobre la clasificación diagnóstica y taxonomía son abordadas en los posteriores capítulos del marco teórico.

La conceptualización del espectro bipolar es un campo que concierne a la del TLP, ya que en la mayoría de las propuestas de recategorización de ambos trastornos se incluye al TLP como un tipo de trastorno afectivo.

## **4.2. Evolución de la taxonomía.**

Los trastornos afectivos agrupan una serie de cuadros que varían en frecuencia, intensidad, duración, topografía y ciclado anímico. El apartado de trastornos del ánimo en el DSM-IV, versión de referencia durante los últimos 20 años aproximadamente y del presente estudio, agrupa a los trastornos depresivos así como los de tipo bipolar dentro de una misma categoría. Esta categoría llamada “trastornos del ánimo” incorpora en el DSM-IV trastornos que tienen como característica principal una alteración en el humor. Sin embargo, en el DSM-V, cuyo uso empieza a considerarse desde el 2013, separa a los trastornos del ánimo en dos apartados. Su nueva clasificación asigna un capítulo llamado “Trastornos Bipolares y otros relacionados” y otro para los “Trastornos Depresivos”.

En términos de orden de capítulos, en el DSM-V los trastornos bipolares se encuentran después del de los “Trastornos Esquizofrénicos y otros Trastornos Psicóticos” y antes del capítulo de los “Trastornos Depresivos”. Según se argumenta (APA, 2013), la ubicación de los trastornos bipolares representa el puente entre los dos tipos de diagnóstico (esquizofrenia y depresión) en términos de sintomatología, historia familiar y genética. Sin embargo, y a pesar de los cambios de ubicación, en la nueva clasificación de los trastornos del ánimo el contenido continúa abarcando los mismos componentes, con ligeros cambios basados en la reorganización más que en los criterios de diagnóstico.

El DSM-IV fue el manual de referencia durante más de 20 años y fue el punto de partida de una gran porción de estudios sobre la taxonomía de los trastornos. Por lo tanto, en el presente apartado se describe la clasificación de los trastornos de ánimo del DSM-IV, ya que han sido la base de la mayoría de los cambios que fueron contemplados para el DSM-V. En el apartado posterior, se abordarán las modificaciones



que efectivamente fueron introducidas en la quinta edición, acerca de la conceptualización y clasificación diagnóstica de los trastornos del ánimo.

#### ***4.2.1. Clasificación diagnóstica del DSM-IV.***

El DSM de referencia entre los años 1998 y 2013 ha sido la cuarta edición. En esta edición, tanto los trastornos bipolares como los depresivos se determinan en base a la presencia o ausencia de los diferentes tipos de episodios del ánimo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo inducido por abuso de sustancias y trastorno depresivo no especificado, trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar inducido por abuso de sustancias, trastorno bipolar asociado a una condición médica y trastorno bipolar no especificado.

Lo primero que se describe son los tipos de episodios afectivos que deben considerarse para la correcta identificación del tipo de trastorno del ánimo. La clasificación especifica los criterios para cada tipo de episodio, incluyendo el actual y el más reciente. Así mismo, se dan pautas para registrar el curso de los episodios, si son únicos, recidivantes y si existen episodios del polo opuesto. Además, si los criterios se cumplen para un diagnóstico de trastorno afectivo puede indicarse el nivel de gravedad del mismo (leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, grado de malestar y/o discapacidad funcional).

#### ***4.2.2. Trastorno Depresivo Mayor.***

El concepto depresión en la psicología clínica y la psiquiatría se refiere a un sentimiento de tristeza o abatimiento de intensidad patológica que es consistente o central dentro de un cuadro sindrómico (Vázquez, 2007). Al cuadro depresivo se le han adjudicado síntomas centrales y asociados a lo largo del tiempo, algunos de los cuales

permanecen, otros han sido excluidos y se han incluido nuevos criterios relevantes. En el DSM-IV, la categoría de la depresión, denominada trastorno depresivo mayor (DM), requiere la manifestación de un síndrome sintomatológico presentando los siguientes criterios (APA, 1998):

- A. Presencia de un episodio depresivo mayor, el cual requiere la manifestación de cinco (o más) de los siguientes síntomas, todos los días o casi cada día durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa:
  - 1. Ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o por la observación realizada por otros.
  - 2. Disminución marcada en el interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
  - 3. Pérdida significativa de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
  - 4. Insomnio o hipersomnia.
  - 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  - 6. Fatiga o pérdida de energía.
  - 7. Sentimientos de inutilidad y/o de culpa excesivos o inapropiados.
  - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
  - 9. Pensamientos recurrentes de muerte.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional,

preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

#### **4.2.3. Trastorno Bipolar.**

El trastorno bipolar (TB) se caracteriza por una elevada morbilidad manifestada en episodios recurrentes de manía o hipomanía y de depresión mayor. Lo que diferencia a un trastorno bipolar de un trastorno depresivo es la presencia de al menos un episodio de manía (TB tipo I) o de hipomanía (TB tipo II). En el DSM-IV-TR, además de cumplir con los criterios diagnósticos para el TB, ya sea tipo I o II, se considera crucial explorar características y síntomas asociados. Se pide especificar si el curso del trastorno ocurre con o sin recuperación interepisódica, si es de ciclado rápido y si presenta un patrón estacional. También, se supone necesario determinar si el episodio actual o más reciente es maniaco, hipomaniaco, mixto o depresivo, y definir si el episodio ha sido acompañado de síntomas catatónicos, melancólicos, síntomas atípicos o de inicio de posparto. Estas indicaciones son fundamentales para lograr un correcto diagnóstico diferencial.

Antes de presentar los criterios específicos de los dos tipos de trastorno bipolar, se describen a continuación los cuatro tipos de episodios afectivos que los componen.

##### **a) Episodio maniaco.**

Se define por un periodo concreto durante el cual el estado de ánimo es elevado. Puede describirse como un estado eufórico, caracterizado por entusiasmo indiscriminado o incesante en relaciones interpersonales, sexuales, laborales, etc. A nivel cognitivo, la velocidad del pensamiento percibida subjetivamente, la autoestima elevada y la sensación o creencia de grandiosidad pueden alcanzar un extremo delirante.

También, puede manifestarse en forma de irritabilidad, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto.

El episodio se muestra con frecuencia acompañado de labilidad afectiva, es decir, una alternancia entre la euforia y la irritabilidad. Es posible que el ánimo elevado o irritable pueda ser visto simplemente como peculiar para otros, sin embargo, las personas que conocen al sujeto reconocen su estado como excesivo (APA, 2000).

Los criterios específicos del DSM-IV-TR (Criterio A, B, C, D y E) lo definen como un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana, o cualquier duración que requiera hospitalización (Criterio A). Durante el periodo de alteración del estado de ánimo deben haber persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y manifestados en un grado significativo (Criterio B): 1) autoestima exagerada o grandiosidad, 2) disminución de la necesidad de dormir; 3) habla más acelerada de lo habitual o verborreica; 4) fuga de ideas o experiencia objetiva de que el pensamiento está acelerado; 5) distraibilidad; 6) aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora; 7) implicación excesiva en actividades placenteras que tiene un alto potencial para producir consecuencias graves.

Se considera episodio maniaco sólo si los síntomas no cumplen con criterios para el episodio mixto único (Criterio C). La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro en el ámbito laboral, en las actividades sociales habituales, en las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, y/o si provocan síntomas psicóticos (Criterio D). Finalmente, si los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia ni una enfermedad médica (Criterio E).

### **b) Episodio Mixto.**

Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos una semana (Criterio A). La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, y/o si hay síntomas psicóticos presentes (Criterio B). Se considera como episodio mixto si los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni una enfermedad médica (Criterio C) (APA, 2000).

### **c) Episodio hipomaniaco.**

Consiste en un periodo diferenciado durante el cual el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente al estado de ánimo habitual (Criterio A). Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido un grado significativo en: 1) autoestima exagerada o grandiosidad; 2) disminución de la necesidad de dormir; 3) más hablador de lo habitual o verborreico; 4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado; 5) distraibilidad; 6) aumento en la actividad intencionada o agitación psicomotora; 7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (Criterio B).

El episodio debe estar asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático (Criterio C) y si la alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás (Criterio D). Este episodio, a diferencia del episodio maniaco, no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral, social u hospitalización, ni hay síntomas psicóticos

(Criterio E). Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (Criterio F) (APA, 2000).

**d) Episodio Depresivo.**

Su principal característica es un estado de ánimo predominante durante un periodo de tiempo determinado en el cual hay una pérdida de interés marcada, baja energía y motivación, a diferencia del estado habitual del sujeto. El ánimo se ve afectado por cambios en el sueño, en el apetito y en la actividad psicomotora. Los criterios del DSM-IV-TR (Criterio A, B, C, D y E) requieren la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

Uno de los síntomas debe ser (a) estado de ánimo depresivo o (b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer (Criterio A) acompañado de los siguientes síntomas: 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros; 2) disminución marcada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día; 3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso; 4) insomnio o hipersomnia casi cada día; 5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día; 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día; 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día; 8) disminución en la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día; 9) pensamientos recurrentes de muerte (APA, 2000).

Para clasificarse como episodio depresivo los síntomas no deben cumplir criterios para un episodio mixto (Criterio B), los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida (Criterio C), y no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o

una enfermedad médica (Criterio D). Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo y persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimientos psicomotor (Criterio E) (APA, 2000).

La clasificación de los trastornos bipolares varía según la presencia y el tipo de episodio afectivo. El diagnóstico para el trastorno bipolar, según el DSM-VI-TR, tiene dos vertientes: trastorno bipolar tipo I (TB I) y trastorno bipolar tipo II (TB II). Los criterios para cada tipo se encuentran en la tabla 4.1.

Tabla 4.1. Criterios de diagnóstico del Trastorno Bipolar, según el DSM-IV-TR.

Trastorno Bipolar tipo I (TB I)	Trastorno Bipolar tipo II (TB II)
<p><b>A.</b> Presencia de un único <i>episodio de manía</i>, sin episodios depresivos mayores anteriores.</p> <p><b>B.</b> El episodio maniaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p><b>C.</b> Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p><b>D.</b> Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p>	<p><b>A.</b> Presencia (o historia) de uno o más <i>episodios depresivos</i> mayores.</p> <p><b>B.</b> Presencia (o historia) de al menos un <i>episodio hipomaniaco</i>.</p> <p><b>C.</b> No ha habido ni un solo <i>episodio maniaco</i>.</p> <p><b>D.</b> Los síntomas afectivos de los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos con una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p><b>E.</b> Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>

El TB I variará dependiendo del tipo del episodio actual o más reciente, si ha sido maniaco, hipomaniaco o mixto. Para ser considerado como TB I, debe presentarse alguno de los siguiente cuadros: 1) el episodio actual es un único episodio maníaco, sin antecedentes previos de episodios afectivos y sin explicarse mejor por un trastorno psicótico, 2) el episodio actual o más reciente es hipomaniaco, y en el pasado se ha

manifestado al menos un episodio maniaco o uno mixto, 3) el episodio actual o más reciente es maniaco y se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto previamente, 4) el episodio actual o más reciente es mixto y hay historia de un episodio mayor, maniaco o mixto, 5) el episodio actual o más reciente es depresivo y se cumple con criterios para un episodio maniaco o mixto en el pasado y 6) el episodio actual o más reciente es no especificado y en el pasado hubo al menos un episodio maniaco o mixto.

El diagnóstico diferencial, incluso entre los trastornos del ánimo, supone un desafío para en la práctica clínica y en la investigación. Los bordes delimitantes no resultan tan claros en cuadros reales. Una de las razones principales es la dificultad en distinguir los tipos de episodios. Frye (2011), propone cinco claves para diferenciar los episodios maniacos de los hipomaniacos. En la tabla 4.2. se presentan en detalle las claves de diferenciación, tres de las cuales contienen marcadores claros para distinguir el tipo de episodio (nº 1, nº 3 y nº 4).

Trabajos como el de Frye (2011), muestran la necesidad de identificar elementos diferenciales entre los trastornos del ánimo. La diversidad de componentes en los distintos episodios afectivos es fuente de desconcierto al momento de diagnosticar. No sólo se intrincan los episodios entre sí, sino también se llegan a confundir con cuadros sintomáticos de otros trastornos. Continua siendo necesario refinar la constitución de cada episodio afectivo, lograr diferenciarlos por sus elementos, manifestaciones y patrones de los síntomas que los caracterizan. Las tendencias en los cambios de las ediciones del DSM, las revisiones constantes de la clasificación diagnóstica y las propuestas realizadas hasta la fecha, demuestran la necesidad de cambios taxonómicos.



Tabla 4.2. Claves de criterios diagnósticos para diferenciar Trastorno Bipolar I y II.

Nº	Episodio maníaco (TB I)	Episodio hipomaníaco (TB II)
1	Período definido durante el cual hay un estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable que <b>dura al menos 1 semana</b> (o menos si se requiere hospitalización).	Período definido durante el cual hay un estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable que <b>dura al menos 4 días</b> .
2	Debe estar acompañado por al menos tres de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable): aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, hablar apresurado, pensamientos acelerados, perturbación, aumento de la participación en actividades con objetivos definidos o agitación psicomotora, participación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.	Debe estar acompañado por al menos tres de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable): aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, hablar apresurado, pensamientos acelerados, perturbación, aumento de la participación en actividades con objetivos definidos o agitación psicomotora, participación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.
3	Síntomas que no cumplen los criterios para un episodio mixto.	Los episodios hipomaníacos deben ser claramente diferentes del estado de ánimo habitual no deprimido de la persona y debe haber un claro cambio de funcionamiento que no sea una característica habitual de la persona.
4	La perturbación debe ser lo suficientemente severa como para provocar un marcado deterioro en el funcionamiento social o laboral, o para requerir hospitalización, o que se caracterice por la presencia de síntomas psicóticos.	Los cambios en el estado de ánimo y funcionamiento deben ser observados por terceros. <b>A diferencia de un episodio maníaco</b> , un episodio hipomaníaco no es suficientemente grave como para provocar un deterioro en el funcionamiento social o laboral, o para requerir hospitalización, y no hay síntomas psicóticos.
5	Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de medicación, enfermedad general, o abuso de sustancias.	Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de medicación, enfermedad general, o abuso de sustancias.

#### 4.2.4. Recientes modificaciones en los trastornos afectivos en el DSM-V.

Antes de la publicación del DSM-V (APA, 2013), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) durante varios años dio acceso al público a las propuestas de cambio y revisiones científicas que el *Grupo de Trabajo de los Trastornos del Ánimo de la APA*

estuvo considerando para la quinta edición del DSM. La gran mayoría de las propuestas fueron introducidas. Sin embargo, en la clasificación de los trastornos del ánimo del DSM-V se mantiene la conceptualización de los trastornos afectivos y continúan siendo descritos por los mismos componentes. Los principales cambios se han basado en la reorganización del contenido más que en la modificación de los conceptos.

En primer lugar, el DSM-V reordena la ubicación de los trastornos del ánimo separándolos en capítulos diferentes. Su nueva clasificación asigna un apartado llamado “Trastornos Bipolares y otros relacionados” y otro apartado para los “Trastornos Depresivos”. En términos de orden, los trastornos bipolares como capítulo en el DSM-V se encuentran después del de los “Trastornos Esquizofrénicos y otros Trastornos Psicóticos” y antes de los “Trastornos Depresivos”. Tal como se ha mencionado anteriormente, según se argumenta en el DSM-V, la ubicación de los trastornos bipolares representa el puente entre los dos tipos de diagnóstico (esquizofrenia y depresión) en términos de sintomatología, historia familiar y genética.

La categoría “Trastornos Bipolares y otros relacionados” esta compuesta por cinco tipos de bipolaridad, de los cuales persisten todos los del DSM-IV. Los trastornos bipolares son el TB I, el TB II, Trastorno Ciclotímico, Bipolaridad y Trastornos Relacionados a causa de una condición médica y el Trastorno Bipolar No Especificado. Los criterios del TB I representan el modelo clásico *maniaco-depresivo*, con la salvedad de no ser considerado un trastorno psicótico ni requiere la presencia de un episodio depresivo a lo largo de la vida. El TB II en cambio, sí requiere la presencia de al menos un episodio depresivo, sin embargo, este tipo de bipolaridad ya no se considera como una manifestación menos importante o de menor gravedad que el TB I. El argumento de base considera que las alteraciones del ánimo del TB II suelen ser lo suficientemente

severas como para generar disfunción en diferentes áreas de la vida de quienes lo padecen (APA, 2013).

Dentro de la categoría “Trastornos Bipolares” los trastornos implicados han sufrido tres principales modificaciones. Por un lado, el episodio mixto ya no existe como criterio de exclusión en la bipolaridad. Anteriormente, en el DSM-IV, un episodio maniaco cumplía criterio diagnóstico como tal sólo si no cumplía criterio para un episodio mixto. El episodio mixto (el criterio C en el DSM-IV), ya no es considerado como un episodio en sí en el DSM-V, sino que ha pasado a ser una característica de los demás episodios (p. ej. episodio hipomaniaco con características mixtas). Por otro lado, dentro del diagnóstico diferencial del TB II se destaca el Trastorno Límite de la Personalidad. El elemento diferencial que se sugiere consiste en que la labilidad afectiva y la impulsividad deben ser presentes exclusivamente durante un episodio afectivo. En contraparte, el diagnóstico de TLP no debe realizarse cuando los síntomas se presentan como parte de un episodio afectivo. Finalmente, el “malestar ansioso” se incluye como una de las características a resaltar en el apartado de “Especificadores”.

La creación de la categoría “Trastornos Depresivos” en el DMS-V no implicó cambios conceptuales sobre la depresión, no obstante, introdujo una clasificación con nuevos tipos de depresión. Los tipos de trastornos depresivos son seis: 1) el “Trastorno Disruptivo de la Desregulación del Ánimo” (original en inglés: *Disruptive Mood Dysregulation Disorder*), 2) “Trastorno Depresivo Mayor”, 3) “Trastorno Depresivo Persistente” (anteriormente denominado Distimia), 4) “Trastorno Disfórico Premenstrual”, 5) “Trastorno Depresivo a causa de otra condición médica” y 6) “Trastorno Depresivo No Especificado”.

El primero, Trastorno Disruptivo Depresivo, ha sido un intento por evitar el sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento de bipolaridad en la infancia. El tercero,

Trastorno Depresivo Persistente, incluye a lo que antes se denominaba Distimia y al trastorno depresivo crónico. El cuarto, Trastorno Disfórico Premenstrual, ha pasado a ser un Trastorno en sí en el cuerpo del DSM-V a diferencia de ser un síndrome que figuraba en el apéndice del DSM-IV. En otras palabras, dos de tres de las categorías consisten en sintomatología previamente considerada en el DSM-IV y recategorizada en el DSM-V.

En términos de criterios de diagnóstico para la depresión, el *Grupo de Trabajo de los Trastornos del Ánimo de la APA* sugería varias modificaciones. Por un lado, pedía descartar el duelo como criterio de exclusión para el Trastorno de Depresión Mayor. Sugería que si bien al duelo lo acompaña una sintomatología depresiva, cuando deriva en un episodio depresivo suele estar relacionado con la historia de algún trastorno depresivo de base. En el DSM-V el duelo fue eliminado como criterio de exclusión.

Por otro lado, el grupo de trabajo recomendaba descartar el diagnóstico de un episodio depresivo cuando corresponde a un trastorno esquizoafectivo y si se superpone con un trastorno esquizofrénico, esquizofreniforme, delirante u otro trastorno psicótico no especificado. Esto último es un criterio que en el DSM-IV se incluye en el diagnóstico del trastorno bipolar. Para la depresión mayor el único criterio de exclusión en el DSM-IV es cumplir con un episodio mixto. Se había sugerido introducir en el diagnóstico de depresión mayor uno de los criterios de exclusión que en el DSM-IV figura para el diagnóstico de TB I. La propuesta completa exigía tomar en cuenta si un episodio del ánimo, ya sea depresivo, maniaco o hipomaniaco, no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico. Esta sugerencia era de suma importancia para el diagnóstico diferencial entre la depresión unipolar y la depresión bipolar. Ambos cambios han sido integrados al DSM-V. Por un lado, se introdujo como criterio (el D en

el DSM-V) no diagnosticar DM si el cuadro puede atribuirse a un trastorno de tipo psicótico y cuando haya habido un episodio maniaco o hipomaniaco (criterio E).

Finalmente, los argumentos que justifican el cambio estructural más importante para los trastornos de ánimo en el DSM-V, la creación de secciones independientes para la depresión y la bipolaridad, sostienen que los trastornos depresivos tienen como común denominador y elemento sobresaliente el ánimo triste, vacío o irritable acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente el funcionamiento de las personas. En cambio, los trastornos bipolares se caracterizan por las fluctuaciones en el ánimo (APA, 2013).

#### **4.3. Epidemiología.**

Existen dificultades para determinar el grado de prevalencia de los trastornos mentales por distintos motivos. En primer lugar, es delicado establecer índices de prevalencia e incidencia a nivel mundial por diversas inconsistencias entre los sistemas sanitarios entre diferentes países. Además, las tasas de prevalencia e incidencia se basan en los casos que llegan a recibir atención sanitaria. Sin embargo, y a pesar de que no se ha llegado a una definición de consenso a nivel internacional sobre la prevalencia, se han consensuado criterios válidos y por lo general aceptados para estipular prevalencia a nivel mundial (Goldman, Gatozzi y Taube, 1981; McLean y Liebowitz, 1989).

Para determinar la prevalencia de trastornos mentales en general se ha agrupado a los de mayor gravedad, denominándolos “Trastornos Mentales Severos y Persistentes”. Esta agrupación incluye a trastornos cuya gravedad y mayor grado de discapacidad genera mayor demanda de servicios sanitarios. Dentro de este grupo se encuentra la depresión mayor unipolar, el trastorno bipolar y el trastorno de la personalidad, entre otros. Con este criterio se ha aceptado un valor del 2.6% de

prevalencia de “trastornos mentales severos y persistentes” en población general, coincidente con las estadísticas de diversos países (entre ellos España).

Gracias al surgimiento de una gran variedad de instrumentos de diagnóstico ha sido posible obtener datos epidemiológicos en muchos estudios nacionales e internacionales (Correa et al., 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado revisiones epidemiológicas de más de 35 países en el mundo y estima que más de la mitad de los casos de trastornos mentales graves no reciben tratamiento. En concreto, miembros de la OMS han referido que el 56.3% de los casos con depresión, el 56% con distimia y el 50.2% con trastorno bipolar ocurren sin ser tratados (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2012). Dada la dificultad de tener tasas mundiales más específicas, la epidemiología de los trastornos afectivos será tomada de los principales y más importantes estudios científicos que han abordado la problemática.

#### ***4.3.1. Depresión.***

La OMS considera a la depresión como un problema importante de salud pública por su prevalencia a lo largo de la vida y por su causa destacada de sufrimiento y morbilidad. La OMS estima que para el año 2020 la depresión será la primera causa de discapacidad a nivel mundial, siendo en el presente el trastorno mental de mayor incidencia. Se calcula que la prevalencia en población general del trastorno depresivo es del 10% al 25% para las mujeres y del 5% al 12% para los hombres, en población adulta (mayor a 18 años de edad) (OMS, 2007). En referencia a la edad etaria, Geller et al. (2001, 2002), presentan un dato importante: en estudios de seguimiento 10 años encontraron que el 33% de los niños con diagnóstico de depresión desarrollaron un TB tipo I y el 15.3% un TB tipo II.

#### **4.3.2. Trastorno Bipolar.**

Entre los trabajos individuales más importantes que se han realizado sobre bipolaridad, destaca el de Clayton (1981), mostrando que la bipolaridad es la novena causa de discapacidad en el mundo, de la cual en el 25% de los casos se consuma el suicidio y en el 15% se intenta. De diferentes investigaciones existe un acuerdo en que la edad de inicio se sitúa entre los 18 y 23 años y el diagnóstico es menos frecuente a partir de los 65 años de edad (Correa et al., 2006). A continuación se mencionan los principales estudios epidemiológicos sobre el trastorno bipolar a nivel mundial.

La primera publicación formal fue realizada por el “Área de Captura Epidemiológica” (ECA, Epidemiologic Catchment Area) en Norteamérica (Robins y Regier, 1991). La prevalencia encontrada para el trastorno bipolar fue de 0.8% para el TB I y del 0.5% para el TB II. Más adelante se realizó la “Encuesta Nacional de Comorbilidad” (NCS, National Comorbidity Survey), la cual reveló mayores tasas al cribar por comorbilidad y presencia de manía. Se encontró para el episodio maniaco una prevalencia de vida del 1.6% y del 1.3% de un año. El estudio de la NCS fue relevante ya que mostró mayor prevalencia al incluir la comorbilidad. De este modo, se exploró la prevalencia del TB como trastorno comórbido con otros trastornos mentales.

En Latinoamérica se realizaron importantes investigaciones epidemiológicas sobre trastornos afectivos en general. El MAPPS, de Vega, Kolody y Aguilar-Gaxiola (1998), reveló una prevalencia del 12.1% de trastornos del ánimo en población de origen mexicano viviendo en Estados Unidos. García-Álvarez (1986), exploró la epidemiología de trastorno afectivos en diferentes áreas de Latinoamérica, encontrando desde un 9.8% a 15.3% en países como Chile, Argentina, Perú y Santo Domingo, hasta entre el 19% y 53% en países como México, Costa Rica y Cuba. Encuestas auspiciadas por la OMS presentan tasas de prevalencia de trastornos afectivos de 4.01% en

Argentina (Askenazi y Casullo, 1984), 1% en Brasil (el 80% de los casos correspondientes a TB) (Kerr-Correa, Souza y Calil, 1998), 9.7% de depresión mayor y 0.9% de episodio maniaco en Perú (Minobe et al., 1990), 15% en Chile (el 4.3% de TB) (Vicente et al., 2002) y 2.6% de TB en México (encontrando 1.2% de episodio maniaco y 0.9% hipomaniaco) (García-Álvarez, 1986).

En estudios epidemiológicos de alcance mundial sobre depresión mayor y trastorno bipolar se han mostrado prevalencias desde 0.3% hasta 5.1% (Weissman et al., 1996), incluyendo a Taiwán, E.E.U.U., Canadá, Alemania, Corea, Nueva Zelanda, Puerto Rico, Dinamarca, Islandia Noruega, Etiopía y Tailandia. La prevalencia en el mundo de TB I, estudiada por Faravelli et al. (1996), es de 1.86% en mujeres y 0.65% en hombres y del 0.2% global para el TB II. En estudios europeos se ha encontrado una prevalencia por año de episodios de manía desde 0.1% en España hasta 0.6% en Holanda.

Judd y Akiskal (2003) y Angst (1998), han aportado datos epidemiológicos sobre casos subsindrómicos o “bipolaridad suave” tomando así en cuenta los trastornos del espectro bipolar. Sus datos muestran que de ser incluidos los trastornos subumbrales las tasas de prevalencia de los trastorno bipolares se elevaría hasta 6.4%. Angst et al. (2003) encontraron que las tasas de prevalencia para el espectro bipolar oscilan entre el 2.6% y 7.8%.



## V. CONFLICTOS DERIVADOS DE LA CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

La clasificación diagnóstica ha sido fuente de discusión desde el inicio de la psiquiatría. Las categorías que utilizamos en el presente están basadas puramente en la fenomenología de los trastornos, lo cual se debe principalmente a que las causas o etiología de los trastornos mentales aún son desconocidas. La psiquiatría no ha logrado encontrar marcadores biológicos específicos para cada trastorno. Como describe Paris (2009), Kraepelin aceptó que la clasificación diagnóstica se basara en la fenomenología de las enfermedades mentales a falta de evidencia de causas fisiológicas. Esta misma razón es por la cual en la versión IV del DSM se introduce el término “trastorno” para suplirlo por el de “enfermedad”. Si revisamos el origen de la estructura de categorías diagnósticas podemos encontrar algunas de las raíces que hoy en día son causas de alta casuística de comorbilidad.

En el DSM-III se introdujo el sistema multiaxial de clasificación. La estructura multiaxial dividió en ejes la exploración de la psicopatología. Se estructuró la clasificación en cinco ejes para evaluar los síndromes de forma simultánea e independiente. Cada eje cumple una función diferente. El eje I se introdujo para determinar cuál sería el trastorno mental prominente, mientras que el eje II se creó para dar un espacio exclusivo a la personalidad y describir el desajuste de la misma. El eje III se creó para registrar las enfermedades médicas no psiquiátricas, el eje IV para evaluar los estresores psicosociales del presente y, finalmente, en el eje V se valora el funcionamiento psicosocial general.

El sistema multiaxial continua siendo la estructura del DSM a pesar de los sucesivos cambios que ha sufrido en sus últimas ediciones. Las modificaciones prosiguientes al DSM-III fueron monitoreadas por un equipo llamado *Grupo de Trabajo*

*de los Conflictos Multiaxiales* (originalmente en inglés denominado Multiaxial Issues Work Group), creado antes del desarrollo del DSM-IV, el cual continuó apoyando la permanencia de un eje separado para los trastornos de la personalidad (Gruenberg y Goldstein, 2005). La arquitectura del sistema de evaluación multiaxial fue diseñada contemplando su aplicación clínica y tomando en cuenta su utilización para el estudio científico de los trastornos mentales. Fue creado como un sistema que pudiera independizarse de las diferentes perspectivas etiológicas desde la Psicología y la Psiquiatría como disciplinas (conductual, cognitiva, psicodinámica, interpersonal, etc.), creando así una base nosológica ateórica.

A pesar de que la evaluación multiaxial ha presentado mejoras del DSM-III al DSM-IV-TR y de éste al DSM-V, incluyendo la introducción de la evaluación de trastornos del desarrollo en la infancia y guías específicas para determinar el funcionamiento global del eje V, la forma en la que se evalúa el impacto de experiencias traumáticas en la infancia y el desarrollo es restringida, no se presta suficiente atención a la manifestación temprana de trastornos y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Tampoco se evalúan factores psicológicos de base, como el temperamento y la personalidad, ni su impacto en el cuadro clínico. Además, no se ha logrado delimitar una gran variedad de cuadros patológicos que se solapan. La mayor limitación que concierne al presente estudio es el solapamiento de síntomas que cumplen criterio diagnóstico para más de un trastorno en un mismo eje y principalmente cuando se cumple criterios tanto para el eje I como el eje II.

Livesley (2005) consideraba que las principales limitaciones del DSM-IV-TR a ser consideradas en las revisiones para el DSM-V incluyen una empobrecida utilidad clínica, ausencia de exclusividad y exhaustividad, insuficiencia psicométrica, falta de apoyo empírico para los conceptos diagnósticos, un enfoque ateórico y la utilización de

diagnósticos categoriales. Sostiene su postura con argumentos que se refieren al uso clínico y de investigación. Estima que las dimensiones como la inestabilidad emocional, la impulsividad o la ansiedad son fundamentales al delinear tratamientos y no son consideradas en la estructura general del DSM, sino como apéndices al margen de las categorías diagnósticas.

Si bien la introducción de un modelo alternativo para la evaluación de la personalidad en el DMS-V es un avance importante, la falta de exclusividad, o que los diagnósticos no sean mutuamente excluyentes, aún resulta en continuos y confusos solapamientos. La falta de exhaustividad pone de manifiesto que el DSM no ha podido identificar la naturaleza de las relaciones entre diagnósticos. La fiabilidad, la validez de constructo y la consistencia interna aún repercuten en la capacidad de los instrumentos psicométricos para derivar en el mismo diagnóstico. La inicial ventaja que brindaba la constitución atórica de la taxonomía del DSM ahora se critica como una ausencia de base de estructura. Es decir, carece de principios que expliquen por qué se diseñó de tal manera el DSM.

Diferentes autores han realizado propuestas específicas para mejorar la estructura del DSM. Gruenberg y Goldstein (2005) han propuesto cuatro elementos para una evaluación multiaxial realmente exhaustiva. Con ello sugieren incorporar nuevos contenidos de información, la comprensión de la vulnerabilidad genética, realizar una evaluación profunda del ambiente familiar y psicosocial durante el desarrollo, investigar abuso y maltrato en la infancia e identificar discapacidades del aprendizaje y cognitivas. Opinan que los criterios para el diagnóstico de trastornos del eje I se mantengan, pero que aún se necesitan más estudios sobre la comorbilidad de trastornos del eje I y sobre aspectos dimensionales de la personalidad y vulnerabilidades temperamentales.

En base a lo anterior, Gruenberg y Goldstein, habían propuesto una codificación específica para la evaluación multiaxial del DSM-V en la cual se incluyen ejes adicionales para evaluar el desarrollo neurológico, genético, farmacológico y cultural. Son propuestas que como no han sido integradas en su totalidad para la quinta edición del DSM continúan siendo importantes a considerar. Concretamente, han propuesto los siguientes cambios o agregados en los cinco ejes para el DSM-V (en Phillips, First y Pincus, 2005):

- Eje I: Trastornos psiquiátricos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: Trastornos de la personalidad, retraso mental, temperamento y dimensiones de la personalidad.
- Eje III: Enfermedades médicas no psiquiátricas y marcadores de imagen relevantes.
- Eje IV: Estresantes psicológicos e interpersonales y experiencias traumáticas tempranas.
- Eje V: Evaluación global del rendimiento social y laboral.

En el DSM-V no se introdujeron estos cambios de manera exacta o a nivel multiaxial, sin embargo, sí se ha incorporado una evaluación dimensional de los trastornos. También, en el apartado de “Especificaciones” de cada trastorno, se recomienda determinar características sobresalientes en cada diagnóstico resaltando componentes del temperamento, del ánimo, factores relacionados con el género, entre otros.

La inclusión de la evaluación del temperamento en el eje II es de suma importancia para la propuesta de la presente investigación. Como veremos en la parte empírica del estudio, el temperamento es uno de los factores que subyacen la comorbilidad de trastornos de los ejes I y II. Los principales puntos de debate sobre el eje II en general, y el TLP en particular, son aún inconclusos. Entre ellos se discute si el eje II debería permanecer separado o si debería introducirse como una categoría del eje I, si debe mantenerse una taxonomía categórica o virar hacia un enfoque dimensional.

### **5.1. Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad y los trastornos afectivos.**

La forma de clasificar los trastornos de la personalidad (TP) continúa siendo un conflicto para la clínica y la investigación en diferentes áreas de la salud mental. Si bien la creación de un eje independiente para la personalidad logró traer la atención a los TP, la nosología de cada trastorno presenta un reto para la estructura del DSM-V. Según Livesley (2005), las investigaciones sobre rasgos y criterios de trastorno de la personalidad fracasan a la hora de reproducir los conceptos del DSM. Además, considera que la estructura del DSM-V debería tomar en cuenta el orden dimensional de los trastornos de la personalidad que han encontrado numerosos estudios científicos.

Las limitaciones de la clasificación de los TP han sido demostradas por muchos autores (Clarkin, Hull y Hurt, 1993; Frances y Widiger, 1986; Livesley, Schroeder, Jackson y Jang, 1994; Western y Shedler, 2000; Widiger, 1993), siendo el TLP el trastorno del eje II más estudiado. La introducción del modelo dimensional del DSM-V es un buen comienzo para abordar esta problemática, sin embargo, la clasificación categórica de los TP continúa siendo asignada como la oficial y principal base diagnóstica en el DSM-V.

En lo que respecta a la Psicología y Psiquiatría Clínica, la clasificación categórica ha sido la base de referencia para definir el trastorno límite de la personalidad (TLP), por lo tanto su clasificación tiene un fuerte impacto en la delineación de tratamientos. Así mismo, la investigación en psicopatología parte de conceptos taxonómicos de los manuales de diagnóstico, influyendo así en el abordaje del estudio de los trastornos en cuestión. Tanto en la práctica clínica como en estudios de investigación se han encontrado conflictos derivados de un excesivo solapamiento y comorbilidad entre el TLP y el trastorno bipolar (TB) particularmente. Esto ha llevado a una creciente polémica científica sobre el constructo del TLP, si debería permanecer como una entidad nosológica independiente o si se trata realmente de un cuadro perteneciente a los trastornos afectivos.

La revisión bibliográfica de Cabrera (2006), sobre la comorbilidad de trastornos afectivos y de la personalidad, incluye desde abordajes teóricos de principios del siglo XX hasta propuestas de investigadores contemporáneos. Su revisión aglomera las propuestas y planteamientos científicos y teóricos en cuatro hipótesis para comprender las interacciones posibles entre la personalidad y el TB.

La primera hipótesis sostiene que la personalidad puede constituir un factor que predispone al desarrollo del trastorno bipolar. La segunda hipótesis indica que la personalidad puede ser una expresión del trastorno del ánimo. La tercera propone que la personalidad puede actuar como un modulador del trastorno del ánimo. Por último, la cuarta hipótesis postula que la personalidad puede ser una alteración causada por el TB. Las cuatro hipótesis pueden ayudar a observar las formas en las que interactúan la personalidad y el ánimo en la comorbilidad del TLP con los trastornos afectivos.

De la primera hipótesis podemos observar si la personalidad precede al desarrollo de un patrón en el ciclo del ánimo y si puede advertir una tendencia hacia la

melancolía o hacia la hipertimia o irritabilidad. La segunda hipótesis nos acerca a mirar el rol del temperamento y cómo los rasgos de la personalidad pueden verse como manifestaciones leves de un trastorno del ánimo. La tercera propuesta hace foco en cómo la personalidad influye en el ciclo y evolución del ánimo en un trastorno afectivo. Por último, su cuarta propuesta nos incita a prestar atención en cómo los episodios anímicos pueden alterar la personalidad. En resumen, lo que se presenta como diferentes propuestas explicativas son en realidad perspectivas complementarias que brindan mayor entendimiento sobre cómo se manifiesta la comorbilidad en forma dimensional.

## **5.2. El trastorno límite de la personalidad como entidad nosológica.**

Los criterios de diagnóstico del TLP han sido sometidos a investigaciones que exploran su validez. Aplicando análisis factorial, algunos estudios importantes han detectado tres componentes sobresalientes en muestras de personas diagnosticadas con TLP (Clarkin et al., 1993; Rosenberger y Miller, 1983; Sanislow, Grilo y McGlashan, 1999). En primer lugar, mostraron ser sobresalientes los conflictos en las relaciones, incluyendo inestabilidad emocional, alteración en la identidad y sentimiento crónico de vacío. En segundo lugar, destacó la desregulación de la conducta manifiesta en impulsividad, autolesiones e intentos de suicidio. Por último, sobresalió la desregulación de las emociones detectada en la irascibilidad, el miedo al abandono y la inestabilidad afectiva permanente. Sin embargo, al entrar en detalle, dentro de los tres grandes factores hay componentes que varían según las dimensiones del cuadro. Por ejemplo, las conductas suicidas se encontraron presentes en los casos en los que había trastornos afectivos y del comportamiento.

Según Fossati et al. (1999) la alteración de la identidad y la inestabilidad interpersonal son los factores que muestran mayor especificidad y sensibilidad diagnóstica desde un orden categórico. En cambio, el temperamento (desregulación de la ira e impulsividad) se ve distribuido de forma dimensional. Wilkinson y Western (2000) encontraron que la alteración de la identidad es un componente dimensional y multifacético que logra distinguir a personas con TLP de otros trastornos tanto del eje I como del eje II.

Al día presente, más allá de los factores categóricos del TLP se empieza a tomar en cuenta la importancia de su estructura dimensional. Tal y como se mencionó en el apartado acerca de la taxonomía, las propuestas sobre la clasificación del TLP muestran un esfuerzo por integrar un diagnóstico categorial con una mirada dimensional.

### **5.3. El trastorno límite de la personalidad como parte del espectro bipolar.**

La prevalencia de los trastornos de la personalidad en el trastorno bipolar (TB) ha mostrado tener una frecuencia muy elevada, alcanzando aproximadamente al 40% de las personas con TB (Cabrera, 2006). La pertenencia del TLP al espectro de los trastornos bipolares, o su definición como un trastorno de personalidad independiente de los trastornos afectivos, es tema de controversia en el presente. También se ha investigado la comorbilidad entre los dos cuadros y la eventual evolución bipolar a través del tiempo de los pacientes con diagnóstico de TLP (Gunderson et al., 2006). De esta rama de investigación se desprenden evidencias de una relación entre TLP y el TB II, principalmente. Sin embargo, dicha evidencia no es concluyente en los que respecta a la identidad de ambos trastornos (Paris et al., 2007; Perugi et al., 2013a).

El subdiagnóstico y el retraso en la detección de los trastornos bipolares han sido reportados en diversos contextos. Una proporción importante de pacientes con TB



pasan, desde el inicio de su enfermedad, alrededor de una década sin un diagnóstico y tratamiento adecuado. Considerando el retraso diagnóstico como la medida de tiempo entre la primera visita al profesional de salud mental y el diagnóstico correcto, se han reportado cifras de 6 años de retraso para el TB I, de 3,3 años para el trastorno depresivo mayor y casi 12 años en el caso de TB II (Baldessarini et al., 2003; Ghaemi et al., 1999; Strejilevich y Retamal-Carrasco, 2003). Algunas características que contribuyen a este retraso incluyen la dificultad en diferenciar las depresiones bipolares de las unipolares (Vieta y Suples, 2008), la preponderancia de síntomas depresivos a lo largo del curso del trastorno bipolar (Judd et al., 2002; Vieta y Suples, 2008), la dificultad del profesional al realizar un diagnóstico diferencial y el sesgo del paciente al momento de recabar síntomas de la serie hipomaniáca en el caso del TB II (Smith y Ghaemi, 2006; Perugi et al., 2013).

Zimerman et al. (2010) informaron que la evaluación con el instrumento mayormente utilizado para evaluar trastornos bipolares (el MDQ - Mood Disorder Questionnaire; Hirshfeld et al., 2000), indica la presencia de TLP tanto como de un trastorno bipolar. Es decir, la evaluación da positivo para ambos trastornos. El problema que supone diferenciar el TLP de otros trastornos de la personalidad del grupo B y de los trastornos del ánimo, aparentemente se ha traspasado a los instrumentos de evaluación (Apfelbaum et al., 2013).

### ***5.3.1. El trastorno límite de la personalidad como subtipo de trastorno afectivo.***

En el TLP hay una repetitiva y persistente conducta en la que se violan las normas establecidas o se interfiere en el espacio de los otros. En el trastorno bipolar no parece haber una necesidad de agredir o crear conflicto interpersonal. Por lo cual, autores como Skodol et al. (2010), Silk (2010), Yang, Coid y Tryer (2010), entre otros,

proponen incluir al TLP como subtipo del TB tipo II, específicamente en su fase hipomaniaca, no en la maniaca.

Autores como Akiskal (2002), Ghaemi y Goodwin (2001), Gunderson et al. (2006), entre otros, apelan por la diferenciación de la manifestación de los síntomas del TLP y del TB pero siendo considerados parte de un mismo cuadro, ya que comparten componentes centrales. En concreto, consideran el TLP como un tipo de bipolaridad (Tipo IV) con ciclo ultra-rápido.

En el TLP los síntomas se manifiestan de una manera permanente o persistente, con lo cual los síntomas se consideran estables a lo largo de la vida de la persona, como patrones de respuesta. En cambio, en la bipolaridad, los síntomas serían parte de la ritmicidad o ciclo del ánimo. Por ejemplo, aparentemente la irritabilidad y ansiedad en el TB no son tan reactivas como en el TLP y varían según el ciclo donde empieza la hipomanía. Por lo tanto, se consideran estables en el TLP y en el TB sólo presentes en un episodio afectivo, en este caso hipomaniaco. Considerando que los factores de inestabilidad en el ánimo son estables o persistentes en TLP pero esporádicos o cíclicos en el TB, surge la pregunta si son los conflictos interpersonales los que disparan la reactividad emocional o si es el ánimo inestable lo que causa los problemas interpersonales.

Akiskal y Benazzi (2003), quienes están de acuerdo con que el TLP deba entenderse como un subtipo de trastorno afectivo, consideran que los síntomas tipo límite serían la cara disfórica de la ciclotimia. Es decir, que el individuo ciclotímico en su etapa hipomaniaca se pondría irritable, agresivo, intolerante, inestable afectivamente y con tendencia a reactividad del ánimo, síntomas muy parecidos al cuadro constitutivo del TLP pero manifiestos en diferentes contextos.

### **Polémica inconclusa.**

Paris (1997, 2007, 2011, 2013), entre otros, es de los principales autores que señalaron la falta de propuestas resolutivas ante esta polémica. Ha indicado que con la literatura científica hasta el presente aún no se puede determinar si la presencia del TLP y el TB se trata de una comorbilidad real o de un mismo fenómeno con distinta expresión fenotípica, ya sea de estado o de rasgo.

El principal punto de discusión en cuanto a la identidad de ambos trastornos es la comorbilidad del TLP con el TB. Por el contrario, en la comorbilidad del TLP y la Depresión Mayor (DM) no se cuestiona la independencia de cada uno, en términos taxonómicos no parece haber un solapamiento, ya que los límites entre los criterios diagnósticos del TLP y de la DM son más claros y distinguibles. En cambio, la comorbilidad del TLP con el TB es lo que genera el mayor conflicto para la investigación y la práctica clínica. Esto se debe a que el solapamiento de síntomas de inestabilidad anímica y los criterios para describirla genera gran confusión al momento de diagnosticar. Así surge constantemente la duda de si estos dos cuadros clínicos representan o no trastornos distintos.

Algunos autores hacen referencia a un sobre-diagnóstico de los trastornos bipolares en pacientes con TLP. Se ha reportado que dentro del grupo de pacientes “supuestamente” sobre-diagnosticados (según los criterios del DSM-IV) como TB, el diagnóstico de TLP fue significativamente más probable al hacer la comparación con una población en la que no hubo sobrediagnóstico del trastorno afectivo (Bolton y Gunderson, 1996; Zimmerman et al., 2008, 2010, 2013). El diagnóstico del TLP en pacientes con TB II que presentan alta recurrencia de episodios afectivos y ausencia de remisión sintomática en los períodos inter-episódicos, ha sido referido como un factor

contribuyente al sobre-diagnóstico del TLP y, por consecuente, al subdiagnóstico de TB (Perugi y Akiskal, 2002).

Uno de los mayores aportes en las últimas décadas ha sido el estudio del temperamento en ambos cuadros patológicos. Se habla de un temperamento subyacente (Akiskal, Khani y Scott-Strauss, 1979; Gunderson, 2009), el cual según Gunderson permite que los trastornos sean distinguibles siempre y cuando se analice en detalle la personalidad y el temperamento. Desde un mismo entendimiento, se han propuesto elementos subyacentes en la comorbilidad así como diferenciales entre el TLP y los trastornos del ánimo, tales como el temperamento, el ciclo del ánimo y rasgos de la personalidad, entre otros. Es precisamente esta línea de investigación la que el presente estudio explora en sus objetivos, desarrollo y análisis de la investigación realizada.

## **VI. ELEMENTOS DIFERENCIALES.**

Las líneas de investigación en desacuerdo no han sido concluyentes de forma satisfactoria, por lo tanto se continúa estudiando factores diferenciales para delinear los bordes del trastorno límite de la personalidad (TLP) y sus parientes comórbidos. La comorbilidad del TLP con el trastorno bipolar (TB) ha sido un importante objeto de estudio. Varias investigaciones han evaluado factores específicos en pacientes con TLP, TB y la comorbilidad de ambos. Algunos elementos logran diferenciar entre ambos cuadros, no obstante, conforme más se indaga más síntomas se encuentran pertenecientes a ambos trastornos en la comorbilidad. Por ejemplo, Carpinello et al. (2011) encontraron que la agresividad y la impulsividad son mucho más severas en pacientes con TB y TLP comórbido que en quienes tienen solo TB. Incluso, los intentos de suicidio se presentaban tres veces más en pacientes con comorbilidad que con TB solo.

Otros autores buscan las diferencias en la evolución del trastorno. Por ejemplo, la revisión de Vieta, Reinares y Rosa (2011) muestra la cantidad de investigaciones que proponen la evaluación del TB en estadios de gravedad. Uno de los marcadores de severidad para el TB (tales como el número de episodios afectivos, síntomas subsindrómicos, deterioro funcional, marcadores biológicos y cambios neurológicos) es la presencia de comorbilidad. Es decir, la comorbilidad se toma como un cuadro más severo que el TB y que el TLP por sí solos. Sin embargo, es importante aspirar más allá de la detección de elementos diferenciales específicos para delimitar las entidades nosológicas del TLP y TB. Es probable que existan otros aspectos dimensionales para distinguir entre trastornos. No necesariamente son los síntomas lo que diferencia al TLP del TB sino la gravedad de los mismos. Considerando que la presencia/ausencia de

síntomas ha mostrado ser insuficiente para evaluar y detectar trastornos mentales, es necesario explorar otras dimensiones del síntoma, como la severidad.

En el presente capítulo se realiza un repaso de los principales elementos que han mostrado variabilidad en el TLP, los trastornos del ánimo y la comorbilidad. Estos son el temperamento afectivo, los rasgos de la personalidad, el espectro del ánimo, síntomas de riesgo y otras conductas asociadas.

### **6.1. Temperamento afectivo.**

La relación entre las formas de ser y riesgos de enfermar se registran desde textos de la antigua Grecia. Desde las interpretaciones de Aristóteles sobre el temperamento melancólico, en su fase sana como en desequilibrio, continúa el estudio del temperamento como una determinación natural independiente de la enfermedad. Durante el Renacimiento resurge esta hipótesis humoral y también permanece a lo largo del Romanticismo. Los temperamentos clásicos de la teoría humoral son el sanguíneo, el melancólico y el colérico. Es a partir de la “Anatomía de la melancolía” de Burton en 1621, que inicia la idea del humor subyacente como concepto de base médica-científica.

El aspecto médico del humor como predisposición individual relacionado a la forma de enfermar mentalmente se empieza a llamar temperamento afectivo. Kraepelin, en el “Tratado de Psiquiatría” de 1909, describió cuatro tipos de temperamento susceptibles a padecer enfermedad maniaco-depresiva. Consideraba que el temperamento sería la parte genética de las enfermedades del ánimo, es decir, los portadores de los temperamentos comparten los mismos genes que los enfermos (Conti, Vázquez y Cetkovich-Bakmas, 2007). El temperamento en relación a la enfermedad mental lo delimita Kretschmer (1947) como la expresión del carácter (referido a las posibilidades de reacción afectiva de una persona), el cual surge de la combinación de la

predisposición hereditaria y de factores exógenos o del entorno. Bajo esta mirada, el temperamento se expresa desde formas sanas y propias de la personalidad hasta el extremo patológico, ya sea desde leve hasta severo.

En la actualidad, existen teorías desarrolladas en base a la historia del temperamento en relación a los trastornos afectivos. Entre las más destacadas y citadas se encuentran los trabajos de Goodwin y Jamison, Akiskal y Ghaemi, entre otros. Goodwin y Jamison (2007) han resurgido la mirada Kraepeliana haciendo énfasis en la relación directa entre el temperamento y la “enfermedad maniaco-depresiva”. Indican que las personas con el mismo temperamento comparten los mismos genes que las personas que enferman.

Hagop Akiskal, ha resurgido el estudio del temperamento afectivo como elemento primordial en los trastornos del ánimo, un abordaje considerado *neokraepeliano* (Conti et al., 2007). Para Akiskal los rasgos temperamentales producen patología cuando se manifiestan en su extremo. Para desarrollar su teoría retoma un abordaje del temperamento basándose en el espectro “estado-rasgo”, sosteniendo que hay rasgos persistentes aún en las fluctuaciones del ánimo. El “rasgo” se refiere al temperamento mientras que el “estado” a un episodio afectivo. Desde este modelo se considera la desregulación del temperamento afectivo como característica central de los trastornos del ánimo. Según las descripciones de Akiskal, el temperamento se refiere a la actividad y al tono afectivo basal del individuo, el humor, su intensidad, reactividad y variabilidad (Conti et al., 2007).

Diversos autores que concuerdan con este abordaje han definido el temperamento como la disposición del individuo a ciertos patrones de reacción emocional, oscilaciones afectivas y nivel de sensibilidad ante los estímulos (Barrantes, Colom y Claridge, 2001). Distinguen el temperamento de la personalidad, la cual

entienden como un compendio de factores adquiridos por el proceso de socialización, a diferencia del carácter genético o biológico del temperamento.

Barrantes y colaboradores (2001) logran resumir las teorías actuales para explicar la relación entre el temperamento, los trastornos de la personalidad y del ánimo. Engloban las teorías del presente en cuatro hipótesis. La primera, denominada “predisposición”, sugiere que el temperamento es un antecedente que predispone o vulnera a padecer la enfermedad o trastorno. La segunda se refiere a la “expresión”, proponiendo que los trastornos de la personalidad son manifestaciones leves del trastorno afectivo. La tercera hipótesis es la “modificación”, la cual implica que el temperamento y los factores de la personalidad no son inherentes a los trastornos del ánimo pero sí tienen impacto en su expresión clínica, en cómo afectan a los factores de riesgo y en la respuesta al tratamiento del trastorno. Por último, la hipótesis de “alteración” indica que los episodios afectivos alteran los rasgos de la personalidad.

### ***6.1.1. Tipos de temperamento afectivo.***

En la literatura científica podemos encontrar numerosos estudios sobre los cinco tipos de temperamento mencionados anteriormente: hipertímico, distímico, irritable, ciclotímico y ansioso. Los primeros tres concuerdan con la clasificación clásica de la teoría del humor: sanguíneo (hipertímico), melancólico (distímico) y colérico (irritable). El temperamento ciclotímico fue introducido por Kraepelin y combina los elementos hipertímicos, distímicos e irritables en sus altibajos.

Conti et al. (2007), describen los temperamentos de la siguiente manera, basándose en los conceptos de Akiskal-Mallya (Akiskal y Mallya, 1987). El temperamento hipertímico presenta características alegres o atractivas como entusiasmo y energía. Se trataría de personas cálidas y extrovertidas en búsqueda de estímulos. El



temperamento distímico, es aquel caracterizado por baja energía y pensamientos negativos. Describen a las personas con este tipo de temperamento como pasivos, introvertidos y malhumorados que a su vez son autocríticos e hipercríticos y por tanto sacrificados y devotos.

La desregulación del temperamento hipertímico y el distímico, considerados como opuestos, generarían los otros dos temperamentos. Es decir, el temperamento ciclotímico sería la inestabilidad entre el polo hipertímico y el distímico. Se caracteriza por la alternancia entre falta y exceso de energía, introversión con sociabilidad, tristeza y alegría, y entre embotamiento y agilidad mental, entre otras dialécticas. Por lo contrario, el temperamento irritable manifestaría una mezcla de ambas características hipertímicas y distímicas. Se presenta como insatisfacción, tristeza con irascibilidad, tensión interna e inquietud disfórica, entre otras características de displacer.

Más recientemente, se incorporó un quinto tipo de temperamento, propuesto por Akiskal (1998), el temperamento ansioso, caracterizado por la ansiedad como rasgo o como una preocupación ansiosa generalizada por uno mismo y por lo demás. Los cinco temperamentos descritos anteriormente no sólo continúan vigentes como conceptos, sino que son la base de estudios científicos sobre el temperamento afectivo en el presente.

Sobre estos conceptos se validó en 1998 el primer instrumento para medir y evaluar los cinco temperamentos afectivos, el TEMPS I (Placidi et al., 1998) el cual continúa siendo el más utilizado a nivel internacional. Al igual que una gran cantidad de autores e investigadores (Vieta, Vázquez, Ghaemi, entre otros), Akiskal (1995) considera que el temperamento afectivo cumple un rol importante en la predisposición a los trastornos del ánimo. El estudio del temperamento afectivo permite conocer el trastorno afectivo en sus estadios esenciales e identificar los estresores del entorno y

biológicos que llevan a la desregulación afectiva (Sarisoy et al., 2012). De esta manera el tipo de temperamento puede funcionar como indicador del tipo de desregulación afectiva en potencia.

### ***6.1.2. El temperamento y el ánimo.***

El estudio clínico del temperamento es de suma importancia por su capacidad para predecir la evolución de los trastornos del ánimo y de la personalidad. En los últimos 30 años se han llevado a cabo muchos estudios sobre la relación entre los tipos de temperamento afectivo con diferentes trastornos mentales. La literatura científica nos deja en el presente con una variedad de relaciones específicas encontradas entre el temperamento y los trastornos del ánimo y de la personalidad. En el siguiente apartado se presenta una revisión bibliográfica sobre los hallazgos encontrados en las últimas décadas. Se han agrupado en tres apartados: la relación entre el temperamento y el ánimo, la personalidad y diversos factores de riesgo y severidad.

A lo largo de los últimos 25 años particularmente, el temperamento ha sido objeto de estudio en quienes investigan factores de riesgo en los trastornos del ánimo. La afectividad positiva y negativa son los componentes centrales que determinan el tipo de temperamento y los patrones del ánimo en los que se manifiesta. Dentro de los temperamentos sobresalientes en los trastornos bipolares predomina el temperamento hipertímico (TH) y el temperamento ciclotímico (TC), mientras que en el trastorno depresivo protagoniza el temperamento ansioso (TA) (Gandotra, Ram, Kour y Praharaj, 2011; Mazzarini et al., 2009; Vázquez et al., 2008).

El temperamento hipertímico ha mostrado estar asociado al espectro del ánimo en general (Kesebir et al., 2005; Nilsson et al., 2010) y al TB I y TB II en particular, mientras que el ciclotímico además de ser característico de la bipolaridad también tiene

fuerte relación con el trastorno depresivo y el TLP (Benazzi, 2006; Cassano, Akiskal, Savino y Musetti, 1992; Maina et al., 2010; Perugi, Toni, Traverso y Akiskal, 1999). Al parecer el temperamento hipertímico se relaciona al TB I mientras que el ciclotímico al TB II (Kesebir et al., 2005). No obstante, varios estudios han mostrado una relación entre el TC y el TB I también. Incluso, se ha llegado a encontrar que las probabilidades de que tanto el TC como el TH sean predictores de bipolaridad en trastornos diagnosticados como depresión mayor (Goto, Terao, Hoaki y Wang, 2011).

En general, el TC parece vincularse a un aumento de probabilidad de aparición de manía y/o hipomanía, mostrando un fuerte vínculo con la bipolaridad. Sin embargo, hilando más fino, Hantouche y Akiskal (2006), estudiaron los componentes del TC que se relacionan a cada tipo de trastorno afectivo, encontrando que la reactividad del ánimo, cambios rápidos en la energía y la actividad psicomotora, son los factores que se vinculan al TB II. Por todo lo anterior, al día de hoy sabemos que el TC mostró fuerte presencia en el TB II, en el TLP y en la depresión. De estos hallazgos se ha concluido que el TC puede ser el componente subyacente en algunos cuadros diagnosticados con la comorbilidad de estos trastornos (Perugi & Akiskal, 2002).

El estudio del TC puede ser crucial para resolver el conflicto sobre la separación o unificación del TLP con depresión comórbida y el TB tipo II. Finalmente, el temperamento dístímico ha mostrado utilidad para distinguir entre la bipolaridad de tipo I y de tipo II, siendo más característico del segundo.

Bajo el supuesto de que la personalidad y el temperamento tienen impacto sobre la expresión clínica del ánimo, Rötting, Rötting, Brieger y Marneros (2007) encontraron que personas con trastornos del ánimo y temperamento ciclotímico e irritable tienen más episodios mixtos que maníacos o hipomaniacos. En cambio, el temperamento hipertímico tiene mayor tendencia a presentar episodios maníacos específicamente

(Henry, 1999). Por otro lado, se ha visto que los episodios depresivos que surgen de temperamentos ciclotímicos suelen ser maldiagnosticados como trastornos de la personalidad (Akiskal, Hantouche y Allilaire, 2003). Por esta razón se sugiere que estos casos sean vistos como “depresiones ciclotímicas” en vez de ser diagnosticados con un trastorno de la personalidad. Lo anterior toma aún mayor relevancia sabiendo que el temperamento distímico, ciclotímico e hipértímico han demostrado ser predictores del desarrollo de bipolaridad en niños y jóvenes con depresión mayor (ver Conti et al., 2007).

Partiendo de la teoría de que el temperamento y la personalidad son factores subyacentes a los trastornos afectivos, Akiskal et al. (2006) encontraron que las personas con TB II y depresión mayor (DM) puntúan más alto en rasgos de neuroticismo que personas con TB I. Sin embargo, en el TB II el neuroticismo se debe a la labilidad afectiva mientras que en la DM tiene que ver con rasgos subdepresivos. Concluyen que el temperamento y rasgos ciclotímicos son característicos del TB II, mientras que los temperamentos ansiosos y subdepresivos lo son de la depresión unipolar en fases eutímicas. Bajo esta evidencia, lo anterior apoya la teoría que postula que los episodios del ánimo serían la expresión extrema y patológica del temperamento afectivo.

En investigaciones que han buscado diferencias más minuciosas se han encontrado relaciones específicas entre temperamentos, personalidad, rasgos, ciclo del ánimo y severidad de los episodios afectivos (Herpertz, 2005; Mackinnon y Pies, 2006; Maramba et al., 2005; Savitz, vander Merwe y Ramesar, 2008). Stanghellini y Raballo (2007), observan que el temperamento distímico e hipértímico no sólo caen dentro del espectro bipolar sino podrían ser marcadores de sus fronteras. Es decir, el

temperamento distímico delimitaría la frontera más cercana a lo depresivo y lo hipertímico hacia lo maniaco en el espectro bipolar.

En términos generales, el temperamento hipertímico, ciclotímico y distímico han mostrado ser diferenciadores de episodios y tipos de trastorno bipolar y depresivo. En cambio, el temperamento ansioso parece ser característico de los trastornos afectivos en general sin que su presencia sea significativamente distinta entre los diferentes trastornos del ánimo (Savitz et al., 2008).

### ***6.1.3. El temperamento afectivo, la personalidad y otros factores relacionados.***

Antes de la década de los años 1980, solían asociarse rasgos de la personalidad específicos (p.ej. de tipo narcisista, pasiva-agresiva, antisocial e histriónica) a personas con trastornos del ánimo recurrentes. A partir de finales de los años 1980, varios estudios comienzan a sugerir estudiar la relación de personalidad y ánimo en términos de temperamento. Se comienza a detectar que aproximadamente entre el 50% y 75% de las personas con trastornos “tipo límite” presentan factores “subafectivos”, entre los que destacan el temperamento distímico, irritable y ciclotímico (Akiskal, 1994). Algunos autores comienzan a considerar que la “estabilidad” de la desregulación emocional en el trastorno límite de la personalidad (TLP) puede ser secundaria a una desregulación del temperamento afectivo. Es decir, al haber un temperamento afectivo desregulado, ocasionaría una constante inestabilidad afectiva.

Como puede apreciarse en el apartado anterior, el temperamento afectivo ha sido minuciosamente estudiado en relación a los trastornos afectivos. A pesar de que se ha prestado menos atención a la asociación entre el temperamento y el carácter y otros factores o síntomas de riesgo, algunos estudios han aportado conocimiento en este aspecto. En términos generales, se ha mostrado que los temperamentos afectivos tienen

impacto en el grado de severidad de los trastornos afectivos y en los trastornos de la personalidad (Perugi et al., 2012).

La impulsividad como rasgo, ha mostrado una correlación importante con el temperamento depresivo, ciclotímico e irritable. Incluso, la impulsividad presente con un temperamento marcado puede indicar una vulnerabilidad hacia la desregulación emocional (Dolenc, 2010). De forma similar, se ha encontrado una asociación importante en la impulsividad como rasgo y los periodos eutímicos en el trastorno bipolar, siendo mucho mayor que en personas sin este trastorno afectivo (Ekinci, Albayrak, Ekinci y Caykoğlu, 2011).

Un estudio importante de Vázquez et al. (2010), reconoce el temperamento hipertímico (TH) como un posible protector de la ideación suicida en personas con trastornos del ánimo. Dentro de esta misma línea, el TH se ha visto relacionado a menor cantidad de episodios depresivos, mientras que el temperamento depresivo se relaciona con peor funcionamiento global (Gandotra y Paul, 2004). Así mismo, la impulsividad en el temperamento, dentro de episodios mixtos y/o ciclo rápido, ha sido asociado al suicidio consumado (Maser et al., 2002). Incluso, de dichas investigaciones derivan que el temperamento y los rasgos de la personalidad son predictores importantes de posibilidad de intentos de suicidio, más aún que factores clínicos aislados (Sarisoy et al., 2012).

La evaluación del temperamento ciclotímico (TC) ha mostrado ser útil como herramienta cuantitativa para identificar riesgo a desarrollar bipolaridad. De esta línea de estudio, se ha identificado al TC como predictor de desarrollo de bipolaridad y como factor de riesgo de suicidio en niños diagnosticados con depresión y adultos con depresión recurrente (Kochman et al., 2005). También, el TC ha mostrado estar

relacionado con intentos de suicidio y síntomas melancólicos atípicos durante episodios depresivos y con mayores intentos de suicidio (Azorin et al., 2009; Mechri et al., 2011).

Los trastornos en el sueño también han sido asociados a rasgos de la personalidad y algunos trastornos mentales. El temperamento afectivo en general, y el ciclotímico, distímico y depresivo en particular, está relacionado con patrones disfuncionales del sueño en los trastornos bipolares (Ottoni, Lorenzi y Lara, 2011). Por otro lado, la personalidad hipomaniaca, impulsiva y la rigidez en la estructura de la personalidad son factores considerados predictores a manifestar síntomas bipolares (Blechert y Meyer, 2005). Se ha encontrado que las personas con TB I muestran ser extrovertidas y normales en cuanto a la labilidad emocional, mientras que las personas con TB II aparentan ser lábiles afectivamente, enérgicos y sensibles. En cambio, los que tienen depresión mayor se les considera tímidos socialmente y aquellos con distimia han mostrado mayor neuroticismo, introversión e inseguridad (Akiskal et al., 2006b).

## **6.2. Rasgos de la Personalidad.**

Como hemos visto, los temperamentos tienen un papel explicativo en los trastornos afectivos. De la misma forma, se ha sugerido que la personalidad y los rasgos no sólo se relacionan sino que influyen en la aparición, curso y tratamiento de los trastornos del ánimo. El estudio de la personalidad ha tenido diversos abordajes, tal como se ha repasado en capítulos anteriores; no obstante, en la literatura científica ha sido posible explorar la personalidad al ser conceptualizada en tipos, formas, componentes y categorías.

La clasificación de la personalidad en tipos y los rasgos que los componen han facilitado su estudio empírico. A pesar de que la personalidad es difícil de delimitar en su esencia, puede prestarse a cortes artificiales con el fin exclusivo de análisis. Las

clasificaciones sobre las que el presente trabajo elabora su estudio se basan en las del eje II del DSM-IV-TR y de la clasificación internacional de los trastornos de la personalidad (CIE-10; OMS, 1996). Desde ambos métodos de clasificación la personalidad se describe como respuestas cognitivas, conductuales y emocionales a eventos internos y externos.

Es importante aclarar que, si bien son parte de un continuo, existe una diferencia entre lo que es un rasgo de la personalidad y un trastorno de la personalidad, tal como se explica en el capítulo sobre la topografía del TLP. Los tipos de personalidad en esta clasificación son: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista, límite, obsesivo-compulsivo, por dependencia y evitación. Los diez tipos se engloban en tres grupos: los del grupo A son descritos como los “raros” o “excéntricos”, los del grupo B son los “dramáticos” o “erráticos” y los de grupo C representan a los “ansiosos” o “temerosos”. En la tabla 6.1. a continuación figuran las categorías completas.

Tabla 6.1. Grupos y tipos de trastornos de la personalidad.

<b>Grupo</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Descripción</b>	Bizarros, raros o excéntricos	Dramáticos, emocionales o erráticos	Ansiosos o temerosos
<b>Tipos de Personalidad</b>	- Paranoide - Esquizoide - Esquizotípico	- Límite - Narcisista - Histriónico - Antisocial	- Obsesivo/compulsivo - Dependiente - por evitación

En la literatura científica encontramos investigaciones sobre los tipos y grupos de la personalidad en relación al ánimo y los trastornos afectivos. Los trastornos de la



personalidad (definidos en el DSM) tienen una prevalencia que oscila entre el 6% y 13% en población general (Paris, 2010).

Hosang et al. (2012) argumentan que el temperamento hiperbólico precipita la conflictividad interpersonal en individuos con rasgos de la personalidad límite. Destacan que en los trastornos de la personalidad pueden explicarse mejor por patrones relacionales afectados por factores anímicos, como el temperamento, que por una simple exacerbación de los rasgos.

Martinucci et al. (2011) cuestionan el supuesto de que la desregulación afectiva se desarrolla bajo el mismo mecanismo en el TLP y espectro bipolar, en cambio argumentan que el patrón temperamental es diferente entre ambos.

Autores como Linehan (1993) y Zelkowitz et al. (2004) consideran que la disfunción de la personalidad es consecuencia de una mala adaptación entre el temperamento afectivo, vulnerabilidades biológicas e interacción con el entorno. Savitz et al. (2008) aseveran que se empieza a encontrar evidencia de que el temperamento mismo es un rasgo de la personalidad, al menos en personas con manía y/o hipomanía.

### **6.3. El espectro bipolar.**

El concepto de espectro bipolar ya había sido propuesto por Kraepelin (1921) hace un siglo. Indicaba que existen casos leves de manía que se presentan sin toda la sintomatología particular de la enfermedad maniaco-depresiva. En las últimas décadas se retoma este concepto para abordar los trastornos que no cumplen con definiciones tradicionales de depresión o bipolaridad (I y II) pero que se manifiestan dentro del espectro del ánimo. El principal argumento para reorganizar los trastornos del ánimo en un espectro es el uso de la polaridad como determinante del diagnóstico. En otras

palabras, la clasificación de un trastorno se determina en base a la detección de un polo del ánimo: depresión y manía/hipomanía.

Desde la clínica e investigación se detectan diferentes cuadros considerados patológicos sin que lleguen a uno o incluso ninguno de los polos del ánimo. Incluso, existe una gran variedad de argumentos a favor del espectro bipolar. En los últimos 30 años se ha convertido en un área de investigación creciente mostrando que las etiquetas TB I y II son insuficientes y demasiado restrictivas para detectar otros tipos de bipolaridad. De esta línea de investigación se ha mostrado la existencia de varias condiciones de tipo bipolar, como el estado depresivo mixto, la ciclotimia, manifestaciones de tipo irritable, la bipolaridad “soft” y el espectro bipolar, como síndromes asociados a gravedad clínica (Akiskal y Benazzi, 2003; Brieger et al., 2003; Akiskal, 2003; Hantouche, Angst y Akiskal, 2003; Ghaemi et al., 2002; Judd y Akiskal, 2003).

Se ha señalado que los cuadros psicopatológicos que caen dentro del espectro bipolar son una forma “ligera” de los trastornos del ánimo (Akiskal y Mallya, 1987; Perugi y Akiskal, 2002; Hantouche et al., 2003), por lo que deberían ser monitoreados para que no aumente la gravedad. Los episodios afectivos en los trastornos del ánimo se presentan en general en forma recurrente. La gravedad de los episodios y la frecuencia con la que ocurren son dos factores en los que se puede intervenir para paliar la gravedad de los síntomas. Tavormina (2010) considera que la falta de detección de trastornos del espectro bipolar puede resultar en complicaciones que precipitarían el desarrollo de un cuadro psicopatológico, tales como abuso de sustancias, crisis interpersonales, intentos de suicidio o pérdida de trabajo.

También, se ha insistido que la evaluación clínica exhaustiva es fundamental para detectar indicadores de riesgo a presentar un episodio del ánimo. El temperamento

y los rasgos de la personalidad son considerados como dos elementos necesarios a evaluar en personas con trastornos del espectro bipolar. Así mismo, la presencia subumbral de los temperamentos en la historia de los pacientes con trastornos del espectro bipolar es considerada como un método importante para realizar un diagnóstico temprano de los trastornos del ánimo (Tavormina, 2010). Al parecer, la evaluación del temperamento afectivo y de la personalidad pueden ayudar a predecir el curso de un cuadro y por lo mismo intervenir a tiempo.

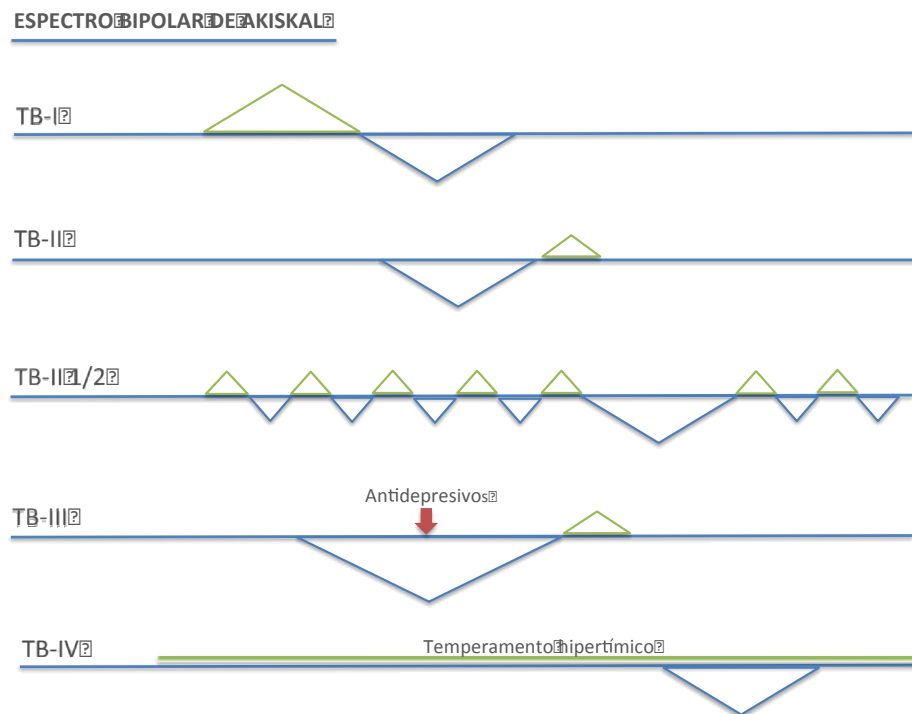
Desde que resurgió el concepto de espectro bipolar se han sugerido varios métodos de clasificación. Tal y como se ha descrito en el capítulo de trastornos del ánimo (capítulo IV), se han propuesto diferentes métodos para clasificar los trastornos bipolares más allá de los clásicos tipos I y II (como el II ½, III, IV, etc.), incluso se ha propuesto incluir el “trastorno del espectro bipolar” como un cuadro delimitado con criterios de diagnóstico específicos.

Una de las primeras clasificaciones para el espectro bipolar fue propuesta por Akiskal y Pinto (1999). Ambos señalaban que existen subtipos de bipolaridad que no están asociados a estados maníacos ni hipomaniacos, tales como el TB I ½ (depresión con temperamento ciclotímico) y TB IV (depresión con temperamento hipertímico).

La propuesta inicial de Akiskal y Pinto (1999) la conforman cinco manifestaciones de bipolaridad, las cuales pueden observarse en la gráfica 6.1.2. El trastorno bipolar tipo I correspondería a la concepción clásica de la enfermedad maniaco-depresiva. El trastorno bipolar tipo II lo compone la presencia de depresión con episodios hipomaniacos. El trastorno bipolar tipo II ½ consiste en un ciclo “ultrarrápido” con episodios hipomaniacos subumbrales sobre la base de uno o más episodios depresivos. El trastorno bipolar tipo III, representa al cuadro con episodio/s depresivo/s e hipomanía que ocurre sólo después de ser intervenido por antidepresivos.

Finalmente, el bipolar IV representaría un trastorno con episodios depresivos sobre la base de un temperamento hipertímico. También se han propuesto otros subtipos como el estado depresivo mixto y el recurrente unipolar (Akiskal, 2002).

Figura 6.1.2. Espectro Bipolar de Akiskal.



Por otro lado, Ghaemi y Goodwin (2001), fueron de los primeros en proponer una categoría diagnóstica del trastorno del espectro bipolar con criterios específicos, la cual ha tenido repercusión tanto en clínica como en investigación. La definición incluye cuatro criterios, tal como se observa en la siguiente tabla 6.2.

Tabla 6.2. Criterios del Espectro Bipolar de Ghaemi.

<b>Criterio diagnóstico del trastorno del espectro bipolar.</b>	
<b>Criterio</b>	
<b>A</b>	Al menos un episodio depresivo mayor.
<b>B</b>	Ausencia de episodios hipomaniacos o maniacos espontáneos.
<b>C</b>	Cualquiera de los siguientes más al menos dos ítems del criterio D o dos de los siguientes más un ítem del criterio D. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes del trastorno bipolar en un familiar de primer grado.</li> <li>2. Manía o hipomanía inducida por antidepresivos.</li> </ol>
<b>D</b>	Si no existen ítems del criterio C, se requieren seis de los nueve criterios siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personalidad hipertímica (en el estado inicial no deprimido).</li> <li>2. Episodios depresivos mayores recurrentes (más de 3).</li> <li>3. Episodios depresivos mayores breves (en promedio, en menos de 3 meses).</li> <li>4. Síntomas depresivos atípicos (criterios DSM-IV-TR).</li> <li>5. Episodios depresivos mayores psicóticos.</li> <li>6. Edad de comienzo temprana del episodio depresivo mayor (menor a 25 años).</li> <li>7. Depresión posparto.</li> <li>8. Agotamiento del efecto antidepresivo (respuesta aguda pero no profiláctica).</li> <li>9. Ausencia de respuesta a 3 ensayos o más de tratamiento antidepresivo.</li> </ol>

En su propuesta Ghaemi et al. (2002) defienden la utilidad de los criterios del espectro para disminuir el diagnóstico erróneo y la tardía en detectar correctamente un trastorno bipolar. Además, consideran que la evaluación del espectro ayuda a entender la comorbilidad. En lo que respecta al presente capítulo, cabe mencionar la comorbilidad con el TLP e incluso el sobre-diagnóstico del mismo en casos de bipolaridad. Ghaemi et al. (2002) hacen hincapié en el sobre-diagnóstico del TLP aún cuando claramente el cuadro presenta estados de ánimo anormales.

En algunos estudios se ha demostrado que estos casos se resuelven con tratamiento farmacológico para TB, dejando mayor evidencia de la necesidad de cuestionar algunos diagnósticos que podrían entenderse mejor dentro del espectro bipolar (El-Mallakh y Ghaemi, 2008; Ghaemi, 2008). Por lo contrario, el diagnóstico erróneo de bipolaridad cuando hay rasgos límite de la personalidad de larga evolución es también frecuente. Ghaemi et al. (2002) concluyen en este caso que la labilidad afectiva no ha resultado suficiente para diferenciar entre el TB y TLP, otro argumento para sustentar la utilidad del espectro bipolar.

Existen numerosas críticas sobre ampliar la definición del espectro bipolar, más allá de los límites tradicionales de la depresión y la manía. Una preocupación es que lleve a un sobre-diagnóstico de los trastornos del ánimo. Se estima que la prevalencia a lo largo de la vida escalaría hasta un 6% a 8% de la población, si se empleara el criterio amplio del espectro (Judd y Akiskal, 2003; Pini et al., 2005). Sin embargo, probablemente la mayor reticencia es a la absorción que el espectro bipolar implicaría de otros diagnósticos considerados por muchos como trastornos independientes. Son tres los grupos que el espectro bipolar considera parte del mismo: la depresión unipolar o depresión mayor, los trastornos impulsivos (trastornos de la personalidad del grupo B, abuso de sustancias y bulimia), así como trastornos del comportamiento en la infancia (Paris, 2009).

En lo que respecta a la comorbilidad del TLP con los trastornos del ánimo, se ha propuesto concretamente que el TLP es un tipo de bipolaridad (Akiskal, 2004). En réplica a lo inconveniente que esto se considera sin haber suficiente validez del concepto, Paris (2009) señala que los cambios de ánimo en muchos pacientes diagnosticados con TLP son significativamente diferentes que los que se detectan en pacientes con TB I. Los cambios de ánimo en el TLP oscilan de la depresión a la ira y rara vez presentan euforia, a diferencia de los cambios de ánimo en los trastornos bipolares. Además, la inestabilidad afectiva se relaciona claramente a estímulos externos ya sean pautas del entorno o interacciones interpersonales.

A pesar del largo desarrollo del concepto, por los motivos expuestos anteriormente y otros de diversos estudios, también se considera precario instaurar un criterio diagnóstico como el propuesto para el espectro bipolar. Paris (2009), señala que la validez del concepto no es significativa por diferentes motivos: carece de una descripción clínica clara y delimitada, no hay datos concretos que lo avalen, como

marcadores biológicos, un factor común genético y falta de estudios controlados de casos para respuesta a tratamientos.

#### **6.4. Síntomas relacionados.**

Existen factores presentes tanto en los trastornos del ánimo como en los de la personalidad. Los trastornos del espectro bipolar, depresivos y de la personalidad límite manifiestan síntomas similares, lo cual exige explorar los modos y formas de expresión en cada trastorno. La impulsividad, agresividad, conductas autolesivas, desregulación emocional, ideación suicida e intentos de suicidio, son los principales elementos que se solapan entre los trastornos mencionados y, por lo tanto, se exploran en detalle en este apartado.

En la literatura científica, algunos autores parten del supuesto de que el mecanismo de los síntomas que se solapan entre el trastorno de la personalidad límite (TLP) y los trastornos del ánimo son diferentes, mientras que otros argumentan que predomina uno subyacente. De diversas investigaciones sabemos que ambas posturas han demostrado la validez de sus argumentos pero ninguna ha logrado descartar a la otra (ver Paris et al., 2007). Hay una enorme cantidad de estudios que exploran desde ambas posturas. En este apartado se exponen algunos de ellos y varias de las relaciones encontradas desde sus diferentes bases teóricas. Se intenta mostrar cómo no son mutuamente excluyentes sino quizás abordajes complementarios que sólo varían en el ángulo desde el que se estudian los síntomas, ya sea por su forma, contenido, desarrollo o contexto.

En términos generales, las conductas impulsivas y agresivas suelen entenderse como consecuencia de la desregulación y vulnerabilidad emocional en el TLP. En los trastornos del ánimo se asocian a episodios maníacos o hipomaniacos, ya sea en la

cognición, el ánimo o la ritmicidad. La ideación suicida en el TLP suele entenderse como un modo de tolerancia al malestar, mientras que en los trastornos de ánimo como una resolución terminal. Los intentos de suicidio en el TLP surgen como respuesta impulsiva ante un estímulo aversivo y en los trastornos del ánimo se relacionan a un producto final de una contemplación constante y agravante. Desde lo teórico se asume que la impulsividad en el TLP es más propia de la interacción con el entorno (estímulos externos) y en los trastornos del ánimo con reacciones a estímulos internos imbuidas en un ánimo basal estable. Sin embargo, esto también se cuestiona.

La impulsividad ha sido y continúa siendo un elemento característico del TLP. Al día de hoy continúan habiendo estudios que demuestran la elevada presencia de conductas impulsivas en personas con TLP en comparación a individuos con trastornos del ánimo. Algunas líneas de investigación intentan explorar si la impulsividad es propia de la personalidad o de una inhibición del control de respuesta. Ferraz et al. (2009) proponen una mayor exploración en este aspecto, ya que han encontrado que la impulsividad tiene una naturaleza multidimensional.

MacKinnon y Pies (2006) indican que la desregulación afectiva, tradicionalmente adjudicada al TLP, puede tratarse de un “ciclo rápido” que esté indicando un trastorno del espectro bipolar. El ciclo rápido se caracteriza por una mezcla de síntomas depresivos y maníacos o hipomaniacos que se mezclan o intercambian rápidamente. El ciclo rápido está presente en el 20% de los trastornos bipolares (TB), particularmente el TB tipo II (Kilzieh y Akiskal, 1999). Otros autores argumentarían que por esta razón un cuadro sintomatológico de ciclo rápido podría interpretarse como desregulación emocional y entonces diagnosticarse erróneamente como un TLP, cuando se trata de un cuadro mixto de un TB.



Sin embargo, Mackinnon y Pies (2006) consideran la posibilidad de que el TLP y el TB sean un mismo fenómeno y por ende puedan responder a los mismos tratamientos. Algunos autores como Benazzi y Akiskal (2005) avalan la teoría que indica que la labilidad afectiva tiene una naturaleza bipolar. Incluso, desde dicha teoría se considera que el temperamento ciclotímico es un factor de riesgo para el ciclo rápido y la desregulación emocional (Kilzieh y Akiskal, 1999). Sobre esta línea de argumentos, Jayaro et al. (2011) proponen que, más allá de la bipolaridad y personalidad, el TLP y los trastornos del ánimo se asemejan o diferencian en base a dónde se encuentran en el espectro del temperamento afectivo.

Nilsson et al. (2010) encontraron que el grado de severidad en el temperamento afectivo y de los esquemas mentales desadaptativos es mucho mayor en el TLP que en el TB. Infieren que la supuesta similitud de los trastornos debería ser replanteada al ver la diferencia de gravedad en los síntomas que se solapan.

Las autolesiones han sido tradicionalmente asociadas al TLP y examinadas separándolas de los intentos de suicidio. Sin embargo, de informes clínicos sabemos que las autolesiones son frecuentes en personas con TB también. Las autolesiones o “automutilación” se ha encontrado especialmente en el TB tipo I. Joyce et al. (2010) mostraron cómo la existencia de un episodio afectivo es mayor predictor de las conductas autolesivas que el diagnóstico de TLP en sí. Incluso, sólo los episodios depresivos fueron predictores de intentos de suicidio (y no el TLP). Los autores argumentan que las conductas autolesivas y los intentos de suicidio son de diferente origen y se solapan sólo parcialmente, aunque en ambos un episodio depresivo es predictor. De este estudio concluyen que la automutilación está fuertemente asociada al TB, por lo que ante su presencia no deben asociarse exclusivamente al TLP.

El suicidio ha estado asociado a la impulsividad, agresividad y determinados rasgos de la personalidad. Se realizan claras distinciones entre el intento de suicidio premeditado y el impulsivo, violento y no violento. Para Giegling et al. (2009) la impulsividad y exposición/evitación al daño son aspectos de la personalidad. Para estos autores, a pesar de que consideran la impulsividad y agresividad como dimensiones del temperamento, señalan una fuerte asociación con tendencias autolesivas de la personalidad.

Si bien también se distinguen las autolesiones de los intentos de suicidio, Giegling et al. (2009) sugieren que la relación entre la conducta autolesiva y el intento de suicidio debe ser explorada tomando en cuenta tanto los rasgos de la personalidad como el temperamento. Bajo el mismo entendimiento, Chapman et al. (2009) indican que el temperamento es un predictor de conductas autolesivas en el TLP. También, Calati et al. (2008) consideran que ciertos componentes temperamentales, como la evitación del daño, están relacionados con conductas suicidas, tanto en población clínica como no clínica, pero que aún necesitan mayor estudio.

## **VII. EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO BIPOLAR: ¿COMORBILIDAD O ENTIDAD NOSOLÓGICA?**

En los primeros capítulos se habló del origen y evolución taxonómica del trastorno límite de la personalidad (TLP) y los trastornos afectivos (TB y DM). Ha sido una forma de explicar cómo fue cambiando la clasificación diagnóstica de cada trastorno lo largo del tiempo. En el presente capítulo, se pretende ir más allá del origen taxonómico y abordar la conceptualización histórica de ambos trastornos. En la historia, el TLP y el TB tienen un origen común, lo que hoy conocemos como dos entidades nosológicas independientes históricamente eran parte de un mismo concepto de enfermedad emocional. Lo que en dado momento se consideraba parte de un mismo fenómeno en la salud mental, hoy es identificado por dos síndromes por separado. Por esto mismo, conocer la conceptualización histórica de los trastornos en cuestión es fundamental para la comprensión de su comorbilidad, la del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad (TB + TLP).

En la historia de la medicina de Occidente, se encuentran relatos desde la Antigua Grecia y Roma sobre personas con cambios constantes e inconsistentes del estado de ánimo; en concreto la manía, la melancolía y la ira. Escritores como Homero, en la mitología, e Hipócrates y Areteo desde la medicina, ya describían a sujetos en quienes coexistían estados afectivos oscilantes entre la euforia, la ira y la depresión. De los registros históricos del Medioevo no se han encontrado teorías o elaboraciones conceptuales sobre los trastornos del ánimo y de la personalidad. Sin embargo, a partir del Renacimiento resurgen las observaciones y registros antiguos sobre la enfermedad relacionada al afecto y a las emociones. A partir del resurgimiento se retoma su estudio, el cual se ha desarrollado sobre la misma línea a lo largo de los últimos cuatro siglos.

La evolución del término “fronterizo” comparte un origen común con el de los trastornos del ánimo. Si observamos la cronología de cómo se ha identificado históricamente lo que hoy conocemos como TLP y TB, podemos ver que surgen de un mismo fenómeno psicopatológico, el cual fue posteriormente dividido con el fin de señalar distintas manifestaciones del mismo. En la tabla 7.1 al final del presente capítulo, se puede apreciar la conceptualización histórica de lo que hoy en día conocemos como TB, TLP y su comorbilidad (TB + TLP). Algunas revisiones importantes relatan de forma esbozada y a su vez detallada la evolución del concepto “borderline” o “fronterizo” desde el Renacimiento hasta la actualidad (p.ej., Clarkin, Marziali y Munroe-Blum, 1992; González Vives et al., 2006; Maggio, 2012).

En 1684, Théophile Bonet parece ser de los primeros en resurgir el concepto de variaciones del ánimo con episodios impulsivos y extraños dentro de un mismo cuadro patológico. Más adelante, Samuel Schacht y Ernst Herschel durante el siglo XVIII, continuaron con las observaciones de Bonet agregando a su teoría la característica rítmica de las fluctuaciones del ánimo. En 1854, Jules Baillarger se refería a este tipo de síndrome como “la locura circular”, mientras que Jean-Pier Falret ese mismo año la denominó “la locura a doble forma”.

Unas décadas más adelante, Karl Ludwig Kahlbaum, en 1882, fue de los primeros autores en dejar clara la dualidad “manía y melancolía” de los trastornos relacionados a la desregulación afectiva, los que venían desarrollándose desde que Bonet resurge el concepto antiguo. Kahlbaum describe un síndrome caracterizado por inestabilidad afectiva e imprevisibilidad como parte de una misma enfermedad que se manifiesta en dos formas, a veces con euforia o ira y otras con melancolía. Lo denominó “ciclotimia” cuando se presentaba de baja intensidad y “enfermedad circular típica” cuando se presentaba con severidad.

Para finales del siglo XIX ya existía una línea de estudio referida al ánimo y a los trastornos relacionados a la irregularidad emocional. Mientras que autores como Kahlbaum continuaban con el desarrollo conceptual del entendimiento dual del ánimo, otros como C. H. Hughes comenzaban a observar su topografía. En 1884, Hughes pone el énfasis en el área fronteriza de las enfermedades psicológicas afectivas. Comienza a registrar pacientes con inestabilidad emocional que no encajan en los criterios para el campo neurótico ni el psicótico de las enfermedades mentales. Durante esta década, a los pacientes que estaban en el campo fronterizo se los denominaba “circulares” y son los que hoy en día se clasificarían como personas con TLP. En 1890, Jules Falret describió una organización de las características de estos pacientes y la denominó “la locura histérica”, dentro de la cual se describía a los pacientes circulares como inestables emocionalmente, impulsivos y conflictivos.

Mientras tanto, Emil Kraepelin continuaba con la línea de Kahlbaum estando al tanto de las observaciones contemporáneas del “campo fronterizo”. En 1896, Kraepelin ya había propuesto el término “locura maniaco-depresiva” para describir a todos los síndromes de desregulación del ánimo, ya sea periódica o circular. Para su entendimiento, las manifestaciones de la psicosis maniaco-depresiva tendrían dos tipos de variantes: una episódica del ánimo y la otra como parte del temperamento y la personalidad.

En otras palabras, Kraepelin distingue dos formas de la locura afectiva sin dejar de considerarlas parte del mismo fenómeno psicopatológico: 1) una manifestación permanentemente inestable del temperamento y la personalidad (lo que hoy conocemos como TLP) y 2) una manifestación de estado, episódico y oscilante del ánimo a lo largo del tiempo (hoy conocido como TB).

A lo largo de esta línea de estudio, Kraepelin, entre 1909 y 1915, desarrolla los dos aspectos, de estado y de rasgo, de lo que consideraba una enfermedad unitaria. Continuó refiriéndose a la manifestación clínica o de estado como “psicosis maniaco-depresiva”, mientras que a la manifestación permanente o mórbida la consideraba como condiciones de la personalidad y del temperamento subafectivas. Llegó a definir cuatro tipos de temperamento: distímico, ciclotímico, hipertímico e irritable. Al temperamento irritable lo llamaba “personalidad excitable” con una descripción muy similar a lo que en la actualidad se define como TLP.

La división de estado y rasgo de la locura maniaco-depresiva causó cambios estructurales a lo largo de las siguientes décadas. Las dos variantes de la enfermedad fueron distanciadas progresivamente hasta convertirse en entidades nosológicas separadas e independientes, lejos del concepto unitario que Kraepelin sostuvo a lo largo de sus aportaciones teóricas y empíricas. Su descripción de temperamento o personalidad afectiva fue uno de los precursores del TLP.

Más adelante, Ernst Kretschmer, consideraba que los pacientes con la propuesta “personalidad excitable” de Kraepelin, mostraban lo que él denominó “temperamento mixto cicloide-esquizoide”. En 1933, Jacob Kasanin formuló una descripción de este tipo de casos que parecían cumplir diagnóstico para una esquizofrenia aguda pero que presentaban características prominentes de tipo maniaco-depresivas. Nombró estos cuadros como los “esquizoafectivos”, cuya estructura sintomática fue una importante base sobre cómo fue conceptualizado el TLP más adelante.

Sin embargo, son dos las personas que contribuyeron a la utilización de la palabra “límite”. Primero, Adolf Stern, en 1938, identificó como “límite” a los pacientes al borde de la esquizofrenia pero con síntomas afectivos agudos. Posteriormente, en

1967, Otto Kernberg fue quien elaboró en profundidad una descripción, definición y organización de la personalidad límite, como una “inestabilidad estable”.

En 1968, Roy Grinker escribe sobre los pacientes límite en su obra “Defendiendo al paciente límite”, en la que habla de una configuración psicopatológica específica a la que llama “El Síndrome Borderline”. Finalmente, tras un trabajo riguroso y explayado, Grinker logró que el llamado “síndrome borderline” tuviera criterios de identificación y una evaluación fiable. Es a raíz de sus contribuciones que en 1980 el síndrome se introdujo al DSM-III como el “Trastorno Límite de la Personalidad”.

Para este momento en la historia, lo que originó de un mismo concepto de enfermedad, con diferentes manifestaciones, derivó en dos entidades nosológicas no sólo independientes, sino separadas entre sí. Lo que hoy conocemos como TLP sería la manifestación estable y el TB la episódica o de estado, haciendo que la comorbilidad de ambos remita y se asemeje a las descripciones iniciales de los trastornos de las emociones.

En la siguiente tabla (7.1) podemos observar los términos o denominaciones que tuvo lo que podemos englobar en su origen como la psicopatología del estado de ánimo, dividiéndose en dos ramas por varias décadas y encontrando un terreno intermedio nuevamente en la actualidad: la comorbilidad.

Tabla 7.1. Conceptualización histórica del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad.

	<b>TB</b>	<b>TB + TLP</b>	<b>TLP</b>
400 a.c.		Hipócrates “Cambios constantes e inconsistentes del estado de ánimo, manía, melancolía e ira”	
1684		Bonet “Locura maniaca-melancólica”	
1880		Kahlbaum “Ciclotimia”	
1884		Hughes “Campo fronterizo”	
1890		Farlet, Jules “Locura Histórica”	
1896		Kraepelin “Locura maniaco-depresiva”	
1890-1900	Kraepelin “Psicosis maniaco-depresiva”		Kraepelin “Temperamento irritable”
1909-1915			Kraepelin “Personalidad excitable”
1921-1925			Kretschmer “Mixto cicloide-esquizoide”
1933			Kasanin “Esquizoafectivo”
1938			Stern “Tipo limite”
1953			Knight “En el límite de la esquizofrenia”
1967			Kernberg “Organización límite de la personalidad”
1968	DSM-II “Trastorno Bipolar”		Grinker “Síndrome Borderline”
1980			DSM-III “Trastorno Límite de la Personalidad”
2013			DSM-V “Trastorno Límite o de la personalidad Tipo Límite”
2013 +	TB	TB + TLP ¿Comorbilidad como entidad nosológica?	TLP



### **7.1. La comorbilidad como entidad nosológica.**

En la actualidad el estudio de los trastornos afectivos (TB y DM) y del trastorno de la personalidad límite (TLP) continúa siendo un derivado del estudio de las “enfermedades de las emociones” desde la Antigua Grecia. Hoy en día, cuando hablamos del TB, del TLP y de la comorbilidad TB + TLP, estamos sobre del terreno tendido por los orígenes del estudio de la enfermedad mental. El progreso es irrefutable, la disección del ánimo, sus manifestaciones periódicas y estables, las teorías detrás de sus variantes son sólidas. Sin embargo, en el presente nos encontramos en un punto del camino que no ha llegado a su final. La desregulación emocional, punto central del TLP y los trastornos bipolares, sigue siendo uno de los ejes para esta línea de investigación.

La comorbilidad es prominente e insistente, quizás lo suficiente para indicarnos que es digna de retomar como estudio. Tal vez la comorbilidad del TB y TLP podrá considerarse en un futuro como una entidad nosológica en sí misma, sin la intención de invalidar las taxonomías ya establecidas del TB y el TLP. Es probable que sea pronto para una propuesta de tal envergadura. Sin embargo, sí es oportuno impulsar hacia el análisis del conjunto, la comorbilidad como síndrome, la que ha mostrado elementos característicos y señal de mayor severidad clínica.

El objetivo es continuar con el estudio de la comorbilidad TB y TLP como línea de investigación. Es una propuesta válida y en progreso, la de analizar los componentes de la comorbilidad, detectar factores característicos de la misma y elementos posiblemente diferenciales de los dos trastornos que alberga. Hay suficiente evidencia científica para seguir manteniendo el TLP como entidad nosológica así como para el TB. No obstante, la comorbilidad TB + TLP ha mostrado suficiente casuística, controversia y relevancia científica como para ser considerado importante explorar su topografía.

## MARCO EMPÍRICO

---

## **VIII. INTRODUCCIÓN.**

La literatura científica nos ha brindado suficiente conocimiento para reconocer que continúa siendo necesario analizar la relación entre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y los trastornos afectivos. Sabemos de diversos estudios que la clasificación de los trastornos de la personalidad, en general, es controvertida y su taxonomía sigue siendo fuente de debate en ámbitos clínicos y científicos. En particular, el TLP y su solapamiento con los trastornos bipolares se ha presentado como una clara manifestación de dicha polémica.

Al día presente, nos encontramos con investigaciones que concluyen a favor de la inclusión del TLP como una variante de los trastornos afectivos, particularmente en el espectro del trastorno bipolar (TB). Incluso, cuando se describen los diagnósticos del eje I como grupos de características de estado y del eje II como grupos de características de rasgo, se cuestiona la utilidad de la existencia del eje II, ya que ambos podrían provenir de un mismo fenómeno psicopatológico. Sin embargo, diversas investigaciones contradicen lo previo y proponen que el TLP es una entidad nosológica independiente y por ende debe permanecer separada de los trastornos del eje I.

Alrededor de esta polémica, y como consecuencia de ella, se ha señalado la falta de propuestas resolutivas y la insuficiencia de ambos lados del conflicto para concluir satisfactoriamente cada postura. Afortunadamente, en la última década se comienza a dar mayor importancia al estudio empírico de los trastornos más allá de su clasificación diagnóstica. Como rama de investigación ha resurgido y resultado fructífero apartarse del conflicto nosológico y centrarse en el aspecto topográfico de los trastornos. Es decir, explorar los factores individuales y manifiestos en determinados trastornos y observar cómo interactúan entre ellos. En lo que respecta a la presente investigación, se ha puesto

énfasis en el análisis de los factores específicos manifiestos en el TLP y en la bipolaridad con el fin de comprender su interacción: la comorbilidad.

El estudio topográfico ha permitido abordar la controversia desde un lugar que facilite la resolución de un conflicto aparentemente truncado. Ha sido posible detectar conjuntos de factores cognitivos, conductuales y afectivos de cada cuadro psicopatológico (TLP y TB) y elementos diferenciales entre ellos, tales como temperamento afectivo, ciclo anímico, rasgos de la personalidad, diversos síntomas clínicos relacionados e incluso respuesta a tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.

Dado que el estudio del TLP, de los trastornos afectivos y de la comorbilidad de forma topográfica ha derivado en hallazgos importantes se considera fundamental continuar investigando de este modo. La presente investigación pretende ser un aporte a estudios previos para constatar y fortificar sus hallazgos y para seguir delimitando qué elementos son característicos y diferenciales del TB, del TLP y de la comorbilidad TB + TLP.

A continuación se presenta el proceso de elaboración del proyecto desde su inicio como propuesta teórica hasta la obtención de resultados para su puesta a prueba.

## **IX. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.**

El objetivo general de la investigación ha consistido en identificar elementos diferenciales entre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno bipolar (TB). Los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV, DSM-V y CIE-10) delimitan con claridad los factores pertenecientes a cada cuadro. Sin embargo, gran cantidad de investigaciones sobre esta población ha mostrado alta incidencia de comorbilidad y solapamiento de síntomas entre el TLP y el TB.

La literatura científica al día presente ha señalado factores que se solapan y distinguen entre el TB y el TLP. En base a una revisión bibliográfica exhaustiva se determinaron los componentes a ser explorados con el fin de identificar marcadores diferenciales del TLP, el TB y de su comorbilidad TB + TLP. De tal modo, será posible explorar los grupos diagnósticos con instrumentos que destacan elementos cognitivos, afectivos y conductuales del ánimo y así lograr detectar factores distintivos. Para ello, se evaluaron características del temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, síntomas del espectro bipolar y del ánimo, además de características clínicas y demográficas.

La propuesta final ha consistido en analizar a pacientes diagnosticados con TLP, TB, DM y con comorbilidad de TB + TLP. El propósito ulterior de esta investigación ha sido identificar marcadores diferenciales en la comorbilidad del TLP para aportar al avance del diagnóstico diferencial y al esclarecimiento en el debate sobre el solapamiento entre el TLP y el TB y su comorbilidad. Para cumplir con el objetivo general se plantearon los siguientes objetivos específicos.

## Objetivos.

- a. Evaluar la existencia de criterios de diagnóstico para el TLP, TB y DM en pacientes diagnosticados con TLP, o un trastorno de la personalidad del grupo B, y pacientes con trastornos afectivos.
- b. Crear cuatro grupos de diagnóstico (grupo TLP, grupo TB, grupo DM y grupo TB + TLP) para comparar elementos diferenciales, en base a criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.
- c. Evaluar la frecuencia e intensidad de las siguientes características psicopatológicas:
  - Rasgos de la personalidad.
  - Temperamento afectivo.
  - Bipolaridad.
  - Espectro bipolar.
  - Episodios afectivos (de manía, hipomanía y depresión).
  - Síntomas psicopatológicos asociados a los grupos diagnósticos (edad de inicio, autolesiones, internamientos e intentos de suicidio).
- d. Analizar el grado de presencia de las características psicopatológicas en función de la pertenencia al grupo diagnóstico.
- e. Analizar las diferencias en intensidad, severidad y frecuencia de la psicopatología en función de la pertenencia al grupo diagnóstico.

## **Hipótesis de Investigación.**

La formulación de hipótesis ha partido de observaciones relacionadas a la interacción de factores que se solapan y diferencian en el TLP y TB, encontradas desde la práctica clínica como en las numerosas investigaciones científicas pertinentes a este problema.

Si bien el interés primordial es detectar elementos diferenciales entre el TB, TLP y TB + TLP, se ha incluido el trastorno de depresión mayor (DM) como grupo de análisis debido a la conocida dificultad del diagnóstico diferencial entre la depresión unipolar y la bipolar. Introducir la DM en el cribado diagnóstico ha tenido como fin exclusivo facilitar la obtención de un grupo de análisis de bipolaridad libre de depresiones unipolares mal diagnosticadas. Por lo tanto, la formulación de hipótesis que orienta la investigación y su consecuente exploración de elementos diferenciales se ha realizado exclusivamente entre el TLP, el TB y su comorbilidad. Las hipótesis que figuran a continuación son propuestas tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables, algunas son generales y otras específicas, pero todas sujetas a comprobación empírica dentro del alcance metodológico del estudio. Cada hipótesis está estrechamente ligada al planteamiento inicial del problema de estudio y a la revisión científica realizada posteriormente.

H1: Si el trastorno límite de la personalidad y el trastorno bipolar son entidades nosológicas independientes, entonces:

H1.1. Los grupos TB y TLP mostrarán diferentes frecuencias y grado de manifestación en rasgos de personalidad, temperamento afectivo, grado de bipolaridad y otros factores de gravedad.

H2: Si la comorbilidad se manifiesta de forma diferente al TLP y TB por sí solos, entonces:

H2.1. El grupo de comorbilidad presentará temperamento afectivo, ciclo del ánimo, rasgos de la personalidad y síntomas relacionados, diferentes al grupo con TLP exclusivamente.

H2.2. El grupo de comorbilidad presentará temperamento afectivo, ciclo del ánimo, rasgos de la personalidad y síntomas relacionados, diferentes al grupo con TB exclusivamente.

H3: Si la comorbilidad del TLP y TB representa un cuadro de mayor severidad, entonces:

H3.1. La presencia de internamientos, autolesiones e intentos de suicidio será mayor en el grupo con comorbilidad de TLP y TB.



## **X. MÉTODO.**

### **10.1. Diseño.**

Fue empleado un diseño de tipo descriptivo mediante la evaluación transversal de una muestra en población clínica específica. La evaluación consistió en una batería de instrumentos auto y hetero-aplicados y en la confección de datos mediante una herramienta creada *ad hoc*. De tal modo, fue posible evaluar las características sociodemográficas, sintomatología clínica y clasificación diagnóstica de los participantes del estudio con herramientas de validez estadística, tanto en su idioma de origen como en su traducción al castellano.

### **10.2. Variables.**

#### ***10.2.1. Variables Independientes.***

La variable independiente, y central del estudio, es el grupo diagnóstico al que pertenece cada sujeto de la muestra. En este caso, la variable adopta cuatro niveles, cada uno determinado por el cumplimiento diagnóstico a uno de los cuatro grupos, según los resultados de las entrevistas estructuradas con criterios del DSM-IV-TR:

#### 1) Grupo diagnóstico.

- Trastorno límite de la personalidad (Grupo TLP).
- Trastorno bipolar (Grupo TB).
- Trastorno de depresión mayor (Grupo DM).
- Comorbilidad de trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad (Grupo TB + TLP).

### ***10.2.2. Variables dependientes.***

Las variables dependientes del estudio representan los factores que han sido evaluados en los cuatro grupos de diagnóstico. Fueron seleccionadas como parte del estudio debido a su marcada relación con los grupos de diagnóstico mostrada en la literatura científica. Algunas de las variables adoptan dos o más niveles.

#### 1) Temperamento afectivo.

- Distímico
- Ciclotímico
- Hipertímico
- Irritable
- Ansioso

#### 2) Espectro del ánimo.

- Ánimo
  - Depresivo
  - Maníaco
- Energía
  - Depresiva
  - Maníaca
- Cognición
  - Depresiva
  - Maníaca
- Ritmicidad

#### 4) Rasgos de la personalidad.

- Paranoide
- Esquizoide

- Esquizotípico
- Histriónico
- Narcisista
- Límite
- Obsesivo-Compulsivo
- Dependiente
- por evitación

5) Grado de bipolaridad.

- Índice de Bipolaridad.
- Nivel de probabilidad de la existencia de un trastorno bipolar.
- Criterios de diagnóstico para bipolaridad.
- Criterios del espectro bipolar.

6) Autolesiones.

- Sí, presenta o ha presentado en el pasado.
- No, no presenta ni ha presentado en el pasado.

7) Intentos de suicidio.

- Sí, presenta o ha presentado en el pasado.
- No, no presenta ni ha presentado en el pasado.

8) Internamientos.

- Sí, presenta o ha presentado en el pasado.
- No, no presenta ni ha presentado en el pasado.

Tabla 10.1. Variables independientes y dependientes del estudio.

Variables Independientes (VI)		Variables Dependientes (VD)	
VI	Niveles VI	VD	Niveles de VD
Grupo Diagnóstico	Grupo TLP Grupo TB Grupo DM Grupo TB + TLP	1) Temperamento afectivo	- Distímico - Ciclotímico - Hipertímico - Irritable - Ansioso
		2) Espectro del ánimo	Ánimo
			Depresivo
			Maniaco
			Energía
		Depresiva	
		Maniaca	
		Cognición	
Depresiva			
maniaca			
Ritmicidad			
3) Rasgos de la personalidad	- Paranoide - Esquizoide - Esquizotípico - Histriónico - Narcisista - Límite - Obsesivo-Compulsivo - Dependiente - por evitación		
4) Grado de bipolaridad	- Índice de Bipolaridad. - Nivel de probabilidad de la existencia de un trastorno bipolar. - Criterios de diagnóstico para bipolaridad. - Criterios del espectro bipolar.		
5) Autolesiones	- Sí, presenta o ha presentado en el pasado. - No, no presenta ni ha presentado en el pasado.		
6) Intentos de suicidio	- Sí, presenta o ha presentado en el pasado. - No, no presenta ni ha presentado en el pasado.		
7) Internamientos	- Sí, presenta o ha presentado en el pasado. - No, no presenta ni ha presentado en el pasado.		

### ***10.2.3. Variables Contaminadoras.***

Ante la inevitable presencia de variables intervinientes en los estudios empíricos se han tomado medidas de control de las mismas. En este caso, se eligieron estrategias para disminuir el nivel de subjetividad de los evaluadores al momento del diagnóstico.

- 1) Entrevistas de diagnóstico: Las entrevistas fueron realizadas por investigadores ciegos a los resultados de los instrumentos auto-aplicados. Es decir, el profesional que derivó no comunicó al investigador el diagnóstico del paciente previamente a la entrevista.
- 2) Para las entrevistas de evaluación diagnóstica se eligieron instrumentos de evaluación estructurada con la misma cantidad de preguntas y orden de las mismas.
- 3) Las entrevistas diagnósticas fueron realizadas por dos investigadores utilizando el mismo protocolo estructurado de evaluación.
- 4) Grado de severidad: se incluyó en el proceso de evaluación únicamente a pacientes que no excedieran un grado “ligero” en la gravedad del trastorno. Por lo tanto, el paciente no podía tener una puntuación mayor a “3” en el índice de severidad (CGI-BD) al momento de las evaluaciones, tanto hetero como auto-aplicadas.
- 5) Fueron incluidos en el estudio exclusivamente pacientes eutímicos, según las observaciones del profesional clínico que derivó.

### 10.3. Sujetos.

Un total de 85 pacientes ambulatorios diagnosticados con trastorno bipolar (Grupo TB; n = 17), depresión mayor (Grupo DM; n = 26), trastorno de personalidad límite (Grupo TLP; n = 18) y comorbilidad de TB y TLP (Grupo TB + TLP; n = 24) fueron evaluados luego de dar su consentimiento informado por escrito. Los criterios de inclusión y exclusión fueron establecidos en base al presunto diagnóstico del paciente y la gravedad del mismo. Los participantes del estudio debían ser personas en tratamiento ambulatorio, psicológico y/o psiquiátrico, por un trastorno afectivo o un trastorno de la personalidad del grupo B, particularmente TLP.

Se verificó que el nivel de severidad del trastorno no excediera una puntuación de “3-ligera” en síntomas depresivos, de manía/hipomanía y en la impresión clínica global del trastorno (CGI-BD) (Spearing et al., 1997) al momento de las evaluaciones hetero y auto-administradas. De tal modo, se evitaría incluir a pacientes cursando un episodio claramente maniaco/hipomaniaco o depresivo y/o con conductas autolesivas. Los pacientes con abuso o dependencia de sustancias debían encontrarse en remisión completa, con un mínimo de 30 días en abstinencia al momento de la evaluación.

La muestra se reclutó entre el año 2010 y el 2012 de dos institutos en Argentina, la *Fundación Foro para la Salud Mental* en la Ciudad de Buenos Aires y el centro clínico *Casa de Familia*, en la ciudad de Córdoba. Ambos centros cuentan con un área clínica para pacientes ambulatorios en tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico bajo la supervisión de un psicólogo clínico y un psiquiatra. Se informó a los profesionales (médicos psiquiatras y psicólogos clínicos) que estuvieran tratando a pacientes con algún trastorno afectivo y/o trastorno de la personalidad del grupo B sobre el estudio y los criterios de inclusión al mismo (figuran en la tabla 10.2.)

Tabla 10.2. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra de evaluación.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes entre 18 y 65 años de edad.</li> <li>2. Cumplir con criterios de diagnóstico para un trastorno límite de la personalidad y/o del grupo B.</li> <li>3. Cumplir con criterios para episodios depresivos, maníacos, hipomaniacos o mixtos en el pasado, según criterio del DSM-IV-TR.</li> <li>4. Pacientes con marcada desregulación emocional o inestabilidad afectiva.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes con un trastorno psicótico en el eje I.</li> <li>2. Pacientes con alteraciones cognitivas que impidan la evaluación clínica adecuada.</li> <li>3. Ante la comorbilidad con trastorno por abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias, el paciente debía encontrarse en remisión total temprana y en abstinencia por un lapso mínimo de un mes antes del ingresar al estudio.</li> </ol>

#### 10.4. Procedimiento.

El diseño de la evaluación de la muestra se estructuró en base a una revisión bibliográfica exhaustiva. Se buscaron y eligieron instrumentos de evaluación diagnóstica validados para cribar por los tres principales grupos de trastornos necesarios para la comprobación de las hipótesis del estudio (TB, TLP y DM). Así mismo, se eligieron instrumentos para evaluar los factores específicos relacionados con la problemática planteada para la investigación. Por lo tanto, la batería de evaluación fue compuesta para realizar un cribado diagnóstico y para analizar elementos característicos de los trastornos estudiados, tales como el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, estados anímicos y síntomas de gravedad.

En los siguientes apartados se describen en detalle los pasos del procedimiento llevado a cabo durante el estudio de investigación. El procedimiento comenzó con el diseño de la batería de evaluación, en el cual priorizó la utilización de herramientas de diagnóstico y de detección de síntomas y factores específicos, evaluando su presencia, gravedad y frecuencia. Posteriormente, se llevó adelante el proceso de inclusión y exclusión de pacientes a la muestra de estudio, comenzando por la derivación de sujetos

candidatos para el estudio, la evaluación estructurada y sistemática de cada uno y la determinación de inclusión a cada grupo de diagnóstico.

#### ***10.4.1. Diseño de la batería de evaluación.***

Partiendo de las revisiones bibliográficas sobre los trastornos en cuestión, se elaboró un proceso de evaluación que sería dividido en etapas de cribado diagnóstico. Independientemente del diagnóstico inicial, el supuesto por el profesional que derivó al estudio, el diagnóstico final para la muestra debía ser determinado por los instrumentos utilizados dentro de la batería de evaluación compuesta para la investigación.

Por lo tanto, se diseñó una entrevista que evaluara de forma estructurada y sistemática la historia clínica, trastornos del eje I, trastornos del eje II y la gravedad del cuadro. Dicha labor culminó en una entrevista estructurada compuesta por un cuestionario *ad hoc* para obtener datos socio-demográficos y clínicos, dos instrumentos de evaluación diagnóstica (para cribar del eje I y II) y dos instrumentos hetero-aplicados para evaluar la gravedad de la sintomatología. Por otro lado, se eligieron los instrumentos de mayor uso clínico y mostrada confiabilidad en la literatura científica para explorar los elementos específicos propuestos en el estudio. La selección de dichos instrumentos desembocó en un cuadernillo de escalas auto-administradas para evaluar el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, probabilidad de bipolaridad, aspectos del ánimo y criterios de diagnóstico para trastornos de la personalidad.

La batería de evaluación tomó dos vías, la hetero-aplicada y la auto-aplicada, por lo cual resultó en dos instancias de administración de instrumentos. La primera evaluación fue parte del proceso de inclusión al estudio, en la cual el o la paciente completaría la parte auto-administrada. Posteriormente, el entrevistador, ciego a los resultados de la evaluación auto-aplicada, realizaría con cada paciente una entrevista



diagnóstica estructurada para determinar si el sujeto cumplía criterio diagnóstico para TLP, TB, DM o TB + TLP.

Fueron dos las personas responsables del proceso de evaluación de los pacientes y de la inclusión de los mismos como sujetos de muestra. La primera evaluadora es la que suscribe, psicóloga especializada en Psicología Clínica e investigación clínica experimental, quien al momento de la recolección de muestra formaba parte del equipo clínico de DBT (Terapia Dialéctico Comportamental) de la Fundación Foro para la Salud Mental. La porción de la muestra obtenida por dicha evaluadora se llevó a cabo en los consultorios de la Fundación Foro, en Buenos Aires, Argentina entre el año 2010 y 2012.

El proyecto de investigación se presentó al equipo de DBT (entre 30 y 35 psiquiatras y psicólogos clínicos) pidiendo derivación de pacientes que fueran candidatos para participar de forma voluntaria. Se les pidió a los profesionales que contemplaran pedir participación en investigación a pacientes que ellos consideraran presentar TLP y/o TB, DM o algún TP del grupo B.

El segundo evaluador es médico especialista en Psiquiatría, parte del equipo clínico del centro para salud mental Casa de Familia, situado en la ciudad de Córdoba, Argentina. El evaluador utilizó el mismo protocolo de evaluación, entrevista estructurada y escalas auto-administradas. Los dos evaluadores reclutaron la muestra a lo largo del mismo periodo de tiempo, trabajando en conjunto para asegurarse de estar implementando un mismo método y procedimiento.

#### ***10.4.2. Proceso de inclusión.***

En el momento en el que el profesional que deriva determinaba que un paciente cumplía criterios de inclusión al estudio informaba al paciente sobre la existencia del

mismo y le proponía ser parte de forma voluntaria. Lo único que se le comunicó al paciente sobre los objetivos del estudio fue que se le realizaría una entrevista sobre aspectos de salud mental, incluyendo los que habían llevado al paciente a tratamiento, y que debía completar un cuadernillo con diversos cuestionarios.

Al momento de aceptar participar, el profesional que deriva entregaba al paciente el cuadernillo con las escalas auto-administradas, precedido por un consentimiento informado por escrito, para completar. En ese momento, se le informaba que un profesional investigador lo contactaría para acordar un momento para la entrevista en persona, a la cual debería llevar el cuadernillo completado. Al mismo tiempo, el profesional que deriva estuvo a cargo de completar el Índice de Bipolaridad y los Criterios de Ghaemi sobre el paciente, datos que serían entregados al investigador tras finalizar la entrevista.

Posteriormente, el investigador (psicólogo clínico o psiquiatra), ciego a los resultados de los instrumentos auto-aplicados, realizó una entrevista estructurada con el paciente para cribar a partir del cumplimiento diagnóstico del eje I y II, además de características clínicas y demográficas. Una vez obtenidos los datos se dividió la muestra en cuatro grupos de análisis: pacientes con trastorno de depresión (Grupo DM), pacientes con trastorno bipolar (Grupo TB), pacientes con trastorno límite de la personalidad (Grupo TLP) y pacientes con comorbilidad de TB y TLP (Grupo TB + TLP), según los resultados de diagnóstico evaluados por instrumentos de diagnóstico para eje I y II.

#### ***10.4.3. Entrevista diagnóstica.***

La entrevista se realizó de forma estructurada compuesta por tres secciones:

- En la primera sección se recopilaron datos clínicos y demográficos del paciente. Esta sección incluyó preguntas sobre tratamientos previos, internamientos, conductas autolesivas, intentos de suicidio, antecedentes familiares clínicos y antecedentes personales.
- En la segunda sección, se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) para evaluar el cumplimiento de criterios diagnósticos para el eje I.
- En la última sección de la entrevista, se realizó la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad (o eje II) del DSM-IV (SCID-II).

La entrevista completa tomó una duración aproximada de 50 a 60 minutos. Al principio de la entrevista se verificó que estuviera completado el cuadernillo de instrumentos auto-aplicados. Además, en base a lo obtenido en la entrevista diagnóstica, se asignó al paciente a uno de los cuatro grupos de análisis: trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, trastorno depresivo o comorbilidad de trastorno límite de la personalidad y bipolaridad.

Al final de los pasos de evaluación, el investigador tomó todos los instrumentos auto y hetero-aplicados, realizó las calificaciones correspondientes a cada instrumento e introdujo la información completa del proceso de evaluación a una base de datos elaborada con el programa Statistical Package for Social Sciences, versión 20 (IBM-SPSS-20).

En las tablas 10.3 y 10.4 se alistan por orden de administración los instrumentos utilizados en cada instancia de evaluación y las variables que evalúan.

Tabla 10.3. Instrumentos de evaluación auto-aplicados previo a evaluación diagnóstica.

<b>Instrumentos Auto-aplicados</b>	
<b>Instrumentos</b>	<b>Variables evaluadas</b>
Evaluación internacional del trastorno de la personalidad, cuestionario auto-aplicado – IPDE.	Identifica rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de trastornos de la personalidad.
Cuestionario para los trastornos del eje II del DSM-IV - SCID II.	Evalúa la presencia de criterios para cada trastorno de la personalidad, según DSM-IV.
Cuestionario de Evaluación del Temperamento, Memphis, París, Pisa y San Diego - TEMPS-A.	Temperamentos: hipertímico, distímico, ciclotímico, irritable y ansioso.
Cuestionario de Trastornos del Ánimo – MDQ.	Evalúa las características de los episodios afectivos. Valora criterios de diagnóstico para trastornos bipolares.
Cuestionario de espectro del ánimo, versión auto-aplicada - MOODS- SR.	Dominios generales: depresión, manía y ritmicidad. Subdominios de manía y depresión: ánimo, cognición y energía.
Escala diagnóstica del espectro bipolar – BSDS.	Evalúa la probabilidad de la existencia de un trastorno bipolar.

Tabla 10.4. Instrumentos de evaluación hetero-aplicados previo y durante la evaluación diagnóstica.

<b>Previo a la entrevista diagnóstica</b>	
Índice de Bipolaridad	Evalúa evolución, edad de comienzo, herencia, respuesta al tratamiento y característica de los episodios afectivos.
Criterio del espectro bipolar de Ghaemi	Evalúa probabilidad de evolución y respuesta al tratamiento de tipo bipolar.
<b>Durante la entrevista diagnóstica</b>	
Cuestionario realizado <i>ad hoc</i>	Datos socio-demográficos, tratamientos psicológicos / psiquiátricos, internamientos, autolesiones.
Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica – MINI.	Criterios de diagnóstico para trastornos del eje I, DSM-IV.
Entrevista para los trastornos del eje II del DSM-IV - SCID II.	Criterios de diagnóstico para trastornos de la personalidad, eje II.

## **10.5. Instrumentos.**

Los participantes fueron evaluados con instrumentos hetero y auto-aplicados, desarrollados y validados en los últimos años, para evaluar concretamente la idiosincrasia de la inestabilidad afectiva y rasgos de la personalidad en los diferentes trastornos afectivos y de la personalidad límite. La selección de los instrumentos utilizados en el estudio se ha basado en la necesidad de explorar en detalle no sólo criterios de diagnóstico, sino una amplia gama de síntomas y cuadros patológicos que han mostrado solaparse dentro de los trastornos del espectro del ánimo y de la personalidad.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la clasificación diagnóstica ha sido modificada a lo largo del tiempo afectando al entendimiento que se tiene de los cuadros psicopatológicos. Una de las principales modificaciones de interés para la presente investigación es la cambiante clasificación de los trastornos afectivos. En concreto, lo que durante un siglo se conoció como enfermedad maniaco-depresiva pasó a denominarse como trastorno bipolar en las clasificaciones del DSM y el CIE.

Las nuevas clasificaciones y sus consecuentes versiones son consideradas por diversos autores mucho más estrechas y con un umbral diagnóstico demasiado alto, dejando fuera y sin clasificación diagnóstica a cuadros afectivos recurrentes, cuadros con episodios alternantes de exaltación de menor intensidad, desregulación emocional y aquellos que mostraban temperamentos afectivos prominentes. Por este motivo, se han elegido herramientas desarrolladas para explorar los trastornos afectivos desde un concepto más amplio del espectro del ánimo, de naturaleza dimensional, que evalúen factores específicos del ánimo, de la personalidad y de la desregulación emocional.

Se han elegido instrumentos de cribado de síntomas comúnmente encontrados en los trastornos afectivos y en el TLP, según criterios de DSM-IV-TR. Los instrumentos

del estudio exploran: 1) criterios de diagnóstico para TB, DM y TLP, 2) temperamento afectivo, 3) rasgos de la personalidad, 4) ciclo del ánimo o desregulación emocional, 5) espectro bipolar y grado de bipolaridad y 6) severidad del cuadro psicopatológico. En la tabla 10.5. figura la lista de las variables a ser estudiadas y los instrumentos correspondientes para evaluarlas.

Tabla 10.5. Variables de análisis e instrumentos de evaluación.

	<b>Variables de análisis</b>	<b>Instrumentos de Evaluación</b>
1	Diagnóstico eje I y II del DMS-IV-TR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M.I.N.I.</li> <li>• SCID-II-Entrevista</li> <li>• MDQ-H</li> </ul>
2	Temperamento afectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEMPS-A</li> </ul>
3	Rasgos de Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPDE y SCID-II-Cuestionario</li> </ul>
4	Desregulación emocional / Ciclo del ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOODS-SR</li> </ul>
5	Espectro Bipolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios de Ghaemi-Goodwin</li> <li>• Índice de Bipolaridad – BI</li> <li>• BSDS</li> </ul>
6	Severidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autolesiones</li> <li>• Internamientos</li> <li>• Intentos de suicidio</li> </ul>

### ***10.5.1. Instrumentos de diagnóstico para eje I y II.***

- **Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica – M.I.N.I.** (Sheehan et al., 1997; adaptada por Ferrando et al., 2000).

La M.I.N.I. es una entrevista estructurada que explora los criterios de los principales trastornos mentales del eje I del DSM-IV-TR. Permite el diagnóstico

único así como de trastornos psiquiátricos comórbidos. La M.I.N.I. evalúa en detalle y por módulos 17 trastornos psiquiátricos destacando los afectivos, ansiosos, por abuso y dependencia de sustancias, alimentarios y psicóticos. Cada módulo corresponde a una categoría diagnóstica del eje I pero contiene un módulo opcional que criba por trastorno de la personalidad antisocial.

La entrevista está compuesta por 17 módulos identificados por letras, cada módulo corresponde a un diagnóstico. La entrevista completa puede ser administrada en un periodo de 20 minutos aproximadamente. Fue diseñada para evaluar los principales trastornos psiquiátricos de forma rápida y al mismo tiempo precisa, principalmente para su uso en centros multidisciplinarios y estudios epidemiológicos.

Como instrumento de diagnóstico ha presentado buenas propiedades psicométricas. Ha sido validada frente a la SCID-I/P (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-OMS, 1990), mostrando puntuaciones elevadas de validez y confiabilidad. Su aplicación ha demostrado ser dos veces más rápida que la SCID- I/P, resultando favorable para evaluaciones en contextos no clínicos o con escasos de tiempo.

- **Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM-IV** (SCID II; First et al., 1997; adaptada al castellano por First et al., 1999).

La SCID II es una versión de la SCID desarrollada para la evaluación de los trastornos de personalidad del DSM-IV-TR. La SCID II está conformada por tres componentes. El primer componente contiene un cuestionario auto-administrado con 119 ítems de respuesta dicotómica “Sí” o “No”. El cuestionario explora 11

trastornos de la personalidad, incluyendo los del eje II del DSM-IV-TR (también el trastorno de la personalidad no especificado) y un agregado que permite evaluar el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

El segundo componente de la SCID II consta de una entrevista estructurada que se basa en los resultados positivos del cuestionario auto-aplicado. Durante la entrevista se determina si los ítems para los que el sujeto respondió en afirmativo son de la gravedad necesaria para cumplir con criterio diagnóstico. La determinación de las puntuaciones como clínicas o subclínicas se clasifican con uno de tres números: “1 = ausente o falsa”, “2 = clínica” y “3 = presente o verdadera”. En el último caso la puntuación del ítem cumpliría como criterio diagnóstico.

El tercer y último componente de la SCID II cuenta con un manual de usuario de instrucciones específicas para llevar a cabo la entrevista completa. Los tres componentes permiten que la evaluación de los trastornos de la personalidad sea lo más uniforme posible entre entrevistadores.

Las propiedades psicométricas de la SCID II como entrevista han demostrado ser satisfactorias en diversos estudios, con una confiabilidad que oscila entre 0.65 a 0.98 para las once categorías que evalúa (Lobbestael, Leurgans y Arntz, 2011; Maffei et al., 1997). Así mismo, el cuestionario auto-administrado ha demostrado buena sensibilidad y especificidad como instrumento de cribado.

El cuestionario no fue diseñado para ser administrado como instrumento único, sino como el primer paso de la entrevista diagnóstica completa. Sin embargo, el cuestionario en sí ha mostrado propiedades psicométricas casi tan buenas como las obtenidas por la entrevista completa, con una fiabilidad entre-



jueces (kappa) de 0.78 (Ball, Rounsaville, Tennen y Kranzler, 2001; Ekselius et al., 1994; Jacobsberg, Perry y Frances, 1995; Nussbaum y Rogers, 1992).

- **Cuestionario de Trastornos del Ánimo.** (MDQ; Hirschfeld et al., 2000; adaptado por Sánchez-Moreno et al., 2005)

El MDQ es un cuestionario auto-administrado para la evaluación de síntomas del ánimo. Es un instrumento diseñado específicamente para detectar trastornos bipolares. Está compuesto por 15 ítems, 13 de los cuales evalúan síntomas hipomaniacos y dos consisten en preguntas acerca de la gravedad y disfunción causada por los síntomas. La puntuación total obtenida define si el sujeto califica *positivo* (el total es igual o mayor a 5) o *negativo* (menor a 5 puntos) para un trastorno bipolar. El instrumento logra identificar 7 de cada 10 personas diagnosticadas con trastorno bipolar y en población general aumenta el número de detección.

La versión original en inglés fue validada en población psiquiátrica y logró mostrar muy buenas propiedades psicométricas: consistencia interna, confiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad. El cuestionario ha demostrado ser de utilidad en la detección del TB en muestras clínicas (sensibilidad 0.73 y especificidad 0.90) (Hirschfeld et al., 2000), en población general (sensibilidad 0.28 y especificidad 0.97) y en muestras de pacientes en asistencia primaria (sensibilidad 0.60 y especificidad 0.93) (Hirschfeld et al., 2003). En la literatura se reportan cifras que indican mayor sensibilidad de este cuestionario para la detección de individuos con TB I en contraposición con individuos con TB II (0.70 versus 0.30, respectivamente) (Ghaemi et al., 2005).

La versión adaptada al castellano por Sánchez-Moreno et al. (2008) obtuvo excelentes valores psicométricos. En su estudio comparativo la versión en castellano del MDQ obtuvo la misma consistencia interna que la versión original en inglés (alfa de Cronbach = 0.90), con validez concurrente de 0.83 y muy buena capacidad de discriminación (0.97). Mostró buena sensibilidad (0.60) y especificidad (0.98) para la detección de trastorno bipolar. Además, si el punto de corte se establece en 7 (igual o mayor a 7 en la puntuación total) la sensibilidad aumenta a 0.81, manteniendo la especificidad en 0.95 (Sánchez-Moreno et al., 2008).

#### ***10.5.2. Instrumentos para la evaluación del Temperamento Afectivo y Rasgos de la Personalidad.***

- **Cuestionario de Evaluación del Temperamento de Memphis, París, Pisa y San Diego - Versión Argentina.** (TEMPS-A; Akiskal et al., 2005; validado por Vázquez et al., 2007).

El TEMPS-A es un instrumento auto-aplicado diseñado por Akiskal et al. (2005), para evaluar rasgos temperamentales afectivos presentes durante la vida. Permite explorar los cuatro temperamentos afectivos fundamentales (hipertímico, ciclotímico, depresivo e irritable) y el ansioso. El temperamento afectivo es considerado una manifestación sintomatológica subafectiva pre-mórbida. Es decir, un conjunto de rasgos afectivos permanentes que al presentarse con episodios del ánimo subumbrales muestran riesgo de aparición de un trastorno del ánimo mayor.

El TEMPS está compuesto por 110 ítems agrupados en 5 escalas dimensionales: depresión, ciclotimia, hipertimia, irritabilidad y ansiedad. Las subescalas detectan patrones anímicos, cognitivos, psicomotores y circadianos considerados como cuadros de predisposición a trastornos afectivos mayores. Existen dos versiones en castellano, una realizada en Barcelona (Sánchez-Moreno et al., 2005) y otra en Buenos Aires, Argentina (Vázquez et al., 2007). La versión utilizada en el estudio fue la versión de Buenos Aires debido a que la muestra se obtuvo en población argentina.

La validación en población argentina fue realizada en una muestra de pacientes (n = 932) y controles (n = 1000) (Vázquez y Akiskal, 2005; Vázquez et al., 2007). La validación ha mostrado buenas y excelentes propiedades psicométricas. Obtuvo muy buena consistencia interna para las cinco subescalas, con un alfa de Cronbach de 0.7 para el temperamento depresivo y de 0.8 para los temperamentos ansioso, ciclotímico, irritable e hipertímico. Los resultados globales de la validación son similares a varias adaptaciones a otros idiomas, tales como al inglés, alemán, húngaro, libanes y turco.

- **Evaluación internacional del trastorno de la personalidad, cuestionario auto-aplicado.** (IPDE; OMS, 1997; adaptado por Loranger, Janca y Santorius, 2007).

El IPDE es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Administración de Salud Mental del Abuso de Alcohol y Drogas (ADAMHA, por sus siglas en inglés) para evaluar los trastornos de la personalidad. Identifica rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de trastornos de la personalidad del DSM-IV y CIE-10. Se elaboró sobre la base del PDE (Loranger et al., 1987), el cual evalúa la

fenomenología y experiencias de vida en relación al diagnóstico de trastorno de personalidad del eje II del DSM-III.

El IPDE, en versión cuestionario auto-aplicado, está compuesto por 77 ítems distribuidos en 10 escalas correspondientes a los trastornos de la personalidad y los cuatro grupos en los que se distribuyen, según clasificación del DSM-IV: grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico), grupo B (histriónico, antisocial, narcisista, límite) y grupo C (obsesivo-compulsivo, dependiente y por evitación). Los ítems son preguntas con respuesta dicotómica (verdadero o falso). La puntuación se realiza para cada subescala, indicando elevada probabilidad de tratarse de un trastorno de la personalidad cuando el sujeto calificó positivo para tres o más ítems. Es importante mencionar que la función del instrumento es valorar la posibilidad de existir un trastorno de la personalidad, no debe utilizarse como herramienta de diagnóstico.

El estudio piloto se realizó con una muestra de 716 pacientes de diferentes países y en 11 idiomas, incluido el castellano. El IPDE cuenta con una gran fiabilidad, validez y estabilidad “entre-evaluadores”. Los trastornos de la personalidad más prevalentes fueron el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de la personalidad por evitación.

El estudio de validez del IPDE en su versión en castellano demostró elevada sensibilidad (entre 0.88 y 1), moderada especificidad (variando entre 0.16 a 0.98) y precisión diagnóstica (92.8%) a medio plazo (6 meses) (San Narciso et al., 2000). Si bien la baja especificidad del IPDE no la habilita a ser un instrumento de diagnóstico, su alta sensibilidad lo convierte en una útil herramienta de despistaje o cribado rápido de los trastornos de la personalidad. Para la

realización de un diagnóstico debe utilizarse en complemento a la entrevista estructurada.

### ***10.5.3. Instrumento/s de evaluación del Ciclo del Ánimo.***

- **Cuestionario del espectro del ánimo auto-aplicado.** (MOODS - SR; Fagiolini et al., 1999; adaptado por Berrocal et al., 2006).

El MOODS-SR es un instrumento diseñado para evaluar un amplio rango de manifestaciones psicopatológicas del ánimo. El principal objetivo de esta herramienta es detectar psicopatología del ánimo aún cuando es considerada “subclínica” en las categorías diagnósticas del DSM-IV-TR y el CIE-10. Su método de evaluación apela al nuevo abordaje dimensional en vez del abordaje tradicional categórico de la clasificación de los trastornos, tal y como ha sido propuesta y aprobada para incluir al criterio de diagnóstico del DSM-V (APA, 2013). La intención ha sido proporcionar una herramienta para observar los síntomas de los trastornos del ánimo en forma de espectro, destacando características de continuidad.

Fue elaborado de tal forma que permita evaluar tanto manifestaciones depresivas como hipomaniacas/maniacas en un mismo instrumento. Permite diferenciar entre pacientes con trastorno del ánimo y pacientes control y entre pacientes con depresión bipolar y con depresión unipolar. Así mismo, logra identificar síndromes afectivos en pacientes con otras afecciones (trastornos de ansiedad, de la personalidad, entre otros.).

El MOODS - SR está compuesto por 161 ítems, con respuesta dicotómica “Sí” o “No”, distribuidos en tres dominios generales: *depresión, manía y*

*ritmicidad*. Los dominios *depresión* y *manía* exploran características del ánimo específicamente. El dominio de *ritmicidad* detecta cambios en la energía, bienestar físico y eficiencia mental y física en relación a cambios estacionales, climáticos, del sueño, del apetito y de actividad sexual. Los dominios de *depresión* y *manía* se dividen a su vez en tres subdominios: *energía*, *ánimo* y *cognición*. Los subdominios de *energía* intentan detectar periodos de tiempo con cambios importantes en los niveles de energía. Los subdominios de *ánimo* exploran la labilidad y cambios en el interés en relación a la familia, amigos, relaciones amorosas, trabajo, pasatiempos y deporte. Los subdominios de *cognición* evalúan cambios cognitivos relacionados con la desregulación del ánimo y de la energía.

El MOODS-SR ha sido utilizado para caracterizar el espectro de la fenomenología anímica a lo largo de la vida (Berrocal et al., 2006; Dell'Osso et al., 2002; Cassano et al., 1999). Ha mostrado correlaciones positivas con instrumentos que evalúan manifestaciones depresivas (p. ej. BDI - Inventario de Depresión de Beck) y maníacas e hipomaniacas (p. ej. CARS-M – Escala de evaluación de manía hetero-administrada).

La versión original en inglés tiene buenas propiedades psicométricas en consistencia interna (entre 0.88 y 0.97 para cada dominio y subdominio) y excelente confiabilidad (Dell'Osso et al., 2002). Así mismo, la validación de la versión en castellano ha demostrado calidad psicométrica. La consistencia interna oscila entre 0.80 y 0.96 para los tres dominios y entre 0.83 y 0.91 para los seis subdominios. Además, la puntuación total del instrumento obtuvo excelente confiabilidad (0.97, alfa de Cronbach).

#### ***10.5.4. Instrumentos de evaluación de la bipolaridad.***

- **Escala diagnóstica del espectro bipolar (BSDS – Ghaemi et al., 2005).**

La BSDS es una escala diseñada para detectar la presencia de un trastorno bipolar a lo largo de la vida. La iniciativa del desarrollo de la BSDS aborda la creciente confusión acerca de los límites del trastorno bipolar y sus repercusiones en el diagnóstico. Se ha visto que muchos pacientes diagnosticados con depresión mayor o trastornos con desregulación emocional cumplirían criterio para bipolaridad si la evaluación fuera más minuciosa. Se ha demostrado que la entrevista estructurada más utilizada para el DSM-IV no es lo suficientemente sensible para detectar hipomanía o síndromes subumbrales del ánimo (Judd y Akiskal, 2003). La BSDS pretende identificar los síntomas hipomaniacos sutiles que suelen pasar desapercibidos (TB II) y terminar en una clasificación errónea de un trastorno afectivo.

La escala está compuesta por un relato y una pregunta final. El relato describe en 19 características sutiles la experiencia de la bipolaridad. El sujeto debe marcar cada frase con la que se siente identificado. Además, al final de la historia debe elegir una de cuatro opciones señalando el grado en el que considera que todo el relato lo describe: 1) “Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente”, 2) “Esta historia me describe bastante bien”, 3) “Esta historia me describe hasta cierto punto pero no en todos los aspectos” y 4) “Esta historia no me describe en lo absoluto”.

Cada frase del relato tiene el valor de un punto y la pregunta final puede tener un valor de 0 a 6 puntos, dependiendo del grado de identificación con el relato. La puntuación total de la escala suma a un máximo de 25 puntos, a mayor

puntuación mayor la probabilidad de que se trate de un trastorno bipolar. Una cifra entre 0 y 6 indica “altamente improbable”, de 7 a 12 “baja probabilidad”, de 13 a 19 “moderada probabilidad” y de 20 a 25 “alta probabilidad”.

El instrumento fue validado en una muestra de 68 pacientes con trastorno bipolar y 27 pacientes con depresión mayor unipolar. Los resultados fueron comparados con diagnósticos del DSM-IV realizados por profesionales clínicos. La escala ha mostrado ser altamente sensible y específica para la detección de trastornos del espectro bipolar. Obtuvo una sensibilidad de 0.76, siendo casi equivalente para el trastorno bipolar I y II/NE (0.75 y 0.79, respectivamente) y una especificidad de 0.85 a 0.93 (Ghaemi et al., 2005).

- **Índice de Bipolaridad** (BI; Sachs, 2004a; adaptado al castellano por Sachs, 2004b).

El índice de bipolaridad evalúa características que combinan evolución, edad de comienzo, herencia, respuesta al tratamiento y características de los episodios afectivos. Es un instrumento complementario para el diagnóstico en pacientes con trastornos del estado del ánimo. El instrumento fue desarrollado para evaluar la bipolaridad desde un abordaje de espectro y dimensional. El instrumento se elaboró en base al sistema de Gary Sachs, el cual incluye 5 dimensiones de bipolaridad: 1) hipomanía o manía, 2) edad de inicio (o de los primeros síntomas), 3) curso y evolución del trastorno (y otras características visibles a lo largo del tiempo), 4) respuesta a psicofármacos (antidepresivos y estabilizadores del ánimo) y 5) historia familiar (de trastornos del ánimo y problemas de abuso de sustancias).



El rango de puntuación total es de 0 a 100. Cada dimensión puede obtener una puntuación máxima de 20 puntos. En base a la experiencia clínica de Gary Sachs y colaboradores del BI, se han establecido puntos de corte como guía. Los pacientes con trastorno bipolar I (TB I) suelen puntuar por arriba de 60, mientras que los pacientes con TB II puntúan por debajo de 60. Sin aún haber establecido un punto de corte con parámetros psicométricos, cuanto mayor es la puntuación mayor la probabilidad de tratarse de un trastorno dentro del espectro bipolar.

La ventaja de utilizar el Índice de Bipolaridad la brinda la posibilidad de evaluarse en detalle otras dimensiones, además de la hipomanía/manía. Un sujeto puede obtener una puntuación elevada en el total del BI sin necesidad de tener historia de manía o hipomanía. Las cinco dimensiones del BI reciben igual importancia en el diagnóstico de la bipolaridad. Es un instrumento que intenta abarcar trastornos bipolares no especificados e incluso subclínicos, con el fin de detectar trastornos del ánimo dentro de un espectro y no una categoría.

- **Criterio del Espectro Bipolar de Ghaemi** (Ghaemi et al., 2005).

El instrumento fue desarrollado por Nassir Ghaemi (2003) para facilitar la detección de indicadores clínicos de bipolaridad. Fue elaborado con el fin de operacionalizar el diagnóstico del espectro bipolar en base a los lineamientos propuestos por diversos investigadores en torno al concepto amplio de la bipolaridad. Particularmente aborda la necesidad de crear herramientas para facilitar la detección de hipomanía, la cual es considerada lo más difícil de identificar. Es un intento por lograr diagnosticar un trastorno bipolar sin tener que partir de la fase de euforia y lograr hacerlo aún desde un episodio depresivo. Los

criterios propuestos por Ghaemi complementan los del criterio bipolar I y II del DSM-IV.

El instrumento está compuesto por tres áreas de criterios operativos que representan características de las depresiones recurrentes, ya que éstas son más probables de relacionarse con una evolución bipolar. Los criterios de espectro no buscan un diagnóstico de trastorno bipolar según DSM-IV, sino que arrojan una probabilidad de evolución y respuesta al tratamiento de tipo bipolar. Evalúan características sintomáticas, evolutivas, hereditarias y respuesta a los antidepresivos, en vez de definir el cuadro por la presencia de manía o hipomanía espontánea. El instrumento ha sido validado demostrando buenas propiedades de confiabilidad (Ghaemi et al., 2005).

#### ***10.5.5. Evaluación de factores de severidad.***

La entrevista realizada con los instrumentos hetero-aplicados incluyó un cuestionario creado *ad hoc* para recoger información demográfica de cada sujeto. Entre los datos recolectados, como datos sociodemográficos, se indagó en la historia clínica. Cada sujeto indicó durante la entrevista si presentaba, o había presentado en algún momento de su vida, autolesiones o conductas parasuicidas/autolesivas, intentos de suicidio y/o internamientos. Los tres factores han sido considerados en la literatura científica como indicadores de gravedad.

## **XI. ANÁLISIS DE DATOS.**

El análisis de los datos de la muestra clínica fue realizado con diversos tipos de pruebas estadísticas. Se realizaron análisis de varianza para detectar relaciones entre grupos, análisis de correlación para conocer la interacción entre variables y pruebas de regresión múltiple para determinar el valor predictivo de las variables de estudio. Se eligieron diversas pruebas estadísticas para optimizar la comprensión de la relación entre variables. A continuación se describen los pasos en los que fueron administradas cada una de las pruebas estadísticas.

En primer lugar, se aplicaron estadísticos descriptivos y de frecuencia para obtener la caracterización de la muestra. De esta forma ha sido posible conocer las características socio-demográficas y clínicas de la muestra clínica del estudio. En segundo lugar, se realizaron análisis de varianza, importantes para explorar las diferencias en las variables independientes en función del grupo diagnóstico al que corresponden. Al realizar los análisis de varianza, se utilizaron tanto pruebas paramétricas (Pruebas t y ANOVA) como no paramétricas (Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney), para corroborar los resultados y agregar generalización y representatividad de los resultados.

Las pruebas no paramétricas garantizan mayor solidez cuando se trata de muestras de tamaño reducido (menor a 30). Si bien la presente muestra cuenta con 85 casos, el análisis de diferencias entre grupos se basa en comparaciones de grupos con menos de 30 sujetos cada uno. Por esta razón, se aplican como prioridad las pruebas no paramétricas, ya que permiten hacer que una muestra sea representativa sin que se asuman determinadas características de la distribución de la población que representa (Gravetter y Wallnau, 2004; Peat, 2001; Siegel y Castellan, 1988). Es por este motivo

que a veces se las llama pruebas “libres de distribución” (Pallant, 2007). No obstante, tomando en cuenta que las pruebas paramétricas ofrecen mayor riqueza en los datos, para los análisis de varianza se aplicaron también la versión paramétrica de cada análisis efectuado. Posteriormente, se aplicaron análisis *post hoc* para identificar específicamente entre cuáles grupos recaen las distinciones.

En tercer lugar, se llevó a cabo un análisis de correlación entre las variables de estudio. Finalmente, se efectuaron análisis de regresión múltiple. En este caso en particular se emplearon análisis de regresión logística, debido a la naturaleza categórica de las variables dependientes. La aplicación de pruebas de regresión logística ha permitido analizar el valor predictivo de las variables independientes.

Todos los análisis fueron ejecutados con el programa SPSS, versión 20 (IBM-SPSS Statistics, v20). La significación estadística de las relaciones analizadas se estableció en  $p < 0.05$ .

## **XII. RESULTADOS.**

Los resultados se presentan por apartados cuyo orden corresponde a los análisis estadísticos realizados. Primero, se introduce la caracterización de la muestra clínica. Los datos provienen tanto de las evaluaciones auto como hetero-aplicadas en el estudio. Dentro de este apartado se detallan las características demográficas. En el siguiente apartado, se presenta la clasificación de los sujetos de la muestra en función de su pertenencia a un grupo diagnóstico. En esta sección se divide la muestra en los grupos de evaluación y se explica todo lo referente al proceso de evaluación y diagnóstico.

Más adelante, se describe en detalle el desarrollo de los análisis descriptivos, ofreciendo medias, desviaciones típicas y curtosis, entre otros descriptivos, así como las correlaciones entre las variables de estudio: variables socio-demográficas, características de los grupos de diagnóstico, sintomatología clínica (síntomas de bipolaridad, espectro del ánimo, temperamento afectivo y rasgos de personalidad) y los factores de severidad (internamientos, autolesiones, intentos de suicidio y edad de inicio).

Posteriormente, se presentan las características diferenciales encontradas por análisis bivariados y multivariados, de los que se detectaron elementos diferenciales en el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, del espectro bipolar, del espectro del ánimo y de otros síntomas psicopatológicos asociados; se presentan las relaciones encontradas entre las variables independientes del estudio para cada uno de los cuatro grupos diagnósticos (TB, TLP, DM y TB + TLP). En esta sección también se analiza el valor predictivo de las variables independientes que mostraron tener una relación significativa con las variables dependientes. Es decir, se explica en detalle si los factores

que mostraron relaciones significativas en los análisis de varianza son a su vez factores que pueden predecir la pertenencia a un determinado grupo diagnóstico.

Como consiguiente, y finalmente, se presentan los perfiles diferenciales revelados por los análisis para cada grupo diagnóstico, describiendo los datos obtenidos para cada uno de los cuadros. Las implicaciones de los resultados serán abordadas en la discusión del estudio.

### **12.1. Caracterización de la muestra.**

Los datos demográficos de cada sujeto se obtuvieron durante el proceso de la evaluación hetero-aplicada. Nos encontramos con una muestra ( $n = 85$ ) con una media de edad de 33.9 años (d.t. = 11.79; con un rango de 18 años mínimo a 63 máximo) y de sexo femenino mayoritariamente (72.9%). Gran parte de la muestra trabajaba al momento de la evaluación, ya sea tiempo completo (36.5%), medio tiempo (14.8%), trabajaba y estudiaba (4.7%) o sólo estudiaba (0.9%); el resto se encontraba desocupada (31.8%). El 65.8% de la muestra indicó estar soltero/a y el 27.1% en pareja o casada/o. La media del nivel educativo es de 15.4 años de estudio (d.t. = 2.99). Las cifras de la caracterización de la muestra figura en la tabla a continuación (Tabla 12.1).

Tabla 12.1. Variables demográficas.

N = 85	
Edad	
- media ( <i>d.t.</i> )	33.9 (11.79)
Sexo (%)	
- mujer	72.9
- hombre	27.1
Años de estudio	
- media ( <i>d.t.</i> )	15.4 (2.99)
Estado civil (%)	
- Soltero	65.8
- Casado / en pareja	27.1
- Viudo	7.1
Trabajo (%)	
- desocupado	31.8
- tiempo completo	36.5
- medio tiempo	14.8
- estudia	12.9
- trabaja y estudia	4.7

## 12.2. Criterios de diagnóstico para el trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, depresión mayor y comorbilidad.

La muestra fue dividida en grupos de análisis, cada uno correspondiente a uno de cuatro diagnósticos: 1) trastorno bipolar (TB), 2) trastorno de depresión mayor (DM), 3) trastorno límite de la personalidad (TLP) y 4) comorbilidad de trastorno bipolar con trastorno límite de la personalidad (TB + TLP). Cada sujeto fue asignado a uno de los cuatro grupos: grupo TB, grupo DM, grupo TLP o grupo TB + TLP. La asignación de cada sujeto al grupo diagnóstico correspondiente se realizó en base a los resultados de la evaluación hetero-aplicada con las entrevistas estructuradas M.I.N.I. y SCID II. La evaluación se llevó a cabo por dos entrevistadores con el mismo protocolo de evaluación. Ninguno de los dos evaluadores tenía conocimiento sobre la historia clínica, sintomatología, ni diagnóstico/s previo a la realización de la entrevista. La única

información que poseía el investigador consistía en que el sujeto cumplía criterio de inclusión para el estudio, lo cual implica que el profesional por el cual fue derivado consideraba que el sujeto padece un trastorno afectivo, un trastorno límite o del grupo B de la personalidad y/o desregulación emocional en general.

La evaluación realizada por los investigadores consistió en una entrevista estructurada conformada por la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM-IV (SCID II), ambas son herramientas de diagnóstico validadas para cribar el eje I y II del DSM-IV-TR, respectivamente. Se realizó de esta manera con el fin de unificar el criterio de asignación de grupos de diagnóstico entre los evaluadores del estudio. Como consecuencia de la clasificación diagnóstica mencionada, los sujetos de la muestra (n = 85) fueron clasificados en uno de los cuatro grupos de análisis. La distribución de la muestra resultó en la inclusión de 26 sujetos al grupo DM, 17 al grupo TB, 18 al grupo TLP y 24 al grupo TB + TLP. En la tabla 12.2 figuran los resultados anteriormente descritos.

Es importante remarcar que no todos los sujetos contaban con un diagnóstico previo definido. Sin embargo, todos habían sido referidos al estudio por un diagnóstico presunto perteneciente a los trastornos del ánimo o de la personalidad del grupo B. En todos los casos, el diagnóstico o presunto diagnóstico fue realizado por criterio clínico del profesional que derivó, sin utilizar ningún instrumento de diagnóstico en particular. Por lo tanto, cabe mencionar que de la totalidad de los sujetos con diagnóstico previo específico (n = 81) el 95.3% de las evaluaciones diagnósticas del estudio coincidieron con el diagnóstico previo. De la totalidad de sujetos con indicación previa de tener un trastorno afectivo y/o TLP o un trastorno de la personalidad del grupo B, el 75.3 % (n = 68) coincidieron con el diagnóstico asignado en las evaluaciones del estudio.



Tabla 12.2. Distribución de grupos de diagnóstico.

N = 85	
Grupo diagnóstico % (n)	
- Depresión Mayor (DM)	30.6 (26)
- Trastorno Bipolar (TB)	20 (17)
- Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	21.2 (18)
- Comorbilidad TLP + TB	28.8 (24)
Porcentaje de coincidencia diagnóstica (%)	
- Sí coincidió	75.3

### 12.3. Análisis descriptivo.

Se obtuvieron estadísticos descriptivos de los síntomas y factores psicológicos evaluados para toda la muestra. A continuación se describe lo encontrado para el espectro del ánimo, temperamento afectivo, trastorno de la personalidad, bipolaridad y síntomas de gravedad. Los resultados del apartado figuran en la tabla 12.3.

#### a) Espectro del Ánimo.

Hasta el momento no ha sido establecido un umbral en las puntuaciones del espectro del ánimo medido por el MOODS-SR. Sin embargo, encontramos que la muestra presenta altos valores en el dominio de Depresión ( $m = 34.31$ ;  $d.t. = 11.4$ ) y Manía ( $m = 26.62$ ;  $d.t. = 12.9$ ). En depresión, la media más alta se obtuvo en el subdominio de cognición ( $m = 14.71$ ;  $d.t. = 0.69$ ) y ánimo ( $m = 14.81$ ;  $d.t. = 5.29$ ), seguido de energía ( $m = 5.06$ ;  $d.t. = 2.62$ ). En manía, el subdominio más alto es el del ánimo ( $m = 11.62$ ;  $d.t. = 6.53$ ), seguido de cognición ( $m = 9.0$ ;  $d.t. = 4.73$ ) y energía ( $m = 6.06$ ;  $d.t. = 3.47$ ). La media en la puntuación del dominio en ritmicidad fue de 12.84 ( $d.t. = 5.38$ ).

### **b) Temperamento afectivo.**

Los diferentes tipos de temperamento afectivo fueron evaluados con el TEMPS-A. La media de la puntuación total para el TEMPS-A en la muestra fue de 50.54 (d.t. = 15.42). Los resultados mostraron que el temperamento predominante en la muestra es el ansioso (m = 12.15; d.t. = 5.28), seguido del ciclotímico (m = 10.91; d.t. = 5.5), distímico (m = 10.87; d.t. = 4.05), hipertímico (m = 8.73; d.t. = 4.98) e irritable (m = 7.8; d.t. = 4.19).

### **c) Trastornos de la Personalidad.**

El inventario IPDE evalúa si una persona muestra alta probabilidad de presentar un trastorno de la personalidad (TP) cuando califica positivo en tres o más ítems de la subescala de cada TP. El instrumento se ha utilizado para evaluar la cantidad de ítems o síntomas presentes de cada TP en los diferentes grupos diagnósticos. La muestra completa obtuvo una media de tres o más síntomas en el trastorno de la personalidad límite (m = 4.61; d.t. = 2.1), por evitación (m = 3.87; d.t. = 2.29), histriónico (m = 3.54; d.t. = 1.98), dependiente (m = 3.20; d.t. = 2.01), obsesivo – compulsivo (m = 3.12; d.t. = 1.79) y narcisista (m = 3.05; d.t. = 1.91). Las medias de los síntomas de los otros rasgos de la personalidad se encontraron por debajo de significación diagnóstica (menor a 3). Concretamente, rasgos de la personalidad esquizotípica (m = 2.58; d.t. = 1.48) paranoide (m = 2.57; d.t. = 1.57), esquizoide (m = 2.55; d.t. = 1.39) y antisocial (m = 1.30; d.t. = 1.47).

### **d) Bipolaridad.**

Los síntomas de bipolaridad se evaluaron con el Cuestionario del Espectro Bipolar (BSDS), el Índice de Bipolaridad y el MDQ. Del BSDS se obtiene una

puntuación que valora la probabilidad de que exista un trastorno bipolar y a su vez establece un punto de corte que marca como positivo el diagnóstico. La media de la muestra ( $m = 11.95$ ;  $d.t. = 6.05$ ) se sitúa en un rango de “baja probabilidad” y por debajo del punto de corte (13) para el diagnóstico positivo. El índice de bipolaridad se sitúa en un rango medio para la muestra ( $m = 41.82$ ;  $d.t. = 21.88$ ) de una puntuación posible entre 0 y 100. El MDQ evalúa la posibilidad de que el sujeto cumpla con criterio diagnóstico para un cuadro bipolar si puntúa positivo para cinco o más (versión original) y siete o más (versión argentina), de una totalidad máxima de 14 puntos. La media de la muestra para el MDQ es de 6.68 ( $d.t. = 3.94$ ).

#### **e) Síntomas de gravedad.**

Respecto a la historia clínica de los pacientes, encontramos que un porcentaje importante presentaba conductas autolesivas (34.1%), internamientos (33.3%) y al menos un intento de suicidio (35.3%). La media para la muestra del índice de funcionalidad global (GAF) según criterios de evaluación del DSM-IV-TR es de 69.86 ( $d.t. = 10.14$ ). Lo anterior implica que a pesar de tratarse de una muestra clínica sin gravedad psicopatológica al momento de la evaluación (pacientes ambulatorios, gravedad CGI menor a 3), una parte importante (aproximadamente un tercio) presenta una historia clínica con factores de gravedad.

A continuación se presenta la tabla 12.3 de estadísticos descriptivos, curtosis y asimetría, cuyo contraste permite valorar la normalidad en la distribución de la muestra.

Tabla 12.3. Estadísticos descriptivos de evaluaciones.

<i>n</i> = 85				
	<i>Media</i>	<i>D.t.</i>	<i>Curtosis*</i> ( <i>error t</i> )	<i>Asimetría*</i> ( <i>error t</i> )
<b>TEMPS</b>				
- Ansioso	12.15	5.28	-0.198 (0.517)	0.249 (0.261)
- Ciclotímico	10.91	5.5	-0.901 (0.517)	-0.029 (0.261)
- Distímico	10.87	4.05	-0.439 (0.517)	-0.263 (0.261)
- Hipertímico	8.73	4.98	-0.508 (0.517)	0.149 (0.261)
- Irritable	7.8	4.19	-0.868 (0.517)	-0.04 (0.261)
- Total	50.54	15.42	-0.328 (0.517)	-0.443 (0.261)
<b>MOODS</b>				
Depresión	34.31	11.4	-0.455 (0.517)	-0.465 (0.261)
- ánimo	14.81	5.29	-0.321 (0.517)	-0.575 (0.261)
- energía	5.06	2.62	-0.654 (0.517)	-0.464 (0.261)
- cognición	14.71	6.69	9.09 (0.517)	1.1667 (0.261)
Manía	26.62	12.9	-0.809 (0.517)	0.024 (0.261)
- ánimo	11.62	6.53	-0.399 (0.517)	0.262 (0.261)
- energía	6.06	3.47	3.876 (0.517)	1.05 (0.261)
- cognición	9.0	4.73	-1.093 (0.517)	-0.19 (0.261)
Ritmicidad	12.84	5.38	0.504 (0.517)	0.389 (0.261)
<b>IPDE</b>				
- límite	4.61	2.1	-0.877 (0.523)	-0.314 (0.264)
- por evitación	3.87	2.29	-1.144 (0.523)	-0.068 (0.264)
- histriónico	3.54	1.198	-0.881 (0.523)	0.421 (0.264)
- dependiente	3.2	2.01	-0.79 (0.523)	0.109 (0.264)
- obs/comp.	3.12	1.79	-0.555 (0.523)	0.151 (0.264)
- narcisista	3.05	1.91	-0.356 (0.523)	0.297 (0.264)
- esquizotípico	2.58	1.48	-0.182 (0.523)	0.189 (0.264)
- paranoide	2.57	1.57	0.266 (0.523)	0.733 (0.264)
- esquizoide	2.55	1.39	-0.513 (0.523)	0.023 (0.264)
- antisocial	1.30	1.47	1.120 (0.523)	1.291 (0.264)
<b>BSDS</b>	11.95	6.05	-0.424 (0.520)	-0.05 (0.263)
<b>Bipolarity Index</b>	41.82	21.88	-0.594 (0.517)	-0.285 (0.261)
<b>MDQ</b>	6.68	3.94	-1.103 (0.520)	0.005 (0.263)
<b>GAF</b>	69.86	10.14	0.682 (0.517)	-0.256 (0.261)
	<u><i>Sí</i></u>	<u><i>No</i></u>		
- Conductas Parasuicidas (%)	34.1	65.9		
- Intentos de suicidio (%)	35.3	64.7		
- Internamientos (%)	33.3	66.7		

\* Para compensar por valores negativos o positivos de asimetría y curtosis, propios de muestras menores a 30 (cada grupo diagnóstico de la presente muestra es menor a 30 sujetos), en el análisis estadístico se han utilizado pruebas no paramétricas. Las pruebas no paramétricas permiten hacer que una muestra sea representativa de una población sin que se asuman determinadas características de la distribución de dicha población.

#### **12.4. Análisis de correlación.**

Se realizaron análisis estadísticos de correlación para explorar las relaciones entre las variables. Fue llevado a cabo con correlaciones de Pearson entre todas las variables dependientes de la investigación. A continuación se describen las dos fases de análisis. La primera consiste en el análisis de correlaciones bivariadas con el coeficiente de Pearson entre las variables pertenecientes a las escalas o instrumentos de evaluación, de la cual surge una matriz de correlaciones. En la segunda fase, se presentan las correlaciones encontradas entre los factores de gravedad, tales como la edad de inicio de los síntomas, la presencia de internamientos, autolesiones e intentos de suicidio y las variables de los instrumentos del estudio.

##### ***12.4.1. Correlaciones entre el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad y ánimo.***

En la tabla a continuación (12.4) se presentan los resultados del análisis correlacional entre los tipos de temperamento afectivo, rasgos de la personalidad y características del ánimo. Posteriormente se describe en apartados los resultados que demostraron ser significativos a nivel estadístico.

Tabla 12.4. Matriz de correlaciones de Pearson entre el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, ánimo y bipolaridad.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>Temperamento</b>																				
<b>Afectivo</b>																				
1. Distímico																				
2. Ciclotímico	.391**																			
3. Hipertímico	-.404**	.144																		
4. Irritable	.415**	.634**	.054																	
5. Ansioso	.655**	.447**	-.325**	.417**																
<b>Rasgos de Personalidad</b>																				
6. Paranoide	.274	.353**	-.049	.498**	.377**															
7. Esquizoide	.436**	.118	-.463**	.085	.360**	.331**														
8. Esquizotípico	.396**	.424**	-.212	.379**	.405**	.624**	.490**													
9. Histriónico	-.035	.451**	.499**	.396**	.052	.138	-.233*	.025												
10. Antisocial	-.038	.469**	.426**	.566**	.037	.417**	-.076	.303**	.513**											
11. Narcisista	-.096	.287**	.443**	.341**	.047	.245*	-.242*	.170	.458**	.549**										
12. Límite	.349**	.703**	.112	.697**	.391**	.464**	.123	.374**	.493**	.505**	.504**									
13. Obs/comp.	.288**	.156	.017	.279*	.413**	.358*	.196	.143	.118	.027	.295**	.332**								
14. Dependiente	.519**	.413**	-.003	.525**	.462**	.313**	.111	.275*	.336**	.340**	.253*	.545**	.449**							
15. Por evitación	.590**	.287**	-.472**	.345**	.466	.380**	.387	.484**	-.088	-.045	-.117	.265**	.340**	.396**						
<b>Ánimo y Bipolaridad</b>																				
16. Depresión	.487**	.533**	-.301**	.411**	.508**	.458**	.420**	.506**	.104	.150	.013	.438**	.229*	.321*	.480**					
17. Manía	-.119	.541**	.590**	.338**	.027	.198	-.191	.085	.565**	.557**	.421**	.428**	.109	.174	-.113	.252*				
18. Ritmicidad	.323**	.507**	-.075	.445**	.364**	.363**	0.75	.306**	.300**	.297**	.169	.501**	.273*	.314**	.284**	.609**	.423**			
19. MDQ	-.042	.481**	.263*	.356**	.074	.352**	-.100	.133	.331**	.390**	.176	.363**	-.022	.134	0.30	.370**	.649**	.406**		
20. BI	-.102	.096	.029	-.115	-.047	-.017	.057	-.092	.108	.027	-.091	.045	-.183	.083	-.026	.040	.118	.073	.391**	
21. BSDS	.168	.721**	.224*	.485**	.584**	.302**	.057	.322**	.470**	.414**	.216	.530**	.069	.194	.123	.474*	.614**	.507**	.584**	.235*

\* La correlación es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La correlación es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

### **a) Temperamento afectivo y rasgos de la personalidad.**

De los cinco temperamentos, el irritable ha mostrado mayores relaciones con la cantidad de rasgos de la personalidad presentes. En concreto, se encontró que a mayor grado de temperamento irritable mayor la presencia de los rasgos paranoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista, límite, obsesivo-compulsivo, dependiente y por evitación. Es decir, correlaciona positivamente con todos los rasgos de la personalidad evaluados por el IPDE excepto el de tipo esquizoide.

El temperamento ciclotímico también mostró correlaciones positivas con todos los rasgos de la personalidad excepto el esquizoide y el obsesivo-compulsivo. A mayor temperamento ciclotímico mayor parece ser el rasgo paranoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista, límite, dependiente y por evitación.

El temperamento distímico presentó una correlación positiva y estadísticamente significativa con los rasgos de la personalidad esquizoide, esquizotípico, límite, obsesivo – compulsivo, dependiente y por evitación. Esto indica que cuanto más elevado es el temperamento distímico mayor es la presencia de los rasgos mencionados.

El temperamento ansioso correlaciona positivamente con el rasgo paranoide, esquizotípico, esquizoide, límite, obsesivo-compulsivo y dependiente. Finalmente, se encontró que a mayor temperamento hipertímico mayor la cantidad de rasgos presentes de tipo esquizoide, histriónico, antisocial, narcisista y por evitación.

De las correlaciones encontradas, se puede notar que el temperamento distímico se relaciona principalmente con rasgos de la personalidad del grupo C (ansiosos), el ciclotímico e hipertímico con rasgos del grupo B (emocionales o dramáticos), el irritable con rasgos del grupo A (raros o excéntricos), B y C. Finalmente, el ansioso se relaciona principalmente con rasgos del grupo A y C.

## **b) Ánimo y bipolaridad, temperamento afectivo y rasgos de la personalidad.**

### ***Depresión, Manía y Ritmicidad.***

El grado de depresión, manía y ritmicidad fue evaluado por las subescalas del instrumento MOODS-SR. Las tres consisten en dimensiones del ánimo y todas han mostrado relacionarse de manera positiva o negativa con los temperamentos afectivos y los rasgos de la personalidad (ver tabla 12.4).

La depresión mostró correlaciones positivas con el temperamento distímico, ciclotímico, irritable y ansioso. Sin embargo, se encontró una correlación negativa con el temperamento hipertímico. Por otro lado, la depresión mostró correlaciones positivas con rasgos de la personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico, límite, obsesivo-compulsivo, dependiente y por evitación.

La manía correlacionó positivamente con tres de los temperamentos afectivos, el ciclotímico, hipertímico e irritable. En cuanto a los rasgos de la personalidad, se encontró que cuanto mayor es la manía mayor se presentan rasgos de tipo histriónico, antisocial, narcisista y límite (rasgos del grupo B). Así mismo, se encontró que cuanto más elevada es la ritmicidad, mayores son las puntuaciones de los temperamentos distímico, ciclotímico, irritable y ansioso. Finalmente, la ritmicidad correlacionó positivamente con la mayoría de los rasgos de la personalidad; en concreto los de tipo paranoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, límite, obsesivo-compulsivo, dependiente y por evitación.

### ***Bipolaridad.***

El grado de probabilidad de bipolaridad fue evaluado con los instrumentos MDQ, BSDS y BI. Los tres instrumentos valoran la posibilidad de que los síntomas



presentes en un cuadro psicopatológico den cuenta de un trastorno bipolar o incluso cumplan criterio de diagnóstico. El MDQ mostró una correlación positiva con el temperamento ciclotímico, hipertímico e irritable. Así mismo, mostró significancia estadística en sus correlaciones positivas con los rasgos de tipo paranoide, histriónico, antisocial y límite.

El BSDS, el cual valora criterios de inclusión al espectro bipolar, mostró relaciones estadísticamente significativas con todos los temperamentos afectivos, excepto el distímico. El grado de pertenencia al espectro bipolar correlaciona positivamente con el nivel del temperamento ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso. También, se encontró que cuánto mayor es la inclusión al espectro bipolar (BSDS) más rasgos se muestran de tipo paranoide, esquizotípico, histriónico, antisocial y límite. En otras palabras, a mayor grado de inclusión al espectro bipolar, mayor la presencia de rasgos de la personalidad del grupo B principalmente.

No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el índice de bipolaridad (BI) y los temperamentos afectivos, así como tampoco con los rasgos de la personalidad.

#### ***12.4.2. Correlaciones entre factores de riesgo y variables de temperamento, personalidad y ánimo.***

En el siguiente apartado se presentan los resultados del análisis correlacional entre las variables de gravedad del trastorno y los temperamentos afectivos, rasgos de personalidad, ánimo (depresión, manía, ritmicidad) y bipolaridad (evaluados con los instrumentos MDQ, BI y BSDS). Los detalles de los resultados pueden apreciarse en la tabla 12.5. Posteriormente se describen los resultados encontrados como estadísticamente significativos. Los factores de gravedad corresponden a variables cuya

presencia indica mayor grado de severidad de los trastornos en cuestión, tales como la edad presente, la edad de inicio de los síntomas, historia de internamientos, intentos de suicidio y autolesiones.

Tabla 12.5. Correlaciones de Pearson entre los factores de gravedad y el temperamento afectivo.

Variables	Edad	Edad de inicio	Internamientos	Intentos de Suicidio	Autolesiones (nº instancias)
1. Edad					
2. Edad de inicio	.629**				
3. Internamientos	-.158	-.199			
4. Intentos de suicidio	.005	-.191	.491**		
5. Autolesiones	-.124	-.168	.347**	.531**	
<i>Temperamento Afectivo</i>					
6. Distímico	-.084	-.252*	.038	.084	.199
7. Ciclotímico	-.325**	-.453**	.206	.242*	.283**
8. Hipertímico	.041	.100	.025	-.148	-.113
9. Irritable	-.195	-.359**	.161	.256*	.178
10. Ansioso	.018	-.225*	-.043	.149	.194
<i>Rasgos de Personalidad</i>					
11. Paranoide	-.055	-.188	.067	.199	.113
12. Esquizoide	.180	.025	-.107	.128	.248*
13. Esquizotípico	-.178	-.250*	-.016	.104	.038
14. Histriónico	-.129	-.269*	.139	.089	.122
15. Antisocial	-.166	-.268*	.144	.191	.159
16. Narcisista	-.078	-.129	-.098	.058	.017
17. Límite	-.248*	-.502**	.255*	.380**	.317**
18. Obs/comp.	.111	-.015	-.138	.116	.065
19. Dependiente	-.131	-.293**	.143	.214	.163
20. Por evitación	-.180	-.241*	-.007	.136	.111
<i>Ánimo y Bipolaridad</i>					
21. Depresión	-.234*	-.286**	.015	.318**	.286**
22. Manía	-.113	-.210	.067	.111	.090
23. Ritmicidad	-.192	-.350**	.082	.318**	.225*
24. MDQ	-.280**	-.275*	.159	.106	.132
25. BI	-.062	-.187	.184	.148	.136
26. BSDS	-.224*	-.409**	.151	.199	.158

\* La correlación es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La correlación es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

#### **a) Edad.**

En primer lugar, se encontró que la edad correlaciona negativamente con el temperamento ciclotímico. Es decir, cuanto menor la edad del sujeto mayor la intensidad del temperamento. Así mismo, se detectó que cuanto menor la edad mayor la presencia de rasgos de la personalidad límite. Respecto al ánimo y la bipolaridad, la edad mostró correlaciones negativas con la depresión, el MDQ (criterios de inclusión para la bipolaridad) y el BSDS. En resumen, a menor edad mayor el grado de temperamento ciclotímico, más cantidad de rasgos de personalidad límite, mayor la cantidad de síntomas depresivos, mayor la cantidad de criterios de inclusión para un trastorno bipolar y mayor la probabilidad de pertenecer al espectro bipolar.

#### **b) Edad de inicio de sintomatología.**

La edad de inicio de los síntomas registrada por los sujetos mostró correlaciones con una gran cantidad de variables. En cuanto al temperamento afectivo, se encontró que cuanto menor la edad de inicio de los síntomas mayor el grado de temperamento distímico, ciclotímico, irritable y ansioso. Así mismo, los rasgos de la personalidad esquizotípica, histriónica, antisocial, límite, dependiente y por evitación fueron mayores cuanto menor la edad del sujeto.

Respecto al ánimo y la bipolaridad, sólo se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la edad de inicio de síntomas y la ritmicidad, el MDQ y el BSDS. Lo anterior implica que el grado de ritmicidad y los criterios de diagnóstico para trastorno bipolar y para el espectro bipolar son más elevados cuanto menor es la edad de inicio.

### **c) Internamientos, intentos de suicidio y autolesiones.**

La presencia y la cantidad de internaciones se relacionó únicamente con la presencia de rasgos de la personalidad límite; a mayor cantidad de internaciones mayor número de rasgos límite. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los internamientos y el temperamento afectivo, el ánimo o la bipolaridad.

Sin embargo, sí se detectaron correlaciones estadísticamente significativas entre los intentos de suicidio y el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, ánimo y bipolaridad. Los resultados del análisis mostraron que a mayor cantidad de intentos de suicidio mayor es el temperamento ciclotímico y el irritable, mayor la presencia de rasgos de personalidad tipo límite y mayor el grado de depresión. Finalmente, las autolesiones también mostraron ocurrir con mayor frecuencia cuanto más elevado era el temperamento ciclotímico, más la cantidad de rasgos de tipo límite y esquizoide y cuanto más elevada era la depresión y la ritmicidad.

Se puede concluir que tanto los intentos de suicidio como las conductas autolesivas sostienen una fuerte relación con el temperamento ciclotímico, los niveles de depresión y los rasgos de la personalidad de tipo límite, principalmente.

### **12.5. Análisis bivariado.**

A pesar de que los datos descriptivos de la muestra y las correlaciones entre variables son importantes, los valores de los temperamentos afectivos, rasgos de la personalidad, bipolaridad y síntomas relacionados cobran mayor significado al analizar las diferencias entre grupos de diagnóstico con pruebas estadísticas. A continuación se describe lo encontrado tras la realización de análisis de varianza para explorar

relaciones entre grupos con pruebas paramétricas seguidas por su equivalente paramétrico.

En cada apartado se presentan los resultados de los análisis no paramétricos como los esenciales y exigidos dadas las características de la presente muestra (p. ej. U de Mann Whitney, Kruskal Wallis, etc.) seguidos de su versión paramétrica (p. ej. ANOVA, Pruebas T, Tukey, etc.) para corroborar los resultados y agregar generalización y representatividad de los resultados. La significación estadística se ha establecido en  $p < 0.05$ , indicando un 95% (o más) de probabilidad de que las relaciones encontradas sean certeras y no producto del azar.

### 12.5.1. Características diferenciales del temperamento afectivo.

El temperamento afectivo fue evaluado con el instrumento TEMPS-A. Los tipos de temperamento afectivo mostraron ser diferentes en los grupos diagnósticos. En la tabla a continuación (12.6) figuran los datos del análisis en detalle. Posteriormente, se presentan y explican los resultados que mostraron relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 12.6. Diferencias en el temperamento afectivo entre grupos diagnósticos. Pruebas no paramétricas.

<i>Kruskal Wallis</i>					
		<b>Grupos Diagnósticos (n = 85)</b>			
		<b>TB</b>	<b>DM</b>	<b>TLP</b>	<b>TB+TLP</b>
<b>TEMPS</b>					
Total	$\chi^2$	8.416*			
	Rango promedio	37.24	35.75	43.56	54.52
Distímico	$\chi^2$	1.990			
	Rango promedio	38.09	44.13	48.97	40.77
Ciclotímico	$\chi^2$	15.134**			
	Rango promedio	38.47	34.40	37.86	59.38
Hipertímico	$\chi^2$	3.622			
	Rango promedio	43.06	36.75	42.64	50.00
Irritable	$\chi^2$	11.478**			
	Rango promedio	32.68	35.52	48.14	54.56
Ansioso	$\chi^2$	0,227			
	Rango promedio	40.82	43.15	42.58	44.69

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

Con la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, se analizaron las diferencias en la distribución del temperamento entre los cuatro grupos de diagnóstico. La puntuación total del TEMPS-A ( $\chi^2 (3) = 8.416$ ;  $p < 0.05$ ), el temperamento irritable ( $\chi^2 (3) = 11.478$ ;  $p = 0.009$ ) y el temperamento ciclotímico ( $\chi^2 (3) = 15.134$ ;  $p < 0.01$ ), mostraron ser significativamente diferentes en los cuatro grupos. El rango promedio es mayor en el temperamento irritable (54.56), seguido del grupo TLP (48.14), el grupo DM (35.52) y en menor medida el grupo TB (32.68). Para el temperamento ciclotímico el grupo con mayor rango promedio fue el de comorbilidad TB + TLP (59.38), seguido del grupo TB (38.47), el grupo TLP (37.86) y en menor medida el grupo DM (34.40). Claramente el grupo de comorbilidad fue el que obtuvo mayores puntuaciones.

Con la prueba U de Mann Whitney se exploró sobre cuáles grupos de diagnóstico recae la diferencia estadísticamente significativa. El grupo de comorbilidad es el que mostró mayores diferencias con los demás grupos. En concreto, el grupo TB + TLP puntuó significativamente más alto que el grupo DM en el temperamento irritable ( $z = - 2.688$ ;  $p < 0.01$ ), ciclotímico ( $z = - 3.640$ ;  $p < 0.01$ ) y en la puntuación total del TEMPS-A ( $z = - 2.827$ ;  $p < 0.01$ ). Así mismo, la puntuación total del TEMPS-A fue más pronunciada que en el TB ( $z = - 2.132$ ;  $p < 0.05$ ). Por otro lado, el temperamento irritable mostró ser mucho más elevado en el grupo TLP que en el TB ( $z = - 1.922$ ;  $p < 0.05$ ), posiblemente indicando ser un claro marcador de presencia de TLP. Esto puede ser un elemento útil para evaluar al hacer un diagnóstico diferencial entre TB y TLP.

Los análisis no paramétricos descritos anteriormente, también se llevaron a cabo con las pruebas paramétricas correspondientes, cuyos resultados se pueden ver en la tabla 12.7. Se realizó un análisis de varianza ANOVA para explorar el impacto que tiene la pertenencia a un grupo diagnóstico sobre el grado de temperamento afectivo.

Tabla 12.7. Diferencias en el temperamento afectivo entre grupos diagnósticos. Pruebas paramétricas.

ANOVA de un factor con análisis post hoc de Tukey HSD					
		Grupos Diagnósticos (n = 85)			
		TB	DM	TLP	TB+TLP
<b>TEMPS</b>					
Total	F	3.095*			
	media	46.06	46.35	51.22	57.75
Distímico	F	0.661			
	media	9.94	11.12	11.78	10.58
Ciclotímico	F	6.220**			
	media	9.76	8.88	9.94	14.63
Hipertímico	F	1.179			
	media	8.88	7.50	8.50	10.13
Irritable	F	4.635**			
	media	6.00	6.46	8.76	9.83
Ansioso	F	0.218			
	media	11.47	12.50	11.72	12.58

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

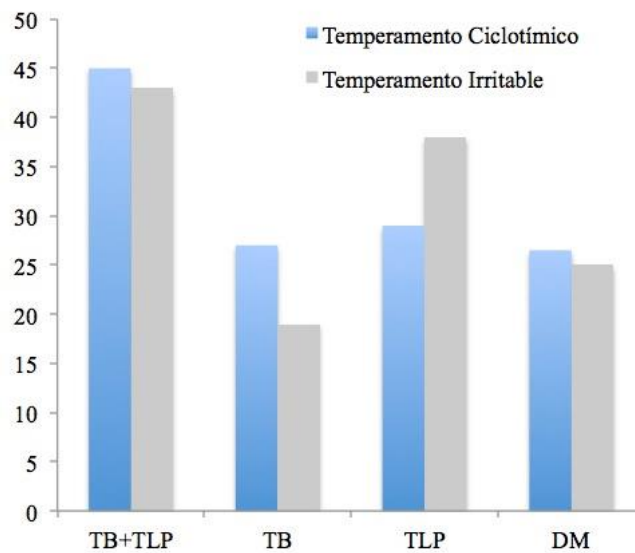
Lo encontrado por el ANOVA de un factor es consistente con los resultados de las pruebas no paramétricas. La pertenencia a un grupo de diagnóstico determinado influye en el grado de temperamento afectivo. En concreto, se encontró que los sujetos del grupo de comorbilidad (TB + TLP) mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en el temperamento ciclotímico ( $F(3, 85) = 6.220$ ;  $p < 0.01$ ), el irritable ( $F(3, 85) = 4.635$ ;  $p < 0.01$ ) y el temperamento en general ( $F(3, 85) = 3.095$ ,  $p < 0.05$ ). Las comparaciones entre grupos realizadas con análisis *post hoc* de Tukey HSD indican que las puntuaciones medias del grupo de comorbilidad (TB + TLP) son significativamente



más elevadas que las de los grupos TB, DM y TLP en el temperamento ciclotímico y que los grupos TB y DM en el temperamento irritable.

En resumen, tanto las pruebas no paramétricas como las paramétricas mostraron que el temperamento ciclotímico es mayor en los pacientes con comorbilidad que en los demás grupos diagnósticos (TLP, TB y DM), indicando que este temperamento es más marcado cuando el TB y TLP se presentan juntos. Por otro lado, el temperamento irritable mostró ser más característico en pacientes con comorbilidad y con TLP solo, en comparación a los que tienen TB y DM. Esto sugiere que temperamento irritable puede ser más propio de los TLP que del TB. Estas diferencias encontradas entre grupos también pueden apreciarse en el siguiente gráfico (12.1)

Gráfico 12.1. Diferencias en el temperamento afectivo entre grupos de diagnóstico.



### ***12.5.2. Rasgos diferenciales de personalidad.***

Con análisis de varianza se exploró si el tipo de rasgos de personalidad presentes sería diferente en cada grupo diagnóstico. Las diferencias entre grupos se buscaron primero en las puntuaciones obtenidas por las categorías de personalidad del instrumento IPDE (paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista, límite, obsesivo-compulsivo, dependiente y por evitación). Posteriormente, se exploraron las diferencias entre las categorías de personalidad del cuestionario auto-aplicado SCID-II (trastorno de la personalidad por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial).


Como en el caso anterior, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para detectar si existen diferencias entre los grupos y después se aplicó un análisis *post hoc* (con U de Mann Whitney) para identificar los grupos entre los cuales se encuentran las diferencias estadísticamente significativas. Posteriormente, se realizó el mismo análisis de varianza utilizando la versión paramétrica, ANOVA de un factor con análisis *post hoc* de Tukey HSD. En la tabla (12.8) a continuación figuran los resultados encontrados.

Tabla 12.8. Diferencias entre grupos diagnósticos en rasgos de la personalidad. Prueba no paramétrica.

<i>Kruskal Wallis</i>					
		<b>Grupos Diagnósticos (n = 85)</b>			
		<b>TB</b>	<b>DM</b>	<b>TLP</b>	<b>TB + TLP</b>
<b>IPDE</b>					
Paranoide	$\chi^2$	5.769			
	Rango promedio	38.18	35.34	43.32	50.71
Esquizoide	$\chi^2$	4.165			
	Rango promedio	32.5	42.26	43.38	47.48
Esquizotípico	$\chi^2$	7.144			
	Rango promedio	31.41	39.14	45.0	50.35
Histriónico	$\chi^2$	10.512**			
	Rango promedio	35.47	33.66	43.94	53.94
Antisocial	$\chi^2$	16.768**			
	Rango promedio	33.56	31.88	44.91	56.46
Narcisista	$\chi^2$	8.653*			
	Rango promedio	29.76	39.04	51.47	47.04
Límite	$\chi^2$	17.372**			
	Rango promedio	33.35	31.82	43.35	57.77
Obs-Comp.	$\chi^2$	3.155			
	Rango promedio	34.5	42.92	48.85	41.5
Dependiente	$\chi^2$	3.175			
	Rango promedio	34.35	40.26	46.15	46.29
Por evitación	$\chi^2$	1.559			
	Rango promedio	38.38	42.2	37.82	44.19

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

 Grupos entre los que recae la diferencia estadísticamente significativa.

Del análisis entre grupos para las puntuaciones del IPDE, se encontró que existen diferencias significativas en los rasgos de la personalidad límite ( $\chi^2 (3) = 17.372$ ;  $p < 0.01$ ), narcisista ( $\chi^2 (3) = 8.653$ ;  $p < 0.05$ ), histriónica ( $\chi^2 (3) = 10.512$ ;  $p$

<0.01), y antisocial ( $\chi^2(3) = 16.768$ ;  $p < 0.01$ ), entre los grupos. Para determinar entre cuáles grupos de diagnóstico recaen las diferencias se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

El grupo de comorbilidad TB + TLP se diferenció claramente de los demás grupos de diagnóstico. Los sujetos con comorbilidad presentan más y en mayor grado rasgos histriónicos ( $z = -2.442$ ;  $p < 0.01$ ), narcisistas ( $z = -2.444$ ;  $p < 0.01$ ), límite ( $z = -2.872$ ;  $p < 0.01$ ), antisociales ( $z = -2.968$ ;  $p < 0.01$ ), esquizoides ( $z = -2.075$ ;  $p < 0.05$ ) y esquizotípicos ( $z = -2.690$ ;  $p < 0.01$ ) que las personas con TB únicamente. En otras palabras, manifiestan mayor cantidad de rasgos de la personalidad del tipo B y de carácter esquizoide y esquizotípico. Al comparar diferencias entre la comorbilidad y el grupo TLP, se encontró que sólo los rasgos de tipo límite son significativamente más elevados en la comorbilidad ( $z = -2.062$ ;  $p < 0.05$ ). Lo anterior implica que cuando el TB se presenta con TLP la gravedad de los rasgos de la personalidad se incrementa.

Cuando la comorbilidad fue comparada con el grupo de DM se encontró que los rasgos de tipo paranoide ( $z = -2.241$ ;  $p < 0.01$ ), histriónico ( $z = -3.017$ ;  $p < 0.01$ ), límite ( $z = -3.968$ ;  $p < 0.01$ ) y antisocial ( $z = -3.671$ ;  $p < 0.01$ ) son significativamente más elevados en la comorbilidad TB + TLP. Por último, el rasgo límite fue un claro diferenciador entre el grupo TB y TLP, siendo mucho mayor en los sujetos con TLP ( $z = -2.062$ ;  $p < 0.01$ ). Esto indica que a mayor presencia de rasgos límite y de tipo B en el TB mayor la probabilidad de que tenga comorbilidad con TLP. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en rasgos de la personalidad entre el DM en relación al TB ni el TLP por sí solos.

El análisis de varianza descrito con anterioridad también se efectuó con su equivalente paramétrico. Se aplicó un ANOVA de un factor con análisis *post hoc* de

Tukey HSD. Los resultados del ANOVA son consistentes con los de Kruskal Wallis con algunas excepciones, tal como se puede observar en la siguiente tabla (12.9).

Tabla 12.9. Diferencias entre grupos diagnósticos en rasgos de la personalidad. Prueba paramétrica.

ANOVA					
<i>De un factor con análisis post hoc de Tukey HSD</i>					
		Grupos Diagnósticos(n = 85)			
		TB	DM	TLP	TB + TLP
<b>IPDE</b>					
Paranoide	F	2.922*			
	media	2.24	2.08	2.59	3.29
Esquizoide	F	1.482			
	media	2.00	2.52	2.65	2.92
Esquizotípico	F	2.480			
	media	1.82	2.52	2.76	3.04
Histriónico	F	4.508**			
	media	3.00	2.76	3.76	4.58
Antisocial	F	6.329**			
	media	0.76	0.68	1.47	2.21
Narcisista	F	3.376*			
	media	2.06	2.80	3.38	3.94
Límite	F	7.121**			
	media	3.76	3.76	4.76	6.00
Obs-Comp.	F	1.159			
	media	2.53	3.24	3.65	3.04
Dependiente	F	1.193			
	media	2.53	3.04	3.59	3.58
Por evitación	F	0.573			
	media	3.47	4.20	3.47	4.08

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

*Nota:* al no ser los grupos del mismo tamaño, la prueba de Tukey utiliza la media armónica.

Se encontró que los rasgos de personalidad de tipo B, histriónico ( $F(3, 85) = 4.508$ ;  $p = 0.006$ ), antisocial ( $F(3, 85) = 6.329$ ;  $p < 0.01$ ), narcisista ( $F(3, 85) = 3.376$ ;  $p < 0.05$ ) y límite ( $F(3, 82) = 7.121$ ;  $p < 0.01$ ), y el rasgo paranoide ( $F(3, 85) = 2.922$ ,  $p < 0.05$ ) están significativamente más presentes dependiendo del grupo de diagnóstico al que se pertenece. A pesar de que el esquizotípico no alcanzó significación estadística mostró claramente una tendencia ( $F(3, 85) = 2.480$ ;  $p = 0.067$ ).

El análisis *post hoc* de Tukey HSD permitió ver cuáles grupos presentan significativamente mayor medida en los rasgos de la personalidad tipo B. Los resultados revelan que tanto el grupo TLP como el de TB + TLP muestran significativamente más rasgos de tipo histriónico, antisocial, narcisista y límite que los grupos con TB y DM. Además, el grupo de comorbilidad obtuvo mayores rasgos paranoides que el resto de los grupos. Entre el grupo TLP y el de comorbilidad no se encontraron diferencias significativas.

### ***12.5.3. Síntomas diferenciales del espectro bipolar.***

El grado de bipolaridad se analizó con las puntuaciones del Índice de Bipolaridad (BI) y la Escala de Gravedad del Espectro Bipolar (BSDS Pies). En la tabla (12.10) a continuación figuran los resultados de los análisis de varianza con pruebas no paramétricas.

Tabla 12.10. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas de bipolaridad. Pruebas no paramétricas.

<i>Kruskal Wallis</i>				
	<b>Grupos diagnósticos (n = 85)</b>			
	<b>TB</b>	<b>DM</b>	<b>TLP</b>	<b>TB + TLP</b>
<b>BSDS</b>				
$\chi^2$	15.84**			
Rango promedio	31.64	24.48	26.7	46.78
<b>Índice de Bipolaridad (BI)</b>				
$\chi^2$	36.774**			
Rango promedio	51.08	18.0	22.77	46.14

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

Las puntuaciones del BI mostraron ser significativamente diferentes entre los grupos de diagnóstico ( $\chi^2 (3) = 36.74$ ;  $p < 0.01$ ) con la prueba Kruskal Wallis. Los análisis mostraron que el BI es claramente más elevado en el grupo de TB seguido por el de comorbilidad, el TLP y el DM (rango promedio: 51.08; 46.14; 22.77, 18.0; respectivamente). Con análisis *post hoc* se pudo determinar entre cuáles grupos se encuentran las mayores diferencias. Se encontró que el índice de bipolaridad es significativamente mayor en el grupo TB y el grupo TB + TLP que en el DM ( $z = -4.172$ ;  $p < 0.01$  /  $z = -4.25$ ;  $p < 0.01$ ) y el TLP ( $z = -3.972$ ;  $p < 0.01$  /  $z = -4.091$   $p < 0.01$ ).

Se realizaron los mismos análisis de varianza expuestos previamente con la prueba paramétrica ANOVA y análisis *post hoc*, mostrando resultados similares, tal como se puede observar en la tabla 12.11.

Tabla 12.11. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas de bipolaridad. Pruebas paramétricas.

ANOVA				
<i>De un factor con análisis post hoc de Tukey HSD</i>				
Grupos diagnósticos (n = 85)				
	TB	DM	TLP	TB + TLP
<b>BSDS</b>				
F	11.107**			
Media	12.19	8.42	10.56	16.67
<b>Índice de Bipolaridad (BI)</b>				
F	14.065**			
Media	55.88	29.42	29.72	54.37

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

El BI resultó ser significativamente diferente en función del grupo diagnóstico ( $F(3, 85) = 14.065$ ;  $p < 0.01$ ), siendo mucho más elevado principalmente en el grupo TB y en menor medida en el grupo TB + TLP en comparación a los grupos TLP y DM.

La gravedad del espectro bipolar, evaluada por el BSDS, marcó diferencias importantes entre los grupos de análisis ( $\chi^2(3) = 17.446$ ;  $p < 0.01$ ). El grupo de comorbilidad se distinguió del resto de los grupos, presentando una gravedad mayor en características del espectro bipolar que los grupos TB ( $z = -2.408$ ;  $p < 0.01$ ), DM ( $z = -4.543$ ;  $p < 0.01$ ) y TLP ( $z = -3.73$ ;  $p < 0.01$ ). El mismo análisis realizado con la prueba paramétrica, ANOVA y análisis *post hoc*, reveló resultados concordantes. La puntuación del BSDS varió significativamente entre los grupos de diagnóstico ( $F(3, 85) = 11.107$ ;  $p < 0.01$ ), siendo mucho mayor en el grupo TB + TLP que en el resto de los diagnósticos.

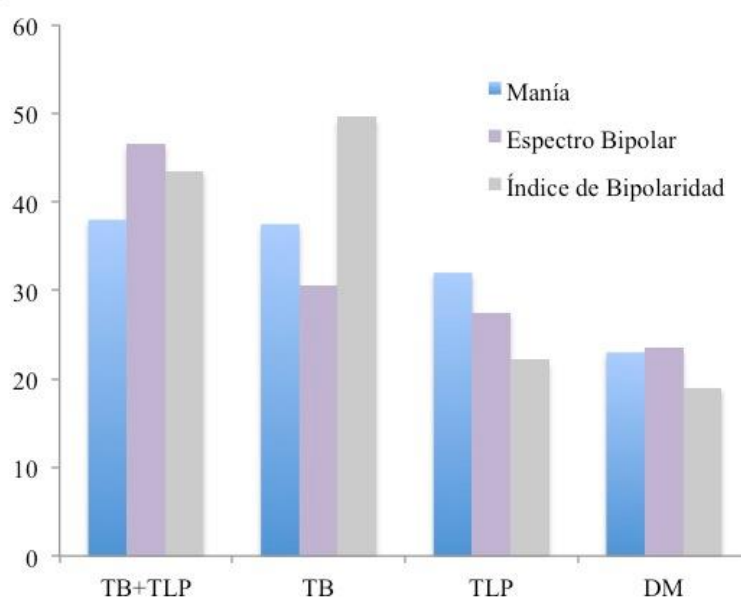
El índice de bipolaridad no mostró ser diferente entre el TB y la comorbilidad TB + TLP. Sin embargo, la puntuación del BSDS sí fue significativamente mayor en la comorbilidad que en el TB ( $z = -2.408$ ;  $p < 0.01$ ), indicando que la gravedad de los



síntomas de bipolaridad es mayor en personas con comorbilidad que con TB únicamente. El TLP y la DM no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el índice de bipolaridad ni en la escala del espectro bipolar.

En resumen, la comorbilidad (TB + TLP) mostró significativamente más síntomas maníacos, criterios del espectro del ánimo y un patrón más marcado en los dominios de *Depresión* y *Ritmicidad* que los pacientes con depresión (DM). El grupo TB obtuvo mucho más síntomas maníacos que pacientes del grupo DM, pero no se diferenció significativamente de pacientes con TLP. El índice de bipolaridad (BI) distinguió al TB de los grupos de TLP y DM, sin detectar grandes diferencias con el grupo de comorbilidad. Las diferencias entre los grupos de diagnóstico en factores relacionados a la bipolaridad pueden apreciarse en el gráfico (12.2) a continuación.

Gráfico 12.2. Diferencias significativas en aspectos bipolares entre grupos diagnósticos.



La comorbilidad (TB + TLP) mostró significativamente más síntomas maníacos, criterios del espectro del ánimo y un patrón más marcado en los dominios de *Depresión* y *Ritmicidad* que los pacientes con depresión (DM). El trastorno bipolar (TB) obtuvo mucho más síntomas maníacos que pacientes con depresión (DM), pero no se diferenció significativamente de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). El índice de bipolaridad (BI) distinguió el TB de los grupos de TLP y DM, sin detectar grandes diferencias con el grupo de comorbilidad.

#### 12.5.4. Síntomas diferenciales del espectro del ánimo.

Las diferencias entre grupos en los dominios de la escala MOODS-SR (Depresión, Manía y Ritmicidad) se analizaron tanto con pruebas no paramétricas como paramétricas. A continuación se presentan las diferencias en función de síntomas del espectro del ánimo efectuados con la prueba Kruskal Wallis (ver tabla 12.12).

Tabla 12.12. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas del espectro del ánimo. Pruebas no paramétricas.

<i>Kruskal Wallis</i>					
		<b>Grupos Diagnósticos (n = 85)</b>			
<b>MOODS</b>		<b>TB</b>	<b>DM</b>	<b>TP - B</b>	<b>TB + TLP</b>
Depresión	$\chi^2$	6.718			
	Mediana	31.96	30.23	32.9	36.86
- Ánimo	$\chi^2$	3.009			
	Mediana	30.17	33.2	35.7	32.42
- Energía	$\chi^2$	3.836			
	Mediana	33.08	31.73	34.33	33.25
- Cognición	$\chi^2$	9.483*			
	Mediana	33.92	28.73	31.07	38.75
Manía	$\chi^2$	17.243**			
	Mediana	37.67	24.28	33.17	39.44
- Ánimo	$\chi^2$	14.059**			
	Mediana	35.54	24.43	35.1	39.08
- Energía	$\chi^2$	12.607**			
	Mediana	40.21	26.28	30.9	37.42
- Cognición	$\chi^2$	11.028*			
	Mediana	38.21	26.1	32.57	37.56
Ritmicidad	$\chi^2$	10.854*			
	Mediana	28.17	37.39	31.37	41.68
Total	$\chi^2$	19.498**			
	Mediana	35.5	24.83	33.27	40.19

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

En primer lugar, se encontró que existen diferencias significativas en la puntuación total de la escala entre los diferentes grupos de análisis ( $\chi^2(3) = 19.498$ ;  $p < 0.01$ ). Al evaluar los dominios y subdominios se detectó que las diferencias entre grupos se encuentran en el subdominio *cognición* del dominio *Depresión* ( $\chi^2(3) = 9.483$ ;  $p < 0.05$ ), en los subdominios *ánimo*, *energía* y *cognición* del dominio *Manía* ( $\chi^2(3) = 14.059$ ;  $p < 0.01$  /  $\chi^2(3) = 12.607$ ;  $p < 0.01$  /  $\chi^2(3) = 11.028$ ;  $p < 0.01$ ; respectivamente) y en el dominio de *Ritmicidad* ( $\chi^2(3) = 10.854$ ;  $p < 0.01$ ).

Con la prueba U de Mann Whitney se logró identificar los grupos diagnósticos sobre los que recae la diferencia. Se encontró que las personas diagnosticadas con TB tuvieron más síntomas de tipo maníaco que las personas con DM en los tres subdominios, *ánimo* ( $z = -2.616$ ;  $p < 0.01$ ), *energía* ( $z = -2.736$ ;  $p < 0.01$ ) y *cognición* ( $z = -2.617$ ;  $p < 0.01$ ). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en ningún dominio entre el grupo TLP ni el TB + TLP. Por otro lado, el grupo con TLP mostró diferenciarse del grupo de DM. Las personas con TLP presentaron más síntomas de tipo maniaco que las personas con DM ( $z = -1.900$ ;  $p < 0.05$ ), particularmente en el subdominio del *ánimo* de *Manía* ( $z = -1.964$ ;  $p < 0.05$ ). Finalmente, el grupo de comorbilidad mostró diferenciarse en los tres dominios de los grupos DM y TLP.

EL grupo de comorbilidad TB + TLP presentó más síntomas maniacos de *ánimo*, *cognición* y *energía* ( $z = -3.562$ ;  $p < 0.01$  /  $z = -3.015$ ;  $p < 0.01$  /  $z = -3.273$ ;  $p < 0.01$ , respectivamente), más síntomas depresivos en *cognición* ( $z = -2.997$ ;  $p < 0.01$ ) y mayor en el dominio *Ritmicidad* que las personas con DM ( $z = -3.266$ ;  $p < 0.01$ ). Sin embargo, no presentó diferencias significativas con el TB ni con el grupo TLP en ninguno de los dominios ni subdominios del ánimo depresivo y maniaco. No obstante, se puede observar que los pacientes con TLP tuvieron puntuaciones intermedias, en los síntomas maniacos y depresivos evaluados, entre el grupo de DM y el grupo de TB. El

análisis de varianza descrito con anterioridad también fue realizado con la versión paramétrica del análisis, ANOVA de un factor. Los resultados se presentan en la tabla (12.13) a continuación.

Tabla 12.13. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas del espectro del ánimo. Pruebas paramétricas.

ANOVA					
<i>De un factor con análisis post hoc de Tukey HSD</i>					
		Grupo Diagnóstico (n = 85)			
MOODS		TB	DM	TLP	TB + TLP
Depresión	F	2.740*			
	Media	35.44	29.42	35.22	38.13
- Ánimo	F	1.065			
	Media	15.12	13.31	15.83	15.46
- Energía	F	1.344			
	Media	5.18	4.23	5.44	5.58
- Cognición	F	3.231*			
	Media	16.82	11.88	13.94	16.83
Manía	F	6.632**			
	Media	30.47	18.62	26.67	32.54
- Ánimo	F	5.385**			
	Media	13.24	7.81	12.06	14.29
- Energía	F	4.920**			
	Media	7.35	4.27	5.67	7.38
- Cognición	F	4.156**			
	Media	10.06	6.62	8.94	10.88
Ritmicidad	F	3.860**			
	Media	12.94	10.31	13.22	15.21
Total	F	8.054**			
	Media	73.78	57.62	73.78	85.38

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

*Nota:* al no ser los grupos del mismo tamaño, la prueba de Tukey utiliza la media armónica.

Los resultados del ANOVA fueron correspondientes con los del Kruskal Wallis. Se confirmó que las puntuaciones en las dimensiones del ánimo varían en función del grupo diagnóstico. El dominio de *Depresión* ( $F(3, 85) = 2.740$ ;  $p < 0.05$ ), en concreto la *cognición de Depresión* ( $F(3, 81) = 3.231$ ;  $p = 0.027$ ), el dominio *Manía* ( $F(3, 81) = 6.635$ ;  $p < 0.01$ ), en particular el *ánimo* ( $F(3, 85) = 5.385$ ;  $p < 0.01$ ) y la *energía de Manía* ( $F(3, 81) = 4.920$ ;  $p < 0.01$ ), la *Ritmicidad* ( $F(3, 81) = 3.860$ ;  $p < 0.01$ ) y la puntuación total del MOODS-SR ( $F(3, 85) = 8.054$ ;  $p < 0.01$ ) son significativamente diferentes entre grupos diagnósticos.

El análisis *post hoc* de Tukey HSD permitió identificar a los grupos de diagnóstico que tienen impacto en las dimensiones del ánimo. La pertenencia al grupo de TB + TLP se relacionó con valores significativamente mayores en la puntuación total del MOODS-SR así como en cada uno de los subdominios.

En resumen, se pudo observar que el grado de síntomas maníacos y depresivos es significativamente más elevado en las personas con comorbilidad (TB + TLP), siendo estadísticamente diferente en ambos dominios de las personas con depresión. A pesar de que las diferencias en *Manía* y *Depresión*, entre el grupo de comorbilidad y el de TB y TLP, no hayan sido significativas, se puede observar alguna tendencia de mayor cantidad de síntomas en la comorbilidad. En síntomas depresivos, la comorbilidad fue mucho mayor en el ámbito de la *cognición* específicamente, pudiendo diferenciarse de las personas con DM únicamente.

#### **12.5.5. Otros síntomas patológicos asociados.**

El grupo diagnóstico de comorbilidad de TB + TLP y el grupo TLP fueron los que revelaron mayores diferencias en síntomas clínicos. En la tabla 12.14 se pueden observar los resultados de las pruebas no paramétricas.

Tabla 12.14. Diferencias entre grupos en base a factores de gravedad. Análisis no paramétrico.

<i>Kruskal Wallis</i>				
	<b>Grupos Diagnósticos (n = 85)</b>			
	<b>TB</b>	<b>DM</b>	<b>TLP</b>	<b>TB + TLP</b>
<b>Edad</b>				
$\chi^2$	9.736*			
Rango promedio	48.94	52.44	32.61	36.35
<b>Edad de inicio</b>				
$\chi^2$	15.629**			
Rango promedio	51.08	18.0	22.77	46.14
<b>Internaciones</b>				
$\chi^2$	14.479**			
Rango promedio	45.49	34.9	34.92	54.46
<b>Autolesiones</b>				
$\chi^2$	16.27**			
Rango promedio	42.65	33.37	39.53	56.29
<b>Intentos de suicidio</b>				
$\chi^2$	10.843**			
Rango promedio	38.41	36.65	40.72	54.83

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

En relación a la edad, los sujetos diagnosticados con comorbilidad o con TLP tenían menor edad al momento del estudio ( $\chi^2 (3) = 9.736$  ;  $p < 0.05$ ) y el inicio de los síntomas apareció a una edad más temprana ( $\chi^2 (3) = 15.629$ ;  $p < 0.01$ ).

Por otro lado, se encontró que las personas con comorbilidad mostraron un mayor número de intentos de suicidio ( $\chi^2 (3) = 10.843$ ;  $p < 0.01$ ) y autolesiones ( $\chi^2 (3) = 16.270$  ;  $p < 0.01$ ), seguido por el grupo TB y en menor medida en los grupos TLP y

DM. El nivel de incidencia de internamientos hospitalarios fue significativamente diferente entre los grupos de diagnóstico ( $\chi^2 (3) = 10.843$ ;  $p < 0.01$ ). El grupo de comorbilidad y el de TB mostraron mayor cantidad de internamientos en comparación a los grupos con DM o TLP.

Con ANOVA de un factor se confirmó que los factores de gravedad varían en función del grupo diagnóstico, tal como se observa en la siguiente tabla (12.15).

Tabla 12.15. Diferencias entre grupos en base a factores de gravedad.  
Análisis paramétrico.

<i>ANOVA</i> <i>de un factor con análisis post hoc Tukey HSD</i>				
	<b>Grupos Diagnósticos (n = 85)</b>			
	<b>TB</b>	<b>DM</b>	<b>TLP</b>	<b>TB + TLP</b>
<b>Edad</b>	F 3.440*			
Media	36.18	38.65	29.39	30.54
<b>Edad de inicio</b>	F 5.952**			
Media	24.59	25.46	18.33	15.71
<b>Internamientos</b>	F 3.543*			
Media	1.12	0.35	0.28	2.17
<b>Autolesiones</b>	F 5.603**			
Media	0.35	0.15	0.28	0.71
<b>Intentos de suicidio<sup>+</sup></b>	F 3.872*			
Media	0.53	0.35	0.50	1.29

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$

Tanto la edad del sujeto ( $F(3, 85) = 3.440$ ;  $p < 0.05$ ), como la edad de inicio de la sintomatología ( $F(3, 85) = 5.952$ ;  $p < 0.01$ ), el número de internamientos ( $F(3, 85) = 3.543$ ;  $p < 0.01$ ), la presencia de autolesiones ( $F(3, 85) = 5.603$ ;  $p < 0.01$ ) y el número de intentos de suicidio ( $F(3, 85) = 3.872$ ;  $p < 0.01$ ) fueron significativamente diferentes entre grupos. El análisis *post hoc* de Tukey muestra que la edad del sujeto y la edad de inicio de los síntomas es mayor en los grupos con TB y DM. Los intentos de suicidio, la cantidad de internamientos y las autolesiones son significativamente mayores en los grupos TB y TB + TLP.

#### ***12.5.6. Diferencias por sexo y otras características sociodemográficas.***

Es fundamental explorar posibles diferencias entre sexos en cualquier objeto de estudio relacionado a la salud. En el presente análisis se buscaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de presencia de las variables de la investigación. Todos los factores evaluados representan variables independientes continuas. Por lo tanto, lo que se evalúa es el grado de manifestación de cada una. Se analizaron las diferencias entre hombres y mujeres en los rasgos de personalidad, temperamento afectivo, dimensiones del ánimo, grado de bipolaridad y de otros síntomas relacionados de gravedad. En la tabla 12.16 pueden observarse los detalles del resultado del análisis.



Tabla 12.16. Diferencias en temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, ánimo y factores de riesgo en función del sexo.

<i>U de Mann Whitney</i>			
		<b>Mujer (n = 62)</b>	<b>Hombre (n = 23)</b>
<b>Temperamento - TEMPS</b>			
TEMPS total	z	- 1.237	
	Rango promedio	45.02	37.57
Distímico	z	- 2.803**	
	Rango promedio	47.56	30.72
Ciclotímico	z	- .986	
	Rango promedio	44.6	38.67
Hipertímico	z	- 2.505**	
	Rango promedio	38.93	53.98
Irritable	z	- 1.324	
	Rango promedio	45.15	37.2
Ansioso	z	- 1.954*	
	Rango promedio	46.18	34.43
<b>IPDE</b>			
Paranoide	z	- 1.276	
	Rango promedio	43.98	36.5
Esquizoide	z	- 1.421	
	Rango promedio	44.2	35.91
Esquizotípico	z	- 1.732	
	Rango promedio	44.68	34.57
Histriónico	z	- .361	
	Rango promedio	41.43	43.57
Antisocial	z	- 1.218	
	Rango promedio	40.15	47.14
Narcisista	z	- .606	
	Rango promedio	41.05	44.64
Límite	z	- 1.446	
	Rango promedio	44.27	35.7
Obs-comp	z	- .272	
	Rango promedio	42.43	40.82
Dependiente	z	- .725	
	Rango promedio	43.14	38.84
Por evitación	z	- 1.067	
	Rango promedio	43.68	37.34
<b>Ánimo - MOODS</b>			
Depresión	z	- 1.520	
	Rango promedio	45.48	36.33

Tabla continúa en la siguiente página.

Continuación de la Tabla 12.16. Diferencias en temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, ánimo y factores de riesgo en función del sexo.

<i>U de Mann Whitney</i>			
		<b>Mujer (n = 62)</b>	<b>Hombre (n = 23)</b>
Depresión			
- Ánimo	z	-1.508	
	Rango promedio	45.45	36.39
- Energía	z	-.299	
	Rango promedio	43.48	41.7
- Cognición	z	- 1.784	
	Rango promedio	45.9	35.17
Manía	z	- 2.173*	
	Rango promedio	39.46	52.54
- Ánimo	z	- 1.790	
	Rango promedio	40.09	50.85
- Energía	z	- 1.709	
	Rango promedio	40.23	50.48
- Cognición	z	- 2.365**	
	Rango promedio	39.15	53.37
Ritmicidad	z	- 2.346**	
	Rango promedio	46.81	32.74
Índice de Bipolaridad	z	-.426	
	Rango promedio	42.31	44.87
MDQ	z	-.614	
	Rango promedio	41.5	45.15
BSDS	z	-.678	
	Rango promedio	41.39	45.43
<b>Factores de riesgo</b>			
Internamientos	z	-.456	
	Rango promedio	43.12	40.85
Intentos de suicidio	z	- 2,376**	
	Rango promedio	46.32	34.04
Autolesiones	z	- 2,441**	
	Rango promedio	46.31	34.07
<b>Demográficos</b>			
Edad	z	-.441	
	Rango promedio	42.28	44.93
Edad de Inicio	z	- 1.730	
	Rango promedio	40.19	50.59
Años de estudio	z	-.459	
	Rango promedio	42.26	45.00

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

Los únicos elementos que mostraron diferencias significativas corresponden al temperamento afectivo y a las dimensiones del ánimo. Concretamente, se encontró que las mujeres presentan mayores valores de temperamento distímico ( $z = - 2.803$ ;  $p < 0.01$ ) y ansioso ( $z = - 1.954$ ;  $p < 0.05$ ), con un rango promedio significativamente más elevado en la mujer en ambos temperamentos (Distímico = 47.56 y 30.72; Ansioso = 46.18 y 34.43). Por lo contrario, los varones mostraron mayor temperamento hipertímico ( $z = - 2.505$ ;  $p < 0.01$ ), con puntuaciones promedio de mayor intensidad que las mujeres ( $m = 53.98$  y  $38.93$ ; respectivamente).

En cuanto a las dimensiones del ánimo, la *Manía* y la *Ritmicidad* dieron resultados significativamente distintos entre mujeres y hombres. El dominio de *Manía* mostró puntuaciones mayores en los hombres ( $z = - 2.173$ ;  $p < 0.05$ ), particularmente en el subdominio de *cognición* ( $z = - 2.365$ ;  $p < 0.01$ ). Por otro lado, el dominio de *Ritmicidad* se presentó mucho más marcado en las mujeres ( $z = - 2.346$ ;  $p < 0.01$ ).

Los elementos relacionados con la gravedad del cuadro, como la cantidad de internamientos hospitalarios, los intentos de suicidio y la presencia de conductas autolesivas, mostraron diferencias importantes en base al sexo. Las mujeres presentaron mayor cantidad de intentos de suicidio ( $z = - 2.376$ ;  $p < 0.01$ ) y mayor incidencia en conductas autolesivas ( $z = - 2.441$ ;  $p < 0.01$ ). El número de internamientos no mostró diferencias entre mujeres y hombres. Los rasgos de la personalidad, el grado de bipolaridad y el resto de las variables independientes estudiadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, tal y como puede observarse en la tabla 12.16.

## **12.6. Análisis multivariado.**

En los apartados previos, dentro del capítulo de análisis estadísticos, se han evaluado las relaciones entre grupos y el impacto de unas variables sobre otras. Se han realizado análisis de varianza para explorar las relaciones entre grupos y análisis de correlación para estudiar la interacción entre variables, encontrando en términos generales que las variables independientes del estudio influyen significativamente sobre las dependientes.

A continuación, los análisis realizados exploran el grado en que determinadas variables pueden predecir el incremento o disminución de otras. Para llevar a cabo esta labor, se aplicaron análisis de regresión logística con el fin determinar si algunas variables pueden ser factores de predicción de pertenencia a un determinado grupo diagnóstico. La regresión logística permite evaluar en qué medida una variable o un conjunto puede predecir o explicar una variable dependiente categórica. En este caso, se ha intentado identificar cuáles variables independientes del estudio pueden predecir la pertenencia a cada uno de los grupos de diagnóstico.

Específicamente, se ha pretendido determinar si evaluar con análisis de regresión logística los temperamentos afectivos, rasgos de la personalidad, dimensiones del ánimo y los factores de severidad permite predecir la posibilidad de pertenecer a uno de los grupos de diagnóstico del estudio (TB, TLP o TB + TLP). Se eligió la regresión logística sobre la regresión múltiple debido a que esta última no puede ser aplicada en variables categóricas (en este caso el grupo diagnóstico). La utilidad de este análisis ha sido detectar factores que distingan al TLP y al TB cuando se presentan solos que cuando se presentan como cuadro de comorbilidad. Es uno de los análisis que permiten explorar en mayor profundidad lo que es el objetivo central de la investigación: detectar elementos diferenciales entre el TB, el TLP y su comorbilidad.

Es importante mencionar que a esta altura del análisis estadístico se ha mostrado que el temperamento ciclotímico y el irritable, los rasgos de la personalidad del tipo B (límite, narcisista, histriónico y antisocial) y los factores de gravedad (intentos de suicidio, internamientos y autolesiones) son factores que destacan en intensidad y frecuencia en los sujetos diagnosticados con la comorbilidad TB + TLP. Con la regresión logística binaria será posible observar si las variables mencionadas previamente son predictores de pertenencia a un determinado grupo diagnóstico. Cada grupo (TB, TLP o TB + TLP) representa en este análisis la variable dependiente, mientras que el temperamento afectivo, los rasgos de personalidad, las dimensiones del ánimo, el grado de bipolaridad y los factores de severidad representan las *variables de predicción* (independientes). Para el análisis se pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Qué factores tienen más peso al momento de explicar el diagnóstico TB, TLP o TB + TLP?

Se aplicaron análisis de regresión logística directa para evaluar el impacto que tiene la serie de factores anteriormente mencionados sobre la posibilidad de presentar un diagnóstico en particular. Con logística binaria se analizó la sensibilidad y especificidad de las variables de predicción para cada uno de los grupos de diagnóstico. Se efectuó un análisis individual para cada uno de los grupos de diagnóstico y factores. El modelo ha sido compuesto por una variable dependiente categórica (pertenencia o no a cada grupo diagnóstico) y cinco grupos de variables independientes continuas (temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, dimensión del ánimo, bipolaridad y factores de gravedad).

### **12.6.1. Factores de predicción para el grupo diagnóstico de la comorbilidad del Trastorno Bipolar y el Trastorno Límite de la Personalidad.**

El grupo diagnóstico de la comorbilidad del Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de la Personalidad (TB + TLP) contuvo la mayor cantidad de factores de predicción. En la tabla (12.17) a continuación se presentan los resultados de los análisis bivariados realizados para cada conjunto de variables (factores de gravedad, temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, ánimo y bipolaridad).

#### **Factores de gravedad.**

Se evaluó el impacto de los factores de gravedad (edad de inicio, autolesiones, internamientos e intentos de suicidio) sobre la probabilidad de pertenecer al grupo TB + TLP. El modelo en sí resultó válido [ $X^2(5, 85) = 23.729$ ;  $p < 0.01$ ], es decir, el conjunto de variables logró distinguir entre las personas que cumplieron criterio diagnóstico para TB + TLP de las que no. De los factores de gravedad evaluados, la incidencia de autolesiones y la edad de inicio mostraron ser factores con valor predictivo de pertenencia al grupo TB + TLP. Incluso, el factor con mayor fuerza predictiva fue el nivel de incidencia de autolesiones, con un odds ratio (RM o razón de oportunidades) de 3.177, indicando que los sujetos con autolesiones tienen 3 veces más de probabilidad a pertenecer al grupo de comorbilidad.

#### **Temperamento Afectivo.**

La evaluación de los temperamentos afectivos en conjunto logró distinguir entre los sujetos que clasificaban dentro del grupo de comorbilidad TB + TLP de los que no [ $X^2(5, 85) = 22.149$ ;  $p < 0.01$ ]. El temperamento con mayor fuerza predictiva fue el ciclotímico [ $\text{Exp}(B) = 1.243$ ], indicando que los sujetos con temperamento ciclotímico

son aproximadamente 2 veces más probables a pertenecer al grupo de TB + TLP que aquellos sin temperamento ciclotímico.

Tabla. 12.17. Factores de predicción para la comorbilidad TB + TLP.

TB + TLP								
	B	E.T.	Wald	gl	p	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
<b>Factores de gravedad</b>								
Edad de inicio	-.125	.059	4.517	1	.034*	.883	.786	.990
Autolesiones	1.156	.561	4.253	1	.039*	3.177	1.059	9.532
Intentos de suicidio	.186	.304	.375	1	1.205	1.315	.664	2.188
Internamientos	.124	.168	.543	1	1.132	1.175	.815	1.572
<b>Temperamento</b>								
Distímico	-.179	.113	2.525	1	.112	.836	.670	1.043
Ciclotímico	.220	.076	8.348	1	.004**	1.246	1.073	1.446
Hipertímico	-.017	.075	.050	1	.822	.983	.849	1.138
Irritable	.091	.090	1.017	1	.313	1.095	.918	1.307
Ansioso	-.015	.074	.043	1	.836	.985	.851	1.139
<b>Rasgos de la personalidad</b>								
Paranoide	.128	.268	.229	1	.633	1.137	.672	1.921
Esquizoide	.453	.324	1.948	1	.163	1.572	.833	2.969
Esquizotípico	-.150	.320	.221	1	.638	.860	.460	1.610
Histriónico	.337	.200	2.836	1	.092	1.40	.946	2.074
Antisocial	.474	.297	2.540	1	.111	1.61	.897	2.877
Narcisista	-.306	.238	1.654	1	.198	.737	.462	1.174
Límite	.558	.230	5.871	1	.015**	1.75	1.113	2.746
Obs-comp	-.168	.232	.528	1	.467	.845	.537	1.331
Dependiente	-.237	.228	1.084	1	.298	.789	.505	1.233
Por evitación	.022	.183	.014	1	.905	1.02	.715	1.462
<b>Ánimo- MOODS</b>								
Depresión	3.076	1929.8	.000	1	.999	21.7	.000	.000
- Ánimo	-3.125	1929.8	.000	1	.999	.044	.000	.000
- Energía	-3.163	1929.8	.000	1	.999	.042	.000	.000
- Cognición	-2.946	1929.8	.000	1	.999	.053	.000	.000
Manía	-.066	.242	.074	1	.785	.936	.582	1.505
- Ánimo	.085	.232	.133	1	.715	1.09	.691	1.716
- Energía	.046	.247	.035	1	.852	1.04	.646	1.699
- Cognición	.152	.280	.294	1	.588	1.16	.672	2.016
Ritmicidad	.068	.069	.971	1	.324	1.07	.935	1.225
<b>Bipolaridad</b>								
Índice de Bipolaridad	-.033	.015	4.755	1	.029	1.033	.1.003	1.063
MDQ	-.124	.098	1.617	1	.204	1.132	.935	1.372
BSDS	-.201	.068	8.611	1	.003	1.222	1.069	1.398

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

### **Rasgos de la Personalidad.**

La evaluación de los rasgos de la personalidad en conjunto logró distinguir entre los sujetos que clasificaban dentro del grupo de comorbilidad TB + TLP de los que no [ $X^2(5, 85) = 19.868; p < 0.05$ ]. El rasgo de la personalidad que mostró fuerza predictiva fue el límite [ $\text{Exp}(B) = 1.748$ ], indicando que los sujetos con rasgo de la personalidad límite a nivel patológico tienen aproximadamente el doble de probabilidad de cumplir criterio diagnóstico para la comorbilidad TB + TLP.

### **Ánimo y Bipolaridad.**

La evaluación de los dominios del ánimo (depresión, manía y ritmicidad) no mostraron tener valor predictivo para el grupo de comorbilidad [ $X^2(9, 85) = 15.560; p = .077$ ]. Sin embargo, los factores de bipolaridad sí lograron distinguir a los sujetos pertenecientes al grupo TB + TLP de los no pertenecientes [ $X^2(3, 85) = 31.799; p < 0.01$ ]. Particularmente, el Índice de Bipolaridad (BI) y los criterios del espectro bipolar de Ghaemi (BSDS) mostraron gran fuerza predictiva. Esto implica que cuanto mayor es la puntuación del BI y mayores los criterios del espectro bipolar, mayor es la probabilidad de que una persona cumpla criterio diagnóstico para la comorbilidad TB + TLP.

#### **12.6.2. Factores de predicción para el grupo diagnóstico Bipolar.**

El análisis de regresión logística también fue aplicado para explorar el valor predictivo de las variables para la pertenencia al grupo de trastorno bipolar. Los detalles de los resultados se muestran en la tabla 12.8.



Tabla 12.18. Factores de predicción para el Trastorno Bipolar.

TB								
	B	E.T.	Wald	gl	p	Exp (B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
<b>Factores de Gravedad</b>								
Edad de inicio	.043	.034	1.602	1	.206	1.044	.977	1.117
Autolesiones	.097	.612	.025	1	.874	1.102	.332	3.659
Intentos de suicidio	-.278	.341	.664	1	.415	.757	.388	1.478
Internamientos	.077	.124	.391	1	.532	1.080	.848	1.377
<b>Temperamento – TEMPS</b>								
Distímico	-.041	.095	.182	1	.670	.960	.797	1.157
Ciclotímico	.021	.070	.093	1	.761	1.022	.890	1.172
Hipertímico	.008	.065	.014	1	.907	1.008	.887	1.145
Irritable	-.157	.093	2.870	1	.090	.855	.713	1.025
Ansioso	.036	.070	.256	1	.613	1.036	.903	1.189
<b>Rasgos de la personalidad – IPDE</b>								
Paranoide	.429	.291	2.182	1	.140	1.536	.869	2.714
Esquizoide	-.583	.335	3.025	1	.082	.558	.289	1.077
Esquizotípico	-.462	.371	1.150	1	.213	.630	.305	1.304
Histriónico	-.104	.225	.212	1	.645	.902	.580	1.401
Antisocial	-.232	.389	.356	1	.551	.793	.370	1.699
Narcisista	-.454	.289	2.475	1	.116	.635	.361	1.118
Límite	.099	.219	.205	1	.651	1.104	.719	1.696
Obs-comp	-.107	.263	.168	1	.682	.898	.537	1.502
Dependiente	-.100	.217	.210	1	.646	.905	.591	1.386
Por evitación	.084	.198	.181	1	.670	1.088	.738	1.605
<b>Ánimo – MOODS</b>								
Depresión	-3.197	1768.2	.000	1	.999	.041	.000	.000
- Ánimo	3.213	1768.2	.000	1	.999	24.9	.000	.000
- Energía	3.193	1768.2	.000	1	.999	24.4	.000	.000
- Cognición	3.212	1768.2	.000	1	.999	24.8	.000	.000
Manía	.140	.220	.406	1	.524	1.151	.747	1.772
- Ánimo	-.135	.225	.363	1	.547	.873	.562	1.357
- Energía	.031	.209	.022	1	.882	1.032	.685	1.554
- Cognición	-.133	.256	.270	1	.603	.875	.530	1.446
Ritmicidad	-.055	.076	.532	1	.466	.946	.815	1.098
<b>Bipolaridad</b>								
Índice de Bipolaridad	.031	.017	3.277	1	.070	1.032	.997	1.067
MDQ	.230	.116	3.938	1	.047*	1.259	1.003	1.580
BSDS	-.093	.016	2.347	1	.126	.911	.808	1.026

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

### Factores de gravedad, temperamento afectivo y rasgos de la personalidad.

Para el grupo de TB los factores de gravedad como conjunto no mostraron tener valor predictivo [ $X^2(4, 85) = 3.65$ ;  $p = .514$ ]. Es decir, el conjunto de variables no logró distinguir entre las personas que cumplieron criterio diagnóstico para TB de las

que no lo cumplían. Así mismo, ni los cinco tipos de temperamento afectivo [ $X^2$  (5, 85) = 4.519;  $p = .477$ ] ni los rasgos de la personalidad [ $X^2$  (10, 85) = 17.153;  $p = .071$ ] mostraron tener valor predictivo para el grupo de TB. Es decir, tanto la evaluación del conjunto de temperamentos afectivos como la de los rasgos de la personalidad no detectaron ningún factor con fuerza predictiva de pertenencia al grupo de diagnóstico TB.

### **Ánimo y Bipolaridad.**

Los tres factores de bipolaridad evaluados en conjunto lograron distinguir entre los sujetos diagnosticados con TB de los que no fueron diagnosticados con TB [ $X^2$  (3, 85) = 14.388;  $p < 0.01$ ]. El MDQ es el que aportó mayor valor predictivo, implicando que a mayor puntuación en el cuestionario de los trastornos del humor, mayor probabilidad de cumplir con criterio para TB. No obstante, ningún dominio del ánimo (depresión, manía y ritmicidad) ni subdominio (ánimo, energía y cognición) mostraron ser factores de predicción de pertenencia al TB [ $X^2$  (9, 85) = 7.501;  $p = .585$ ].

### 12.6.3. Factores de predicción para el grupo de Depresión Mayor.

El análisis del grupo de depresión reveló algunos factores de predicción, particularmente relacionados a las dimensiones del ánimo y la evaluación de la bipolaridad. En la Tabla 12.19 se pueden observar los resultados del análisis de regresión logística para evaluar el valor predictivo de cada uno de los factores de estudio.

Tabla 12.19. Factores de predicción para el Trastorno de Depresión Mayor.

	DM							
	B	E.T.	Wald	gl	p	Exp (B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
<b>Factores de gravedad</b>								
Edad de inicio	.054	.026	4.460	1	.035*	1.056	1.004	1.110
Autolesiones	-.996	.687	2.100	1	.147	.370	.096	1.420
Intentos de suicidio	-.019	.364	.003	1	.957	.981	.481	2.000
Internamientos	-.256	.282	.825	1	.364	.774	.445	1.346
<b>Temperamento</b>								
Distímico	.065	.088	.547	1	.459	1.067	.898	1.267
Ciclotímico	-.115	.069	2.767	1	.096	.891	.778	1.021
Hipertímico	-.018	.059	.093	1	.760	.982	.876	1.102
Irritable	-.098	.084	1.366	1	.243	.907	.770	1.068
Ansioso	.067	.065	1.083	1	.298	1.070	.942	1.215
<b>Rasgos de la personalidad</b>								
Paranoide	-.547	.312	3.068	1	.080	.579	.314	1.067
Esquizoide	-.192	.270	.505	1	.478	.825	.486	1.402
Esquizotípico	.399	.309	1.661	1	.197	1.49	.812	2.733
Histriónico	-.254	.194	1.718	1	.190	.776	.530	1.134
Antisocial	-.378	.323	1.368	1	.242	.685	.364	1.291
Narcisista	.317	.226	1.957	1	.162	1.373	.881	2.140
Límite	-.380	.210	3.274	1	.070	.684	.453	1.032
Obs-comp	.169	.205	.682	1	.409	1.184	.793	1.769
Dependiente	.129	.183	.496	1	.481	1.138	.794	1.630
Por evitación	.146	.159	.838	1	.360	1.157	.847	1.582
<b>MOODS</b>								
Depresión	.034	.529	.004	1	.948	1.035	.367	2.917
- Ánimo	-.059	.536	.012	1	.912	.943	.329	2.697
- Energía	-.025	.555	.002	1	.964	.975	.329	2.892
- Cognición	-.100	.523	.037	1	.848	.905	.324	2.523
Manía	-.094	.367	.066	1	.798	.910	.443	1.870
- Ánimo	.026	.348	.006	1	.940	1.027	.519	2.029
- Energía	-.006	.404	.000	1	.988	.994	.451	2.193
- Cognición	.030	.396	.006	1	.939	1.031	.474	2.241
Ritmicidad	-.049	.071	.484	1	.486	.952	.829	1.093
<b>Bipolaridad</b>								
Índice de Bipolaridad	-.031	.016	3.647	1	.056*	.970	.940	1.001
MDQ	-.314	.108	8.536	1	.003**	.730	.591	.902
BSDS	-.049	.062	.612	1	.434	.952	.843	1.076

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

### **Factores de gravedad, temperamento afectivo y rasgos de la personalidad.**

El conjunto de factores de gravedad logró distinguir entre las personas que cumplieron criterio diagnóstico para DM [ $X^2(4, 85) = 13.440$ ;  $p < 0.01$ ]. El factor con valor predictivo fue la edad de inicio, arrojando un odds ratio de 1.056. Por otro lado, Los cinco tipos de temperamento afectivo no mostraron tener valor predictivo para el grupo de DM [ $X^2(5, 85) = 10.187$ ;  $p = .070$ ]. Es decir, la evaluación del conjunto de temperamentos no mostró a ninguno con fuerza predictiva de pertenencia al grupo de diagnóstico DM. La evaluación de los rasgos de personalidad en conjunto mostró tener valor predictivo para el grupo de TB [ $X^2(10, 85) = 19.868$ ;  $p < 0.05$ ]. Sin embargo, ningún rasgo en particular tuvo valor predictivo de pertenencia al grupo DM.

### **Ánimo y Bipolaridad.**

La evaluación de los factores del ánimo en conjunto (MOODS) mostró tener valor predictivo para el grupo de DM [ $X^2(9, 85) = 20.856$ ;  $p < 0.01$ ]. Sin embargo, ningún dominio ni subdominio en particular tuvo valor predictivo de pertenencia al grupo DM. Por lo contrario, se encontró que los factores de bipolaridad en conjunto tienen impacto sobre la probabilidad de pertenencia al grupo DM [ $X^2(3, 85) = 33.497$ ;  $p < 0.01$ ]. Los factores con mayor contribución de predicción fueron el Índice de Bipolaridad y el cuestionario de trastornos del ánimo (MDQ).

### **12.6.4. Factores de predicción para el grupo diagnóstico Trastorno Límite de la Personalidad.**

Se aplicó el mismo método de análisis, con regresión logística, para determinar cuáles factores del estudio tienen capacidad de predicción de pertenencia al TLP. Tal y como puede observarse en la tabla 12.20, los temperamentos afectivos y los factores de

riesgo no lograron distinguir entre las personas que cumplieron criterio diagnóstico para TLP de las que no. Sin embargo, los rasgos de la personalidad y la bipolaridad revelaron algunos factores de predicción.

Tabla 12.20. Factores de predicción para el Trastorno Límite de la Personalidad.

TLP								
	B	E.T.	Wald	gl	p	Exp (B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
<b>Factores de Riesgo</b>								
Edad de inicio	-.062	.040	2.384	1	.123	.940	.868	1.017
Autolesiones	-.177	.622	.081	1	.776	.837	.248	2.834
Intentos de suicidio	.025	.355	.005	1	.944	1.025	.511	2.055
Internamientos	-.522	.379	1.895	1	.169	.593	.282	1.248
<b>Temperamento – TEMPS</b>								
Distímico	.176	.110	2.250	1	.110	1.193	.961	1.481
Ciclotímico	-.140	.079	3.139	1	.076	.869	.745	1.015
Hipertímico	.024	.066	.133	1	.715	1.024	.900	1.166
Irritable	.170	.095	3.169	1	.075	1.185	.983	1.429
Ansioso	-.097	.089	1.197	1	.274	.907	.762	1.080
<b>Rasgos de la personalidad – IPDE</b>								
Paranoide	-.180	.330	.296	1	.586	.836	.437	1.596
Esquizoide	.231	.266	.749	1	.387	1.259	.747	2.123
Esquizotípico	.283	.309	.844	1	.358	1.328	.725	2.431
Histriónico	-.036	.194	.0274	1	.869	.968	.662	1.417
Antisocial	-.166	.292	.322	1	.570	.847	.478	1.502
Narcisista	.484	.238	4.130	1	.042*	1.623	1.017	2.589
Límite	-.236	.225	1.095	1	.295	.790	.508	1.228
Obs-comp	.154	.207	.557	1	.456	1.167	.778	1.751
Dependiente	.202	.200	1.019	1	.313	1.224	.827	1.813
Por evitación	-.252	.193	1.704	1	.192	.777	.532	1.135
<b>MOODS</b>								
Depresión	-.075	.189	.157	1	.692	.928	.641	1.343
- Ánimo	.157	.212	.546	1	.460	1.169	.772	1.771
- Energía	.194	.267	.532	1	.466	1.215	.720	2.048
- Cognición	-.039	.166	.055	1	.815	.962	.695	1.331
Manía	.161	.232	.481	1	.488	1.174	.746	1.850
- Ánimo	-.087	.213	.166	1	.684	.917	.604	1.392
- Energía	-.279	.285	.955	1	.329	.757	.433	1.324
- Cognición	-.187	.270	.478	1	.489	.830	.489	1.409
Ritmicidad	.020	.071	.081	1	.775	1.020	.889	1.172
<b>Bipolaridad</b>								
Índice de Bipolaridad	-.032	.014	5.489	1	.019**	.968	.943	.995
MDQ	.006	.096	.004	1	.947	1.006	.834	1.214
BSDS	-.034	.064	.282	1	.596	.967	.852	1.096

\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.05$ .

\*\* La diferencia es significativa al nivel  $p < 0.01$ .

### **Factores de gravedad y Temperamento Afectivo.**

Los factores de gravedad en conjunto no lograron distinguir entre las personas que cumplieron criterio diagnóstico para TLP de las que no cumplieron criterio diagnóstico [ $X^2 (4, 85) = 7.375; p = .117$ ]. Así mismo, la evaluación de los temperamentos afectivos tampoco mostró valor predictivo para el grupo TLP [ $X^2 (5, 85) = 8.276; p = .142$ ].

### **Rasgos de la personalidad.**

Se encontró que la evaluación de los rasgos de la personalidad en conjunto no tuvo valor predictivo en cuanto a la pertenencia o no al grupo TLP [ $X^2 (10, 85) = 10.728; p < 0.05$ ]. Sin embargo, el rasgo de la personalidad narcisista mostró fuerza predictiva [Exp (B) = 1.623], indicando que los sujetos con rasgo de la personalidad narcisista a nivel patológico tienen aproximadamente el doble de probabilidad de cumplir criterio diagnóstico para TLP de aquellos que no muestran el rasgo.

### **Ánimo y Bipolaridad.**

Los tres factores de bipolaridad evaluados en conjunto no lograron distinguir entre los que han sido diagnosticados con TLP de los que no lo han sido [ $X^2 (3, 85) = 7.235; p = 0.65$ ]. Así mismo, ningún dominio del ánimo (depresión, manía y ritmicidad) ni subdominio (ánimo, energía y cognición) mostraron ser factores de predicción de pertenencia al TLP [ $X^2 (9, 85) = 4.848; p = .847$ ]. No obstante, el Índice de Bipolaridad por sí sólo mostró valor predictivo de pertenencia al TLP [Exp(B) = .968].

### **12.6.5. Elementos diferenciales con valor predictivo.**

De lo encontrado por los análisis de regresión logística se puede concluir que, si bien los grupos de diagnóstico presentan factores similares en diferentes medidas, algunos de ellos muestran tener un importante valor de predicción de presentar comorbilidad TB + TLP. El motivo de evaluar el valor predictivo de cada factor se centra en el interés en encontrar no sólo un grupo de elementos que destaque para cada grupo diagnóstico sino factores específicos que indiquen mayor probabilidad de pertenencia a determinado grupo. Por lo tanto, como hallazgo se presenta una serie de factores o elementos que pueden denominarse como diferenciales con valor predictivo entre el trastorno bipolar, el trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad.

La comorbilidad TB + TLP resultó ser el grupo diagnóstico con mayor cantidad de elementos diferenciales, en términos de valor predictivo. Encontramos que ante la presencia de factores de gravedad, como la edad de inicio de los síntomas y la presencia de autolesiones, temperamento ciclotímico, rasgo de la personalidad límite marcado, alto índice de bipolaridad y varios criterios del espectro bipolar, existe mayor probabilidad de cumplir criterio diagnóstico para la comorbilidad TB + TLP, más que para TB o TLP exclusivamente. Este conjunto de factores mostró ser característico de la comorbilidad.

En cambio, tanto para el TLP como para el TB se encontró únicamente un elemento predictivo exclusivo de cada uno. Para el TLP el rasgo de la personalidad narcisista resultó ser un elemento diferencial, algo que no tuvo valor predictivo para el TB ni la comorbilidad TB + TLP. Esto implica que si el rasgo de la personalidad narcisista es marcado es mayor la probabilidad de que se trate de un diagnóstico de TLP, siendo así un elemento diferenciador entre cuadros patológicos. Para el TB, el MDQ fue el único factor con fuerza predictiva exclusivamente para el TB, indicando así

mismo que ante el diagnóstico diferencial puede funcionar como elemento diferencial digno de evaluar.

En términos diferenciales, la comorbilidad TB + TLP ha demostrado tener factores específicos que lo distinguen de los demás grupos de análisis. Por un lado, la comorbilidad puede distinguirse del TB por la presencia en conjunto de temperamento ciclotímico elevado, alta presencia de rasgos de tipo límite, alta incidencia en conductas autolesivas y temprana edad de inicio. Por otro lado, la comorbilidad puede diferenciarse del TLP al detectar altos niveles de bipolaridad evaluados por el Índice de Bipolaridad y los criterios del espectro bipolar (BSDS), además por un temperamento ciclotímico elevado.

En resumen, en una muestra de personas con trastornos afectivos o desregulación emocional, en los que existe una significativa presencia de alta intensidad en el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, dimensiones del ánimo, características de bipolaridad y factores de gravedad, el temperamento ciclotímico elevado y la presencia de autolesiones podría indicar mayor probabilidad de cumplir con diagnóstico para TB + TLP, el rasgo de la personalidad narcisista representa mayor probabilidad de tratarse de un TLP y, finalmente, las puntuaciones positivas para el MDQ y la presencia de internamientos podría indicar que se trata de un TB.



### **XIII. CONCLUSIONES**

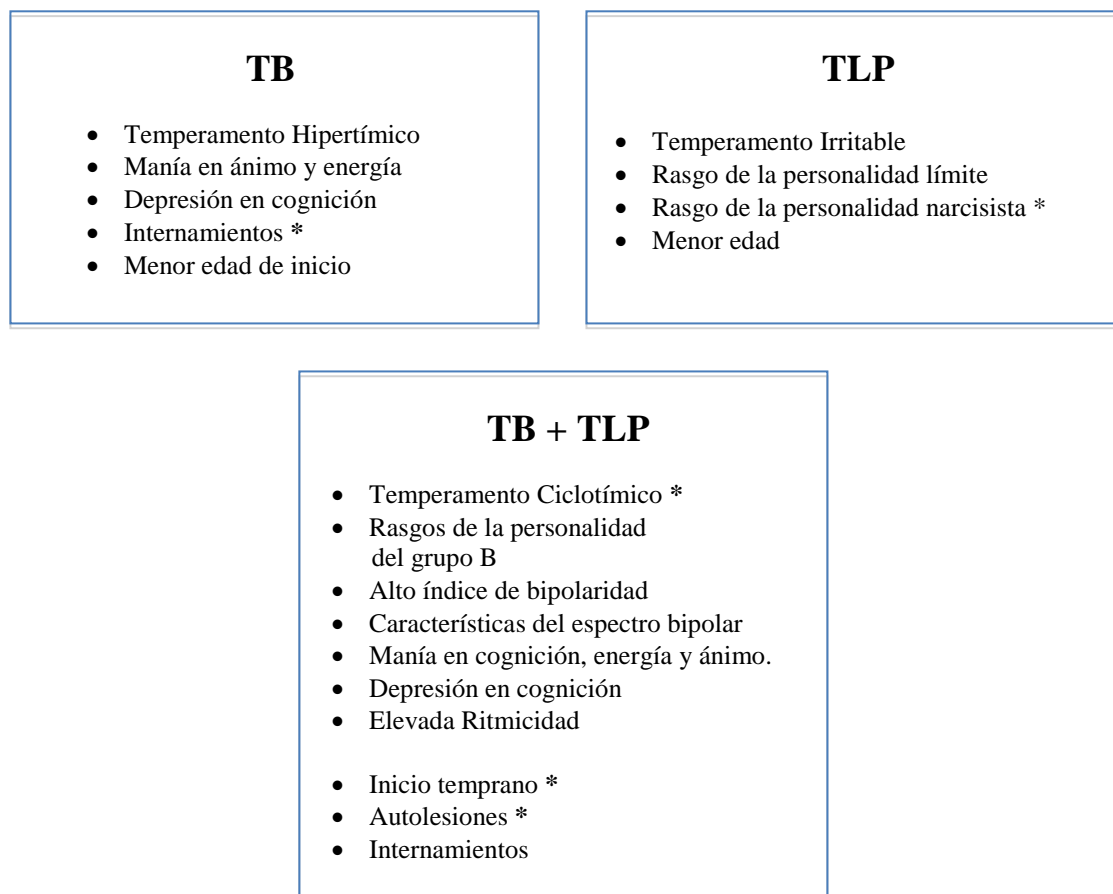
Se ha diseñado un estudio con el objetivo central de detectar elementos o características diferenciales entre el trastorno bipolar (TB), el trastorno límite de la personalidad (TLP) y su comorbilidad (TB + TLP). El objetivo ha sido considerado de gran utilidad para la literatura científica dirigida al conflicto que genera el solapamiento de síntomas y factores entre el TLP y el TB y la dificultad consecuente en el diagnóstico y tratamiento. En los últimos años varios autores han hecho hincapié en la necesidad de estudiar lo que distingue a los trastornos en la comorbilidad más que lo que los asemeja (Barroilhet, Vöhringer y Ghaemi, 2013; Bayes, Parker y Fletcher, 2014; Paris, 2013).

El estudio fue elaborado con el fin de ser una aporte a investigaciones previas, motivo por el cual se evaluó la presencia de TLP, TB, depresión mayor (DM) y la comorbilidad de TB + TLP, en pacientes que hayan sido diagnosticados con alguna de las patologías mencionadas o que presentaran desregulación emocional y síntomas de severidad asociados. Así mismo, se evaluó la presencia de síntomas y factores que en previos estudios han mostrado estar vinculados con la gravedad de la psicopatología, tales como el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad patológica, grado de bipolaridad, ciclo del ánimo, presencia de autolesiones, intentos de suicidio e internamientos hospitalarios, entre otros.

Se exploraron diferencias en los síntomas en función del diagnóstico de los sujetos de la muestra clínica (TLP, TB, DM y TB + TLP). Si bien las diferencias buscadas son entre el TB y el TLP principalmente, el estudio de la depresión mayor se introdujo con el fin de filtrar posibles depresiones unipolares maldagnosticadas como bipolares, error frecuente en la práctica clínica y tema de interés en la investigación científica (Cardoso de Almeida y Phillips, 2013; Hosang et al., 2012; Motovsky et al.,

2013; Scott et al., 2013). Por esta razón, los criterios de inclusión a la muestra del estudio incluían a personas con trastornos del ánimo en general, independientemente de tener un diagnóstico específico, y así determinar con herramientas de diagnóstico validadas el tipo de trastorno afectivo o de la personalidad. Los elementos característicos y diferenciales encontrados para el TB, el TLP y su comorbilidad se describen a continuación y se pueden apreciar en el gráfico 13.1.

Gráfica 13.1. Elementos diferenciales entre el Trastorno Bipolar (TB), Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y su comorbilidad TB + TLP.



\* El elemento tiene valor predictivo.

Del análisis ha sido posible concluir que el grupo de comorbilidad TB + TLP en la muestra clínica se caracteriza por un temperamento ciclotímico, presencia patológica de rasgos de la personalidad de tipo B (narcisista, histriónico, límite y antisocial), mayor incidencia de autolesiones e intentos de suicidio y menor la edad de inicio de síntomas. Se mostró que los sujetos con temperamento ciclotímico tienen el doble de probabilidad de presentar comorbilidad que TB o TLP exclusivamente y la presencia de los rasgos de la personalidad del grupo B resultaron ser elevados en la comorbilidad.

Respecto a la bipolaridad, la comorbilidad TB + TLP contó con más características del espectro bipolar y mayor ritmicidad que el TB y TLP por sí solos. Cuanto mayores sean los criterios del espectro bipolar presentes en personas con TLP o TB, mayor es la probabilidad de que una persona cumpla criterio diagnóstico para la comorbilidad TB + TLP. Finalmente, la comorbilidad presentó mayor incidencia en autolesiones, intentos de suicidio e internamientos, además de una menor edad de inicio de los síntomas.

Los sujetos del grupo TLP se caracterizaron por tener un temperamento irritable sobresaliente, el cual reveló ser diferenciador del TB y de la comorbilidad. Los rasgos de la personalidad más sobresalientes del TLP fueron el límite y narcisista, incluso este último tuvo valor predictivo para el diagnóstico TLP. A pesar de que las autolesiones e intentos de suicidio suelen asociarse al diagnóstico TLP, en esta muestra clínica fueron factores más característicos de la comorbilidad. Es decir, ante un diagnóstico TLP la alta incidencia de autolesiones e intentos de suicidio puede ser indicativa de un TB comórbido.

En los sujetos con trastorno bipolar destacó el temperamento hipertímico con valor diferencial. Mostró ser más característico de este grupo que de los diagnosticados con TLP, comorbilidad TB + TLP o depresión. Ningún rasgo de la personalidad fue

distintivo para el TB. Sin embargo, los niveles de bipolaridad y la evaluación del ánimo presentaron claros factores diferenciales. El grupo TB obtuvo mayores niveles de bipolaridad evaluados por el Índice de Bipolaridad en comparación a la comorbilidad TB + TLP, el TLP solo e incluso a la depresión mayor. Sería importante determinar puntos de corte que logren diferenciar con mayor precisión entre diagnósticos. Apfelbaum et al. (2014) encontraron un punto de corte para el BI situado en 50 puntos, para distinguir el trastorno bipolar del TLP.

En cuanto al ánimo, el TB logró distinguirse al evaluar la dimensión depresiva y maníaca del ánimo. La presencia de manía en la cognición, en el ánimo y en la energía junto con la depresión en la cognición, resultó ser diferencial entre el TB y el TLP (incluso entre el TB y DM). Es un hallazgo de gran utilidad que puede evaluarse con el MOODS-SR para diferenciar el TB del TLP y de la depresión mayor. Finalmente, en cuanto a los síntomas de gravedad se encontró que a mayor incidencia de internamientos, mayor la probabilidad de que el cuadro se trate de TB o de comorbilidad TB + TLP, a diferencia de TLP.

La DM mostró menor intensidad y puntuaciones en la mayoría de los factores evaluados, tales como el temperamento afectivo, la bipolaridad, intentos de suicidio, internamientos y edad de inicio. Estos resultados eran esperables debido a que son más característicos de la bipolaridad, del TLP y su comorbilidad. Sin embargo, es posible resumir que la DM en este contexto se caracteriza por una edad más avanzada, un temperamento distímico prominente, grados bajos de bipolaridad y ritmicidad en el ánimo, todos son elementos que podrían diferenciarlos del TB y de la comorbilidad TB + TLP.

El temperamento afectivo ha sido propuesto como un factor de predisposición para los trastornos del ánimo (Goodwin y Jamison,1990) y el nivel de gravedad en su

extremo ha sido asociado a la morbilidad del trastorno (Akiskal, 1995). Las teorías actuales sobre el temperamento afectivo como parte de un trastorno lo definen de cuatro formas posibles, como un factor de predisposición para determinado trastorno, como una forma de expresión más leve del trastorno, como un factor que puede modificar su expresión clínica o como un elemento que altera los episodios afectivos de dicho trastorno (Barrantes et al., 2004). En la muestra clínica del estudio, se encontró que hay tres temperamentos característicos de cada uno de los tres cuadros puestos en comparación, implicando que la presencia de un determinado temperamento afectivo se relaciona con la expresión de un cuadro con labilidad emocional, ya sea un trastorno afectivo (TB), de la personalidad (TLP) o su comorbilidad (TB + TLP).

En estudios anteriores, el temperamento ciclotímico ha mostrado relacionarse con el TB (Gandotra et al., 2011; Goto et al., 2011; Mazzarini et al., 2009), incluso se ha concluido que es un componente subyacente en la comorbilidad de los trastornos del ánimo (Perugi et al., 2003). Sin embargo, el presente hallazgo del temperamento ciclotímico como elemento diferencial entre la comorbilidad TB + TLP y el TB o el TLP exclusivos, puede ser considerado como un aporte importante de este estudio. Entre otras utilidades, puede servir para evitar el sobre-diagnóstico de trastornos de personalidad, un problema señalado en la literatura científica (Akiskal et al., 2003), en la que se ha sugerido que la presencia de un temperamento ciclotímico grave sea entendida como “depresiones ciclotímicas” dentro de un cuadro afectivo. Es decir, la presencia de un temperamento ciclotímico en un TLP puede estar señalando un trastorno afectivo subyacente.

El temperamento hipertímico y el irritable también han mostrado relación con los trastornos del ánimo en varias investigaciones (Kesebir et al., 2005; Nilsson et al., 2010). En el presente estudio resultaron ser un factor diferencial entre el TB (con

temperamento hipertímico) y TLP (con temperamento irritable). Martinucci et al. (2011) cuestionan el supuesto de que la desregulación afectiva se desarrolla bajo el mismo mecanismo en el TLP y en el espectro bipolar y argumentan que el patrón temperamental es diferente entre ambos; los presentes resultados pueden dar razón de esta perspectiva. De forma similar, Stanghellini y Raballo (2007) indicaron que el temperamento hipertímico y el distímico delimitan la frontera entre el TB y la DM, siendo el distímico más cercano a lo depresivo y el hipertímico a la bipolaridad. Lo encontrado en el presente análisis avala esta observación, siendo el temperamento distímico característico de la DM y el hipertímico del TB.

El temperamento ciclotímico ha sido relacionado con mayores intentos de suicidio e impulsividad (Azorin et al., 2009; Kochman et al., 2005; Mechri et al., 2011). En la presente muestra la comorbilidad TB + TLP se ha presentado como un grupo de mayor severidad clínica, con factores característicos de gravedad como autolesiones, intentos de suicidio y edad de inicio temprana. Las autolesiones han sido tradicionalmente asociadas al TLP pero también se sabe que son frecuentes en personas con TB. Joyce et al. (2010) mostraron cómo la existencia de un episodio afectivo es mayor predictor de las conductas autolesivas que el diagnóstico de TLP en sí. En la muestra clínica de este estudio los factores de gravedad, incluyendo las autolesiones, fueron característicos de la comorbilidad, más que del TLP. Incluso, las autolesiones fueron un factor de predicción de la comorbilidad TB + TLP.

Lo anterior avala la propuesta de que la gravedad y las autolesiones en el TLP puedan ser mejor explicadas por un trastorno afectivo subyacente, más que por un trastorno en la personalidad o por el cuadro de TLP en sí, tal como han propuesto Joyce et al. (2010). A esto se puede añadir que, en vista de que los internamientos fueron un elemento característico de los sujetos con TB exclusivamente y las autolesiones de la

comorbilidad TB + TLP, las autolesiones pueden ser propias de la desregulación emocional de mayor gravedad mientras que los internamientos por intentos de suicidio lo sean de un episodio afectivo.

Desde algunas postulaciones teóricas los rasgos de la personalidad son vistos como un compendio de factores adquiridos durante la socialización, a diferencia del carácter biológico o genético del temperamento (Barrantes et al., 2001). El-Mallakh y Ghaemi (2008) han cuestionado el sobre-diagnóstico de TLP debido a la presencia de rasgos de tipo B de larga evolución. Si bien, el rasgo narcisista destacó como factor predictor para el TLP en esta investigación, la presencia de los rasgos de tipo B en conjunto (narcisista, antisocial, histriónico y límite) fue característica de la comorbilidad TB + TLP, respaldando las relaciones encontradas entre el ciclo del ánimo y la marcada presencia de estos rasgos.

La labilidad afectiva, tradicionalmente adjudicada al TLP, ha sido propuesta también como un tipo de ciclo rápido del ánimo perteneciente al trastorno del espectro bipolar (MacKinnon y Pies, 2006; Kilzieh y Akiskal, 1999). Los síntomas del espectro bipolar evaluados en el presente estudio fueron sobresalientes en la comorbilidad TB + TLP, mientras que los síntomas específicos de manía en la cognición, el ánimo y la energía fueron predominantes en el grupo de TB.

Ghaemi (2002) ha argumentado que la labilidad afectiva no es suficiente para diferencia entre el TB y el TLP, pero quizás el temperamento afectivo y los rasgos de la personalidad puedan ayudar a hacerlo. Los elementos diferenciales encontrados en esta investigación resuenan a lo argumentado por Jayaro et al. (2011), quienes proponen que más allá de la bipolaridad y personalidad el TLP y los trastornos del ánimo se asemejan o diferencian en base a dónde se encuentran en el espectro del temperamento afectivo.

Los resultados de las pruebas aplicadas en el presente estudio no sólo avalan hallazgos de investigaciones previas, también destacan un grupo de elementos específicos que distinguen claramente a los sujetos con comorbilidad TB + TLP de los sujetos con TB o TLP. Por esta razón, de los resultados obtenidos se destaca la comorbilidad en sí como un elemento diferencial central entre el TLP y el TB, la cual presenta a su vez factores específicos distintivos que ayudan a identificarla.

Es importante señalar que los tres tipos de análisis estadísticos realizados en el presente estudio han derivado en conclusiones similares con crecientes niveles de inferencia. Desde los análisis de correlación es posible conocer el tipo de relación entre variables, el análisis de varianza permite determinar si una variable o grupo de variables tiene impacto sobre otra y la regresión logística logra evaluar si una variable puede predecir la presencia o forma de otra. Los tres tipos de análisis han arrojado resultados congruentes a través de las diferentes pruebas, mostrando relaciones similares entre las variables. De los resultados es posible concluir que existen características específicas para cada diagnóstico.



## **XIV. DISCUSIÓN**

La presente investigación ha tenido como objetivo central identificar elementos diferenciales entre el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno bipolar (TB) y la comorbilidad de ambos cuadros psicopatológicos como una entidad nosológica. A través de los análisis realizados se han detectado claras diferencias entre la comorbilidad TB + TLP, el TB y TLP por sí solos. Se ha logrado concluir de los resultados que el temperamento afectivo es un importante marcador, particularmente el temperamento ciclotímico, el hipertímico y el irritable. El temperamento ciclotímico mostró ser característico de la comorbilidad TB + TLP, el hipertímico de la bipolaridad y el irritable del TLP específicamente.

Así mismo, se ha descubierto que el número de internamientos, intentos de suicidio y autolesiones es significativamente mayor en la comorbilidad TB + TLP, en comparación con los demás grupos diagnósticos (TB, TLP y DM). El índice de bipolaridad y la cantidad de criterios de inclusión al espectro bipolar también ha mostrado ser más elevada en el grupo de comorbilidad TB + TLP que en el de TB exclusivamente, lo cual implica que un alto índice de bipolaridad podría estar señalando la existencia de un TLP comórbido.

El alcance de los resultados y relaciones encontradas se describe a lo largo de cinco apartados concluyentes hacia las consideraciones finales: 1) implicaciones del análisis, 2) la comorbilidad como indicador de gravedad, 3) la comorbilidad como etapa evolutiva, 4) la evaluación topográfica y sistemática de la comorbilidad y 5) la comorbilidad como entidad nosológica.

#### **14.1. Implicaciones del análisis.**

En el análisis estadístico se aplicaron diferentes pruebas para explorar las mismas relaciones, ya sea entre variables o entre grupos. El uso inicial de pruebas no paramétricas se priorizó tomando en cuenta el tamaño de cada grupo de diagnóstico (menor a 30). Algunas metodologías estadísticas sugieren que para la realización de análisis de comparación entre grupos es preferente aplicar pruebas paramétricas cuando el número de sujetos en cada grupo es mayor a 30 y pruebas no paramétricas cuando es menor a 30; esto se recomienda para tener mayor control sobre la muestra. Sin embargo, las pruebas paramétricas permiten concluir con un mayor grado de inferencia entre las relaciones encontradas y por consiguiente mayor representatividad de la muestra en la población estudiada. Como consiguiente, se han utilizado ambas pruebas para lograr mayor profundidad en las implicaciones del análisis estadístico.

Las diferentes pruebas estadísticas aplicadas nos han mostrado resultados parecidos entre sí, constatando las relaciones encontradas a lo largo del análisis de los datos. Tanto en las pruebas paramétricas como las no paramétricas se encuentran los mismos componentes en función del grupo diagnóstico de pertenencia. Por lo tanto, ha sido posible detectar a través del análisis una serie de factores y conjunto de factores que hacen posible diferenciar al grupo diagnóstico TB del TLP y a cada uno de ellos cuando se presentan solos de cuando surgen de forma comórbida.

En términos generales, se han encontrado elementos diferenciales específicos dentro de los distintos tipos de temperamentos afectivos, rasgos de personalidad, grado de bipolaridad y síntomas de severidad entre el TB, el TLP y su comorbilidad (TB + TLP). Se ha descubierto que los instrumentos para evaluar bipolaridad lograron distinguir entre el TB y el TLP, los rasgos de la personalidad pudieron diferenciar al TB de la comorbilidad TB + TLP y la evaluación del temperamento afectivo mostró

discriminar entre la comorbilidad y la presencia de TB o TLP solos. Finalmente, el grado de severidad del cuadro, marcado por la presencia de autolesiones, internamientos, intentos de suicidio y edad de inicio, ha mostrado ser un indicador de posible comorbilidad TB + TLP en pacientes diagnosticados con alguno de los dos trastornos.

En términos más específicos, se puede destacar, en primer lugar, que el temperamento afectivo ha mostrado ser un elemento diferenciador. Concretamente, el temperamento ciclotímico se presenta significativamente más elevado y con fuerza predictiva en los pacientes con TB + TLP. Es decir, la presencia de un temperamento ciclotímico marcado en un cuadro de TB o en un TLP podría estar indicando la comorbilidad TB + TLP. Además, el temperamento ciclotímico mostró ser significativamente más elevado en los pacientes con comorbilidad que en los demás grupos diagnósticos, indicando que este temperamento es más marcado cuando el TB y TLP se presentan juntos. En cambio, el temperamento irritable mostró ser más elevado en pacientes con TLP exclusivamente y el hipertímico en sujetos con TB.

Lo anterior nos brinda dos descubrimientos importantes para la diferenciación nosológica de los grupos de diagnóstico. En primer lugar, el temperamento afectivo irritable, como factor estable, indica ser más propio del trastorno de la personalidad tipo límite que del TB. En la literatura científica la irritabilidad ha sido asociada al TB únicamente durante los episodios maníacos e hipomaniacos y al ciclo del ánimo en la bipolaridad. Es decir, la irritabilidad en el TB es característica de estado, intermitente y no estable, y por lo tanto dependemos de su presencia para detectar un cuadro. Sin embargo, el temperamento afectivo es considerado como una base estable e independiente de la presencia de un episodio afectivo, por lo cual su evaluación es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial aún cuando un sujeto se encuentra eutímico.

Así mismo, en la presente investigación se ha encontrado que la presencia conjunta del temperamento afectivo ciclotímico y un cuadro de TLP o de TB (aún en fase eutímica) podría ser indicador de la comorbilidad TB + TLP específicamente. Lo anterior es un hallazgo de importante utilidad para un correcto diagnóstico en pacientes con desregulación emocional en general previo al establecimiento de un diagnóstico o ante la duda de uno ya determinado. Perugi y Akiskal (2002) ya habían indicado que el temperamento ciclotímico podía ser el componente subyacente en algunos cuadros diagnosticados con la comorbilidad de los trastornos afectivos y el TLP. Los resultados presentes parecen ser congruentes con ésta línea de pensamiento.

Sabemos que de una importante cantidad de estudios científicos se ha encontrado que el temperamento ciclotímico está relacionado tanto al TB, como al TLP y a los estados depresivos (Benazzi, 2006; Cassano et al., 1992; Maina et al., 2010; Perugi et al., 1999). En el presente estudio se han encontrado relaciones similares, no obstante, al realizar diversos análisis diferenciales se ha detectado que el temperamento ciclotímico es principalmente característico, incluso con valor predictivo, de la comorbilidad TB + TLP. Así mismo, el temperamento afectivo irritable e hipertímico han mostrado ser elementos útiles a evaluar para el diagnóstico diferencial entre el TB y TLP; el hipertímico siendo característico del TB y el irritable del TLP.

Estos hallazgos nos remiten a las observaciones de Akiskal en 1994, quien señalaba que entre el 50% y 75% de las personas con trastornos de tipo límite presentan factores subafectivos, entre los que destacan el temperamento distímico, irritable y ciclotímico. También, Martinucci et al. (2011) han sostenido que el patrón temperamental es diferente entre el TB y el TLP. Incluso, diversos autores ya han indicado que los temperamentos principalmente asociados a los trastornos bipolares son el hipertímico y el ciclotímico (Gandotra et al., 2011; Mazzarini et al., 2009).

En segundo lugar, los rasgos de la personalidad han mostrado utilidad como marcadores de diagnóstico en la presente muestra. La presencia de rasgos de personalidad de tipo narcisista y límite indicó ser característica de los pacientes del grupo con TLP. Sin embargo, cuando éstos se presentan en conjunto con los demás rasgos de tipo B (histriónico y antisocial) con puntuaciones elevadas (más de 5 rasgos) es indicativo de una comorbilidad con TB. Además, las personas con comorbilidad TB + TLP mostraron significativamente mayor cantidad de rasgos de personalidad del grupo A (esquizoide y esquizotípico) que los pacientes diagnosticados con TB y TLP únicamente, siendo posiblemente considerados como marcadores. Es posible que los rasgos de la personalidad puedan ser mejor entendidos por su relación con factores anímicos, que a su vez exacerbaban los rasgos, como bien lo han explicado Hosang et al. (2012).

El grado de bipolaridad, evaluado por diversos instrumentos, también ha mostrado distinguir entre diagnósticos. En la muestra de este estudio, los pacientes con TLP obtuvieron puntuaciones intermedias en síntomas maníacos, es decir, mayor que pacientes con depresión y menor que pacientes con TB. No obstante, el instrumento Índice de Bipolaridad (BI) claramente ha distinguido a pacientes con TB solamente o con comorbilidad (TB + TLP) de los otros grupos de diagnóstico (TLP y DM). Por último, la gravedad del cuadro psicopatológico ha sido considerada como un factor importante para detectar la comorbilidad en personas diagnosticadas únicamente con TB o TLP. En la muestra clínica de este estudio, se encontró que los pacientes con TB + TLP comórbido, presentaron una aparición del cuadro más temprana y mayor severidad en cuanto a síntomas, intentos de suicidio, internamientos y conductas autolesivas.

A pesar de que no se han establecido puntos de corte en los instrumentos de evaluación para delimitar la presencia/ausencia de comorbilidad TB + TLP en esta

muestra, los propios cortes de los instrumentos de evaluación han cumplido esta función. Al evaluar los elementos diferenciales mencionados (temperamento afectivo, rasgos de personalidad, grado de bipolaridad, ciclo del ánimo y factores de severidad), con las herramientas utilizadas en el estudio, los valores considerados como patológicos o de criterio diagnóstico de cada instrumento han podido identificar su presencia y ayudar a determinar un diagnóstico más preciso.

En resumen, los resultados de las pruebas estadísticas indican que el TB y el TLP pueden diferenciarse evaluando el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, grado de bipolaridad y severidad del cuadro; además, estos factores no sólo tuvieron relaciones significativas con los diferentes grupos de diagnóstico sino que mostraron ser factores predictivos del grupo diagnóstico de pertenencia. La comorbilidad TB + TLP mostró tener como factores distintivos al temperamento ciclotímico junto con rasgos de la personalidad del tipo B, presencia de autolesiones y síntomas del espectro bipolar. La presencia de estos factores en un sujeto con TB o TLP ha demostrado tener el potencial de indicar que se trata de un cuadro comórbido. Es evidente que la comorbilidad TB + TLP en sí representa un tipo de desregulación emocional más severa que los demás grupos en la muestra clínica de la presente investigación, incluyendo al TB y el TLP por sí solos.

#### **14.2. La comorbilidad como indicador de severidad clínica.**

El presente estudio ha partido de la base de considerar la comorbilidad TB + TLP como un cuadro de mayor gravedad funcional, mayor que cuando cada trastorno se presenta de manera exclusiva. La comorbilidad como indicador de severidad clínica ha sido identificada en diferentes estudios, algunos de los cuales han encontrado factores asociados al nivel de gravedad, tales como la edad de inicio de los síntomas y la presencia de autolesiones (Moor et al., 2012; Perugi et al., 2013; Subramaniam et al., 2013).

En el análisis de esta investigación no solamente se ha constatado que la edad de inicio y las conductas autolesivas son factores asociados a la comorbilidad, sino que también son predictores de la misma. Incluso, se ha visto que el temperamento afectivo ciclotímico y los síntomas del espectro bipolar son así mismo factores relacionados y predictivos de la comorbilidad TB + TLP. Perugi (2012) ya argumentaba que los temperamentos afectivos tienen impacto en la severidad de los trastornos afectivos y en los trastornos de la personalidad; los resultados de este estudio son un aporte a esta perspectiva, considerando la comorbilidad como una señal de mayor gravedad psicopatológica.

El concepto de trastorno bipolar fue conocido durante el siglo XX como psicosis maniaco-depresiva, acuñado por Kraepelin. Dentro de esta categoría Kraepelin también había incluido a los episodios alternantes de exaltación de menor intensidad (hipomanía) y a sujetos con temperamento ciclotímico, irritable, depresivo e hipertímico (anteriormente maniaco). Las clasificaciones de los trastornos del ánimo, particularmente del TB son más restrictivas en la actualidad (en los manuales de mayor uso como el DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10), dejando afuera casos subumbrales que bien podrían ubicarse dentro del espectro maniaco-depresivo.

En las últimas décadas se ha retomado el concepto de temperamento afectivo para explorar los episodios subclínicos en los trastornos del ánimo. El temperamento afectivo se define como manifestaciones sintomatológicas subafectivas premórbidas del espectro bipolar (Apfelbaum et al., 2013).

Vázquez y Akiskal (2005) consideran que la evaluación del temperamento es útil no sólo para la detección precoz de un trastorno afectivo, sino un diagnóstico en sí mismo con la gravedad suficiente para considerarse un problema de salud. Desde este abordaje los temperamentos son considerados enfermedades afectivas de menor severidad. Por ejemplo, existen personas con temperamento ciclotímico que oscilan entre episodios subdepresivos y episodios hipomaniacos con una gravedad insuficiente para cumplir criterio diagnóstico pero suficiente para causar disfunción física, psicológica o social. El temperamento hipertímico (manifestación de rasgos hipomaniacos permanentes) se presenta habitualmente con episodios depresivos breves que en conjunto presentan un cuadro sin criterio diagnóstico pero con severidad importante. El temperamento hipertímico ha sido asociado al trastorno bipolar y suele considerarse “anormal” al presentarse con episodios depresivos breves y recurrentes.

Dentro del espectro bipolar se encuentran las depresiones instaladas sobre temperamentos ciclotímicos e hipertímicos. En base a ésta y otras características de trastornos del ánimo atípicos, diversos estudios sugieren que los temperamentos afectivos forman parte de las afecciones dentro del espectro bipolar. El temperamento afectivo sería el polo extremo a la psicosis maniaco-depresiva dentro del espectro bipolar. En el espectro bipolar, basado en el concepto de enfermedad maniaco-depresiva de Kraepelin, el extremo de mayor severidad llega a la psicosis y de menor severidad a los temperamentos afectivos. Para Vázquez y Akiskal (2005) los temperamentos



afectivos son los cimientos sobre los que se construyen los trastornos del ánimo mayores.

No obstante, en el presente estudio se ha mostrado que si bien el temperamento afectivo está relacionado con los trastornos del ánimo y el espectro bipolar, también ha presentado una asociación importante con el TLP. Incluso, se ha encontrado que la presencia conjunta de un temperamento afectivo con conductas parasuicidas, síntomas del espectro del ánimo y edad temprana de inicio de síntomas está relacionada a una mayor gravedad del cuadro y a la comorbilidad TB + TLP. Esto implica que si bien la evaluación del temperamento es importante como indicador preventivo de un trastorno afectivo, la evaluación de la intensidad del temperamento afectivo ante la presencia de un TB o un TLP podría ser indicativa de comorbilidad y del grado de severidad.

### **14.3. La comorbilidad como indicador de estadio avanzado del cuadro psicopatológico.**

Berk et al. (2007) han sugerido que la comorbilidad es un indicador de la etapa evolutiva del TB. Esto es avalado por el modelo de estadios, propuesto por varios autores, que consiste en marcar la gravedad del TB estadificándola. Algunos investigadores sugieren que la comorbilidad en adultos es un estadio avanzado de tipo bipolar manifestado en su inicio como TLP. Sin embargo, otros la consideran una manifestación fenotípica compleja y polimórfica de ambos trastornos de forma simultánea (Goldberg y Garno, 2009).

El modelo de estadios propone que las variables clínicas sean evaluadas de forma longitudinal, valorando así la comorbilidad, el funcionamiento, la neurocognición y los marcadores biológicos inter-episódicos, como estadios de la evolución del trastorno. Kapczinski et al. (2009) han presentado un modelo clínico de estadios del TB

asociado al grado de deterioro funcional, presencia de marcadores biológicos y severidad del cuadro en su evaluación longitudinal.

Comprender la comorbilidad como una etapa evolutiva del cuadro patológico facilita la comprensión de los mecanismos que lo subyacen, el conocimiento de su progreso y la planificación del tratamiento. El TLP como grupo diagnóstico de la presente muestra fue significativamente menor en edad, en comparación a los demás grupos. Es necesario estudiar la evolución del TLP en relación al TB y su comorbilidad para determinar si ambos son parte de un mismo fenómeno psicopatológico con expresiones clínicas diferentes a lo largo de su evolución.

Varios trabajos han mostrado que en la comorbilidad del TB con trastornos de la personalidad del grupo B se presenta mayor labilidad afectiva, impulsividad, ansiedad, depresión y hostilidad, más rasgos del temperamento afectivo, edad de inicio más temprana e incluso una menor respuesta al tratamiento (Akiskal y Vázquez, 2006; Bowden y Maier, 2003; Goldberg y Garno, 2009; Rosso, Albert, Bogetto y Maina, 2009). También se ha reportado que en la comorbilidad con el TLP en particular, el TB muestra significativamente más rasgos de temperamento ciclotímico, ciclo rápido y estados mixtos (MacKinnon y Pies, 2006; Schneck et al., 2008). El TLP presenta mayor labilidad afectiva en la comorbilidad en comparación a cuando cada trastorno se presenta solo (Henry et al., 2001; Nilsson et al., 2010).

Por otro lado, se han identificado factores característicos en la comorbilidad TB + TLP, tales como abuso de sustancias, historia de trauma y de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia, mayor tasa de abandono de tratamiento, tanto psicoterapéutico como farmacológico, en comparación a los diagnosticados con TB o TLP exclusivamente. El incremento del riesgo de suicidio es uno de los aspectos más graves de la comorbilidad y tiene implicaciones pronósticas importantes.

Vieta et al. (2000) compararon 20 pacientes con comorbilidad TB II + TLP, con igual cantidad de pacientes con TB II solamente. Encontraron mayor cantidad de pacientes con intento de suicidio (45%,  $p = 0.003$ ) o ideación suicida (74%,  $p = 0.003$ ) en los que tenían comorbilidad que en los pacientes sin comorbilidad. Es decir, el riesgo de suicidio es mayor aún al ya elevado riesgo asociado al TB en los pacientes con TB + TLP. Es probable que la comorbilidad explique en gran parte la heterogeneidad de la evolución, funcionamiento y respuesta al tratamiento en el TB.

Del presente estudio se ha podido constatar que la comorbilidad TB + TLP está relacionada al nivel de gravedad del cuadro y a mayor presencia de sintomatología disfuncional. Para investigaciones futuras sería importante evaluar si la comorbilidad sostiene una relación con la cantidad de años que los sujetos han presentado síntomas y si sostiene correlación con el progreso del cuadro psicopatológico.

#### **14.4. Evaluación topográfica y sistemática de la comorbilidad: Elementos diferenciales.**

La controversia sobre el significado de la comorbilidad del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad permanece inconclusa. Aún no es posible determinar si la comorbilidad representa en realidad dos condiciones biológicas independientes, marcadores de riesgo como antecedentes, subtipos de trastornos bipolares o simplemente síntomas que se solapan debido a la imperfección taxonómica.

El estudio topográfico ha permitido abordar la controversia desde un lugar que facilite la resolución de un conflicto aparentemente truncado. En la literatura científica ha sido posible detectar conjuntos de factores cognitivos, conductuales y afectivos de cada cuadro psicopatológico y elementos diferenciales entre ellos, tales como temperamento afectivo, ciclo del ánimo, rasgos de la personalidad, diversos síntomas

clínicos relacionados e incluso respuesta al tratamiento, tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico.

En el presente estudio se ha partido del objetivo de identificar elementos diferenciales entre los diagnósticos en controversia incluyendo la comorbilidad TB + TLP como entidad separada. Los resultados encontrados nos muestran que no sólo existen ciertos elementos diferenciales entre el TB y el TLP, sino que en la comorbilidad ambos trastornos se alteran de formas específicas. Por esta razón, se considera fundamental profundizar en el estudio de la comorbilidad TB + TLP tomando en cuenta que evaluarla ha mostrado beneficios en distintos aspectos. Por ejemplo, el estudio de la comorbilidad ha resultado ser útil para diferenciar la depresión unipolar de la depresión bipolar, indicando que la presencia de rasgos de TLP en un episodio depresivo puede ser un indicio de que se trate de una depresión bipolar (Smith et al., 2005; Swartz et al., 2005).

Evaluar el eje II ante la presencia de trastornos bipolares es importante debido a que afecta negativamente el curso del TB, en términos de tiempo para alcanzar la recuperación, la severidad de los síntomas residuales, número de medicamentos prescritos y abuso de sustancias (Henry et al., 2001). En resumen, de investigaciones previas y de los hallazgos de la presente investigación se sugiere evaluar sistemáticamente los componentes de la comorbilidad TB + TLP que han mostrado ser característicos de ella, tales como el temperamento afectivo, los rasgos de la personalidad, síntomas del espectro bipolar y tener en cuenta la edad de inicio, la frecuencia y gravedad de las autolesiones e intentos de suicidio, así como de los internamientos hospitalarios. Esto puede facilitar la identificación del diagnóstico y la eficacia en el tratamiento del TB, el TLP y los trastornos comórbidos, además de

optimizar el diagnóstico diferencial, la detección de la etapa evolutiva del trastorno y el estudio científico de los dos trastornos en cuestión.

Varios instrumentos de evaluación han sido desarrollados y validados en los últimos años, para evaluar concretamente la idiosincrasia de la inestabilidad afectiva en los trastornos del ánimo. Dichos instrumentos permiten resaltar los elementos cognitivos, afectivos y conductuales del estado de ánimo así como distinguir si ciertos factores corresponden a estados o rasgos de la personalidad. Es posible que algunos pacientes con TLP muestren patrones cognitivos y afectivos diferentes a los de otros trastornos de la personalidad del grupo B y de trastornos del ánimo.

Dentro del contexto creado por la investigación de la comorbilidad, la comorbilidad TB + TLP podría enmarcarse dentro de los conceptos clásicos de bipolaridad de Kraepelin (1921) y Kretschmer (1947), quienes entonces percibían los trastornos afectivos como una amplia gama de estados diversos. En la actualidad, esta concepción es conocida por “espectro bipolar” y toma en cuenta a los cuadros afectivos en dimensiones de evolución, severidad y topografía. Dentro de este marco, la comorbilidad TB + TLP puede estar señalando un estadio más grave del trastorno bipolar. Sin embargo, no se está proponiendo que el TLP deje de existir como entidad nosológica, ya que también continúa manifestándose de forma aislada, pero sí es importante resaltar que cuando se manifiesta de forma comórbida con un trastorno bipolar puede estar señalando el nivel de gravedad del cuadro, el estadio o también puede estar indicando ser una identidad nosológica independiente dentro del espectro bipolar.

De lo encontrado en revisiones bibliográficas se ha propuesto que la desregulación emocional en personas con TLP y el ciclo rápido de personas diagnosticadas con TB comparten una misma base fenomenológica. En lo que respecta

a los hallazgos de esta investigación, se han detectado tres elementos diferenciales que funcionan como marcadores para la detección de la comorbilidad: temperamento afectivo, grupo de rasgos de la personalidad y grado de severidad (detectada en la edad de inicio, años de enfermedad, internamientos, autolesiones e intentos de suicidio). Por lo tanto, pueden ser considerados elementos topográficos para ser evaluados sistemáticamente ante la presencia de un trastorno de tipo bipolar y un trastorno de la personalidad de tipo límite.

#### **14.5. La comorbilidad como entidad nosológica.**

A lo largo del presente trabajo se ha abordado la polémica sobre lo que implica el solapamiento topográfico del TLP y el TB y su frecuente comorbilidad. Se han repasado las diferentes posturas, tanto teóricas como empíricas, respecto a la sustentabilidad de ambos trastornos como entidades separadas. Así mismo, se ha señalado el estancamiento de esta polémica debido a que no se ha logrado confirmar ninguna postura teórica o empírica. Por lo tanto, a raíz de los objetivos del presente estudio, su desarrollo y lo encontrado, se propone como consideración para el futuro de esta línea de investigación, estudiar la comorbilidad como entidad nosológica e independiente, más allá de su clasificación diagnóstica. Se sugiere continuar los esfuerzos por identificar los elementos correspondientes a los trastornos bipolares, el TLP y su comorbilidad, sin tratar de encasillarlos a uno u otro como diagnóstico primario. Se recomienda dar espacio a la comorbilidad TB + TLP como síndrome en sí y seguir estudiándolo e identificando características propias, rasgos o aspectos dimensionales.

La conclusión final respecto al estudio de la comorbilidad TB + TLP como entidad nosológica apunta a que la comorbilidad se da cuando destacan componentes

dimensionales. El temperamento afectivo, la impulsividad, los intentos de suicidio y los internamientos son factores dimensionales; por dimensión haciendo referencia a aspectos de frecuencia e intensidad de los síntomas. Como ejemplo esta investigación se formuló para que se evaluaran los factores de los trastornos con los que el TLP y TB muestran comorbilidad y explorar los factores o elementos que existen asociados.

Dentro de las consideraciones para el futuro del estudio sobre el diagnóstico diferencial entre el TLP y el TB, así como su comorbilidad, se destacan dos sugerencias. En primer lugar, se propone considerar o conceptualizar la comorbilidad TB + TLP como entidad nosológica tanto para la investigación como para la evaluación clínica. Para la investigación, se propone realizar futuros estudios que exploren más elementos específicos de la comorbilidad. Para la práctica clínica, se sugiere estudiar los tratamientos que han demostrado ser útiles específicamente en la comorbilidad, ya sean psicoterapéuticos y/o farmacológicos.

En segundo lugar, se considera importante que ante el cumplimiento diagnóstico de un trastorno bipolar o un trastorno de la personalidad de tipo límite, se evalúen además, y de forma sistemática, los factores que han mostrado ser marcadores de comorbilidad. Incluso, se sugiere hacerlo aplicando herramientas que han resultado ser útiles para detectar los factores indicativos de comorbilidad TB + TLP, como el temperamento afectivo, los rasgos de la personalidad y la severidad. Se proponen como métodos concretos para evaluar los cuadros patológicos a nivel dimensional y determinar su nivel de gravedad.

Independientemente de que el TLP deba clasificarse o no como una variante de los trastornos bipolares, se ha mostrado que cuando se presenta de forma comórbida manifiesta características distintivas de cuando cada uno se presenta como único cuadro. Por lo tanto, para detectar la comorbilidad tan a menudo dada es necesario

mantener, al menos de forma provisoria, la identidad del TLP como entidad separada de los trastornos del espectro del animo, así como mantener la identidad de los trastornos bipolares delimitándola de características específicas del TLP.

De esta forma, será posible buscar la comorbilidad TB + TLP como un cuadro psicopatológico en sí para el correcto diagnóstico y como consecuencia mayor eficacia en el tratamiento. Considerar la comorbilidad del TB + TLP como entidad nosológica ha demostrado ser de gran utilidad para analizar los componentes que alberga y para determinar cómo y con qué prioridad actuar sobre ellos. Finalmente, si contemplamos la comorbilidad como entidad nosológica se podrá seguir evaluando si es posible delimitar el diagnóstico Trastorno Bipolar del Trastorno Límite de la Personalidad, acercándonos a comprender cada vez más la constitución de cada uno de ellos.



## XV. REFERENCIAS

- Agius, M., Lee, J., Gardner, J., & Wotherspoon, D. (2012). Bipolar II disorder and borderline personality disorder: Co-morbidity or spectrum? *Psychiatria Danubina*, 24, Suppl 1, 197-201.
- Akiskal, H.S. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (6), 401-7.
- Akiskal, H.S. (2003). Validating 'hard' and 'soft' phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? *Journal of Affective Disorders*, 73, 1-5.
- Akiskal, H.S. (2002). The bipolar spectrum - the shaping of a new paradigm in psychiatry. *Current Psychiatry Reports*, 4, 1-3.
- Akiskal, H.S. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 393 Suppl, 66-73.
- Akiskal, H.S. (1995a). Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 754-763.
- Akiskal, H.S. (1995b). Toward a temperament-based approach to depression: Implications for neurobiological research. En Gessa G.L., Fratta, W., Pani, L., & Serra, G. (1995). *Depression and Mania. From neurobiology to treatment*. NY: Raven Press.
- Akiskal, H.S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (379) Suppl, 32-37.
- Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 140, 11-20.

- Akiskal, H.S., & Benazzi, F. (2003). Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. *Journal of Affective Disorders*, 73, 113 – 122.
- Akiskal, H.S., & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 22 (3), 517-534.
- Akiskal, H.S., & Mallya, G. (1987). Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 68-73.
- Akiskal, H.S., & Vázquez, G.H. (2006). Expanding the frontiers of bipolar disorders: validating the spectrum concept. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 17, 340-346.
- Akiskal, H.S., Kilzieh, N., Maser, J., Clayton, P., Schettler, P.J., Shea, T., Endicott, J., ... Keller, M.B. (2006a). The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 92 (1), 19-33.
- Akiskal, H.S., Akiskal, K.K., Perugi, G., Toni, C., Ruffolo, G., & Tusini, G. (2006b). Bipolar II and anxious reactive "comorbidity": Toward better phenotypic characterization suitable for genotyping. *Journal of Affective Disorders* 96 (3), 239-247.
- Akiskal, H.S., Akiskal, K.K., Haykal, R.F., Manning, J.S. & Connor, P.D. (2005a). TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical versión of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Auto questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 85 (1-2), 3-16.
- Akiskal, H.S., Mendlowicz, M.V., Girardin, J.L., Rapaport, M.H., Kelsoe, J.R., Gillin, J.C., & Smith, T.L. (2005b). TEMPS-A: validation of a short versión of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*, 85, 45-52.

- Akiskal, H.S., Hantouche, E.G., & Allilaire, J.F. (2003). Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "Dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *Journal of Affective Disorders*, 73 (1-2), 49-57.
- Akiskal, H. S., Placidi, G. F., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Maremmani, I, Mallya, G., & Puzantian, V. R. (1998). TEMPS I. Delineating the most discriminant traits of cyclothymic, depressive, irritable, and hyperthymic temperaments in a non-patient population. *Journal of affective disorders*, 51, 7-19.
- Akiskal, H.S., Khani, M.K. & Scott-Strauss, A. (1979). Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatry Clinics of North America*, 2, 527-54.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC & London, England: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2011). *DSM-5 Development. Personality and Personality Disorders*. Última versión actualizada del 21 de junio de 2011, de <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=17#>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andión, O., Ferrer, M., Calvo, N., Gancedo, B., Barral, C., Di Genova, A., Arbos, M.A., Torrubia, R., & Casas, M. (2013). Exploring the clinical validity of borderline personality disorder components. *Comprehensive Psychiatry*, *54* (1), 34-40.
- Angst, J. (2007a). The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 189-191.
- Angst, J. (2007b). "Problems in diagnosing bipolar disorder": Author's reply. *The British Journal of Psychiatry*, *190*, 537.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 143-151.
- Angst, J., & Gamma, A. (2002). A new bipolar spectrum concept: a brief review. *Bipolar Disorders*, *4* (1), 11-14.
- Angst, J., & Merikangas, K. (1997). The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *Journal of Affective Disorders*, *45*, 31-40.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rossler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, *73*, 133-146.

- Antoniadis, D., Samakouri, M., & Livaditis, M. (2012). The Association of Bipolar Spectrum Disorders and Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 83 (4), 449-65.
- Apfelbaum, S., Regalado, P., Herman, L., Teitelbaum, J., & Gagliesi, P (2013) .La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 41 (5), 269-278.
- Apfelbaum, S., Regalado, P., Herman, L., & Gagliesi, P. (2014 *en progreso*). Aumento de la sensibilidad en la detección de trastornos bipolares con el MDQ y el BSDS utilizando los criterios del espectro bipolar. *Artículo en proceso de publicación*.
- Askenazi, M., & Casullo, M.M. (1984). Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 30, 11-20.
- Azorin, J.M., Kaladjian, A., Adida, M., Hantouche, E. Hameg, A., Lancrenon, S., & Akiskal, H.S. (2009). Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: Findings from a French national cohort. *Comprehensive Psychiatry*, 50 (2), 115-120.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., & Hennen, J. (2003). Treatment-latency and previous episodes: relationships to pretreatment morbidity and response to maintenance treatment in bipolar I and II disorders. *Bipolar Disorders*, 5 (3), 169-79.
- Ball, S.A., Rounsaville, B.J., Tennen, H., & Kranzler, H.R. (2001). Reliability of personality disorder symptoms and personality traits in substance-dependent inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 341-52.

- Barrantes, N., Colom, F., & Claridge, G. (2001). Temperamento y personalidad en los trastornos bipolares. En Vieta, E. (2001). *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Barroilhet, S., Vöhringer, P. A., & Ghaemi, S. N. (2013). Borderline versus bipolar: Differences matter. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128* (5), 385-386.
- Bayes, A., Parker, G., & Fletcher, K. (2014). Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, *27* (1), p.14.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Benazzi, F. (2007). Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, *21* (9), 727-740.
- Benazzi, F. (2006a). Borderline personality--bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *30* (1), 68-74.
- Benazzi, F. (2006b). Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder? *European Psychiatry*, *21* (4), 274-279.
- Benazzi, F., & Akiskal, H.S. (2005). A downscaled practical measure of mood lability as a screening tool for bipolar II. *Journal of Affective Disorders*, *84* (2-3), 225-232.
- Berk, M., Conus, P., Lucas, N., Hallam, K., Malhi, G.S., Dodd, S., Yatham, L.N., ... McGorry, P. (2007). Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *9*, 671-678.

- Berrocal, C., Ruiz-Moreno, M., Merchán, P., Mansukhani, A., Rucci, P., & Cassano, G.B. (2006). The Mood Spectrum Self-Report: validation and adaptation into Spanish. *Depression and Anxiety*, 23 (4), 220-35.
- Biskin, R.S., & Paris, J., (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 184 (16), 1789-94.
- Blechert, J., & Meyer, T.D. (2005). Are measures of hypomanic personality, impulsive nonconformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (1), 15-27.
- Bolton, S., & Gunderson, J.G. (1996). Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. *American Journal of Psychiatry*, 153 (9), 1202-7.
- Bowden, C., & Maier, W. (2003). Bipolar disorder and personality disorder. *European Psychiatry*, 18, 9s-12s.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Cabrera, J. (2006). La comorbilidad en el eje II en pacientes con trastorno Bipolar. En Correa, E., Silva, H., & Risco, L. (2006). *Trastornos bipolares*. Ed.: Mediterráneo. Santiago-Buenos Aires.
- Cabrera, J. (2000). Depresión: Una mirada integrativa. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 17, 133-142.
- Calati, R., Giegling, I., Rujescu, D., Hartmann, A.M., Möller, H.J., De Ronchi, D., & Serreti, A. (2008) Temperament and character of suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (11), 938-945.
- Cardoso de Almeida, J.R., & Phillips, M.L. (2013). Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: Current and future clinical and neuroimaging perspectives. *Biological Psychiatry*, 73 (2), 111-118.

- Cassano, G.B., Dell'Osso, L., Frank, E., Miniati, M., Fagiolini, A., Shear, K., Pini, S., & Maser, J. (1999). The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *Journal of Affective Disorders*, 54 (3), 319-28.
- Cassano, G.B., Akiskal, H.S., Savino, M., & Musetti, L. (1992). Proposed subtypes of Bipolar II and related disorders: With hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *Journal of Affective Disorders*, 26 (2), 127-140.
- Cervera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Panamericana.
- Chapman, A.L., Derbidge, C.M., Cooney, E., Hong, P., & Linehan, M.M. (2009). Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23 (2), 122-140.
- Clarkin, J.F., Hull, J.W., & Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137-143.
- Clarkin, J.F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1992). *Trastorno límite de la personalidad*. Guilford Press.
- Clayton, P.J. (1981). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 31-43.
- Cloninger, C.R. (1999). *Personality and Psychopathology*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Conti, N.A. Vázquez, G., & Cetkovich-Bakmas, C.G. (2007). Los temperamentos afectivos en el trastorno bipolar. En Akiskal, H.S. Cetkovich-Bakmas, C.G., García-Bonetto, G., Strejilevich, S.A. & Vázquez, G. *Trastornos Bipolares:*



- conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos* (2007). Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Correa, E., Silva, H., & Risco, L. (2006). *Trastornos Bipolares*. Santiago, Chile: Ed. Mediterráneo.
- Dell'Osso, L., Armani, A., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Corretti, G., Shear, M.K., ... Cassano, G.B. (2002). Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (1), 69-73.
- Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, J., Austria, B., & Kissilenko, A. (2001). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *Journal of Affective Disorders*, 67 (1-3), 221-228.
- Dolenc, B. (2010). Affective temperaments and trait impulsivity in the group of bipolar outpatients and healthy volunteers: Could it also be relevant in the early diagnostic picture of bipolar mood disorder? *Review of Psychology*, 17 (2), 91-95.
- Eftekhari, M., & Shabani, A. (2006). Borderline personality disorder is not a subtype of bipolar disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15 (2), 147-158.
- Ekinci, O., Albayrak, Y., Ekinci, A.E., & Caykoylu, A. (2011). Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 190 (2-3), 259-264.
- Ekselius, L., Lindstrom, E., von Knorring, L., Bodlund, O., & Kullgren G. (1994). SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (2), 120-3.

- El-Mallak, R.S. & Ghaemi, S.N. (2008). *Depresión bipolar. Guía completa*. Barcelona: Ars Medica.
- Fagiolini, A., Dell'Osso, L., Pini, S., Armani, A., Bouanani, S., Rucci, P., Cassano, G.B., ... Frank, E. (1999). Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI MOODS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 8, 71-81.
- Faravelli, Z., Degl'Innocenti, B.G., Aiazzi, L., Incerpi, G., & Pallanti, S. (1996). Cross national epidemiology of mayor depression and bipolar disorder. *Journal of American Medical Association*, 276, 293-299.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV*. Instituto IAP.
- Ferraz, L., Vázquez, M., Navarro, J.B., Gelabert, E., Martín-Santos, R., & Subira, S. (2009). Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 46 (2), 140-146.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de La Personalidad del eje II del DSM-IV (SCID – II)*. Masson: Barcelona.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de La Personalidad del eje II del DSM IV (SCID – II)*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.

- Fletcher, K., Parker, G., Barrett, M., Synnott, H., & McCraw, S. (2012). Temperament and personality in bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders, 136* (3), 304-309.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., & Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry, 40*, 72-79.
- Frye, M. A. (2011). Clinical practice. Bipolar disorder -- a focus on depression. *English Journal of Medicine, 364* (1), 51-9.
- Galione, J., & Zimmerman, M. A. (2010). Comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: Implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *Journal of Personality Disorders, 24* (6), 763-772.
- Galvão, F., Sportiche, S., Lambert, J., Amiez, M., Musa, C., Nieto, I., Dubertret, C., & Lepine, J.P. (2013). Clinical differences between unipolar and bipolar depression: Interest of BDSR (bipolar depression rating scale). *Comprehensive Psychiatry, 54* (6), 605-610.
- Gandotra, S., Ram, D., Kour, J., & Praharaj, S.K. (2011). Association between affective temperaments and bipolar spectrum disorders: Preliminary perspectives from a controlled family study. *Psychopathology, 44* (4), 216-224.
- Gandotra, S., & Paul, S. E. (2004). Affective Temperaments and Polarity in Bipolar I Disorder: Relationship and Predictive Value. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 14* (4), 15-23.
- García-Álvarez, G. (1986). Epidemiology of depression in Latinamerica. *Psychopathology, 19* (2), 22-25.

- Geller, B., Zimmerman, B., & Williams, M. (2002). DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *12*, 11-25.
- Geller, B., Zimmerman, B., & Williams, M. (2001). Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 125-127.
- Ghaemi, S.N. What is me? What is bipolar? (2013a). *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *20* (1), 67-68.
- Ghaemi, S.N. (2013b). Against 'pragmatism' in DSM/ICD: A commentary on prodromal psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127* (3), 253.
- Ghaemi, S.N. (2013c). *On depression: Drugs, diagnosis, and despair in the modern world*. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.
- Ghaemi, S.N. (2008). Why antidepressants are not antidepressants: STEP-BD, STAR\*D, and the return of neurotic depression. *Bipolar Disorders*, *10* (8), 957-68.
- Ghaemi, S.N., Vöhringer, P.A., & Vergne, D.E. (2012). The varieties of depressive experience: Diagnosing mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *35* (1), 73-86.
- Ghaemi, S.N., & Vöhringer, P.A. (2011). The heterogeneity of depression: An old debate renewed. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124* (6), 497.
- Ghaemi, S.N., Miller, C.J., Douglas, A.B, Klugman, J., Rosenquist, K.J., & Pies, R.W. (2005). Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Journal of Affective Disorders*, *84* (2-3), 273-7.

- Ghaemi, S.N., Ko, J.Y., & Goodwin, F.K. (2002). "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (2), 125-34.
- Ghaemi, S.N., & Goodwin, F.K. (2001). The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 287-297.
- Ghaemi, S.N., Sachs, G.S., Chiou, A.M., Pandurangi, A.K., & Goodwin, K. (1999). Is bipolar disorder still under diagnosed? Are antidepressants over utilized? *Journal of Affective Disorders*, 52 (1-3),135-144.
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A.M., Calati, R., Möller, H.J., Rujesca, D., & Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (16), 1262-1271.
- Goldberg, J.F., & Garno, J.L. (2009). Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 11 (2), 205-208.
- Goldberg, L.R. (1990). An alternative description of personality, The big five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-29.
- Goldman, H., Gatozzi, A., & Taube, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Community Psychiatry*, 31, 21.
- González Vives, S., Díaz-Marsa, M., Fuentenebro, F., López-Ibor Aliño, J.J., & Carrasco, J.L. (2006). Historical review of the borderline personality disorder concept. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34 (5), 336-43.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression (Vol. I)*. EE.UU.: Oxford University Press.
- Goto, S., Terao, T., Hoaki, N., & Wang, Y. (2011). Cyclothymic and hyperthymic temperaments may predict bipolarity in major depressive disorder: A supportive

- evidence for bipolar III/2 and IV. *Journal of Affective Disorders*, 129 (1-3), 34-38.
- Gravetter, F.J., & Wallnau, L.B. (2004). *Statistics for the behavioral sciences (6th edn)*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Grilo, C.M., Becker, D. F., Fechon, D.C., Walker, M.L., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1996). Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1089-91.
- Grinker, R.R., Werble, B., & Drye, R.C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of egofunctions*. New York: Basic Books.
- Gruenberg, A.M., & Goldstein, R.D. (2005). Evaluación multiaxial en el siglo XXI. En Phillips, K.A., First, M.B., & Pincus, H.A. (2005). *Avances en el DSM: Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Masson.
- Gunderson, J. G. (2009). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Madrid: Aula Médica.
- Gunderson, J.G., Weinberg, I., Daversa, M.T., Kueppenbender, K.D., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E., ... Dyck, I. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1173-8.
- Hantouche, E.G., & Akiskal, H. S. (2006). Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: Which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder? *Journal of Affective Disorders*, 96 (3), 233-237.
- Hantouche, E.G., Angst, J., & Akiskal, H.S. (2003). Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 73, 39-47.

- Henry, K., & Cohen, C. (1983). The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *140*, 1527-9.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A.S., Koeinsberg, H.W., & Siever, L.J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, *35* (6), 307-312.
- Henry, C., Lacoste, J., Bellivier, F., Verdoux, H., Bourgeois, M.L., & Leboyer, M. (1999). Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *Journal of Affective Disorders*, *56* (2-3), 103-8.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herpertz, S.C. (2005). A Temperamental Model of Borderline Personality Disorder and Its Implications for Psychotherapy. *Psychopathology*, *38* (2), 53-55.
- Hirschfeld, R.M., Cass A.R., Holt, D.C., & Carlson, C.A. (2005). Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *Journal of the American Board of Family Practice*, *18* (4), 233-9.
- Hirschfeld, R.M., Calabrese, J.R., Weissman, M.M., Reed, M., Davies, M.A., Frye, M.A., Keck, P.E. Jr., ... Wagner, K.D. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64* (1), 53-9.
- Hirschfeld, R.M., Williams, J.B., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E. Jr, Lewis, L., ... Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, *157* (11), 1873-5.
- Hopwood, C.J., Thomas, K.M., & Zanarini, M.C. (2012). Hyperbolic temperament and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, *6* (1), 22-32.

- Hosang, G.M., Korszun, A., Jones, L., Jones, I., McGuffin, P., & Farmer, A.E. (2012). Life-event specificity: Bipolar disorder compared with unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry*, *201* (6) 458-465.
- Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the Personality Disorder Examination. *Journal of Personality Assessment*, *65* (3), 428-33
- Jayaro, C., De La Vega, I., Bayon-Palomino, C., Díaz-Marsá, M., Montes, A., Tajima, K., López-Ibor, J.J., & Carrasco, J.L. (2011). Depressive-type emotional response pattern in impulsive-aggressive patients with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, *135* (1-3), 37-42.
- Johnson, D.M., Shea, M.T., Yen, S., Battle, C.L. Zlotnick, C., Sanislow, C.A, Grilo, C.M., ... Zanarini, M.C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from a collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 284-292.
- Joyce, P.R., Light, K.J., Rowe, S.L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M.A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44* (3), 250-257.
- Judd, L.L., & Akiskal, H.S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*, *73*, 123-131.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D.A., Leon, A.C., ... Keller, M. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives General Psychiatry*, *59* (6), 530-7.



- Kapczinski, F., Días, W., Kauer-Sant'Anna, M., Brietzke, E., Vázquez, G.H., Vieta, E., & Berk, M. (2009). The potential use of biomarkers as an adjunctive tool for staging bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *33* (8), 1366–1371.
- Kendler, K.S. (2009). An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine*, *39*, 1935-1941. doi: 10.1017/S0033291709005753
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *15*, 641-85.
- Kerr-Correa, F., Souza, L.D., & Calil, H.M. (1998). Affective disorders, hospital admissions, and seasonal variation of mania in a subtropical area, southern hemisphere. *Psychopathology*, *31*, 265-269.
- Kesebir, S., Vahip, S., Akdeniz, F., Yüncü, Z., Alkan, M., & Akiskal, H.S. (2005). Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: *A controlled study*. *Journal of Affective Disorders*, *85* (1-2), 127-133.
- Kilzieh, N., & Akiskal, H. S. (1999). Rapid-cycling bipolar disorder: An overview of research and clinical experience. *Psychiatric Clinics of North America*, *22* (3), 585-607.
- Kochman, F. J., Hantouche, E. G., Ferrari, P., Lancrenon, S., Bayart, D., & Akiskal, H.S. (2005). Cyclothymia temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *85* (1-2), 181-189.

- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2012). *La brecha terapéutica en la atención de salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Kraepelin, E. (1996). *La locura maniaco-depresiva*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: Limestone.
- Kretschmer, E. (1947). *Constitución y Caracter*. Barcelona: Ed. Labor.
- Kupfer, D.J., First, M.B., & Regier, D.E. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lai, L., Piraba, S., Pinna, F., & Carpiello, B. (2011). Detection of comorbidity with borderline personality disorder in patients with bipolar disorder. *Italian Journal of Psychopathology*, 17 (1), 54-61.
- Linehan, M. (1995). *Comprendiendo el trastorno límite de la personalidad: Manual sobre el enfoque dialéctico*. Nueva York: Guilford Press.
- Livesley, W. J. (2005). Dilemas diagnósticos en la clasificación de los trastornos de la personalidad. En Phillips, K.A., First, M.B., & Pincus, H.A. (2005). *Avances en el DSM: Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Masson.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K.L. (1994) Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6 -17.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18 (1), 75-79.
- Loranger, A.W., Janca, A., & Santorius, N. (2007). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge University Press. Cambridge, New York, Cape town, Madrid, San Pablo; edición digital.

- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., & Berger, P. (1994). The international personality disorder examination. The World Health Organization/alcohol, drug abuse and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 215-224.
- Loranger, A.W., Susman, V.L., Oldham J.M. & Russakoff, L.M. (1987). The Personality Disorder Examination: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, *1*,1-13.
- Luca, M., Luca, A., & Calandra, C. (2012). Borderline Personality Disorder and Depression: An Update. *Psychiatric Quarterly*, *83*, 281–292. doi: 10.1007/s11126-011-9198-7
- Mckinnon, M.C., Cusi, A. M., & Macqueen, G. M. (2010). Psychological factors that confer risk for bipolar disorder. *Psichiatrica*, *51* (4), 281-292.
- MacKinnon, D.F., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*, *8* (1), 1–14.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, *11* (3), 279-84.
- Maggio, J.L. (2012). El trastorno límite de la personalidad y la bipolaridad. Buenos Aires: Salerno.
- Maina, G., Salvi, V., Rosso, G., & Bogetto, F. (2010). Cyclothymic temperament and major depressive disorder: A study on Italian patients. *Journal of Affective Disorders*, *121* (3), 199-203.

- Maremmani, I., Akiskal, H. S., Liguori, A., Perugi, G., & Cloninger, R. (2005). The relationship of Kraepelian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *Journal of Affective Disorders, 85* (1-2), 17-27.
- Martinucci, M., Chiesa, M., Taponocco, C., Biagi, A., & Di Fiorino, M. (2011). Borderline personality disorder and bipolar spectrum: preliminary data on temperament and core psychopathological features in a sample of borderline patients. *Italian Journal of Psychopathology, 17* (4), 383-388.
- Maser, J.D., Akiskal, H.S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D., & Layton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32* (1), 10-32.
- Mazzarini, L., Pacchiarotti, I., Colom, F., Sani, G., Kotzalidis, G., Rosa, A.R., Sanna, L., ... Vieta, E. (2009). Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *Journal of Affective Disorders, 119* (1-3), 28-33.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C, Gunderson, J.G., Skodol, A.E., ... Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*, 883-889.
- McLean, E.K., & Liebowitz, J.A. (1989). Towards a working definition of the long-term mentally ill (letter). *Psychiatric Bulletin, 13*, 251-252.
- Mechri, A., Kerkeni, N., Touati, I., Bacha, M., & Gassab, L. (2011). Association between cyclothymic temperament and clinical predictors of bipolarity in recurrent depressive patients. *Journal of Affective Disorders, 132* (1-2), 285-288.

- Miller, C.J., Klugman, J., Berv, D.A., Rosenquist, K.J., & Ghaemi, S.N. (2004). Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *81* (2), 167-71.
- Millon, T. (1999). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Minobe, K., Perales, A., Sogi, C., Wathron, D., Llanos, R., & Sato, T. (1990). Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. *Anales de Salud Mental*, *6*, 9-20.
- Moor, S., Crowe, M., Luty, S., Carter, J., & Joyce, P. (2012). Effects of comorbidity and early age of onset in young people with Bipolar Disorder on self harming behaviour and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, *136* (3), 1212-1215.
- Motovskiy, B., & Pecenak, J. (2013). Psychopathological characteristics of bipolar and unipolar depression—Potential indicators of bipolarity. *Psychiatria Danubina*, *25* (1), 34-39.
- Nivoli, A.M., Murru, A., Pacchiarotti, I., Valenti, M., Rosa, A.R., Hidalgo, D., Viridis, V., Strejilevich, S., Vieta, E. & Colom F. (2014). Bipolar disorder in the elderly: a cohort study comparing older and younger patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Publicación electrónica adelantada a la impreza] doi: 10.1111/acps.12272.
- Nilsson, A.K.K., Jørgensen, C.R., Straarup, K.N., & Licht, R.W. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive Psychiatry*, *51* (5), 486-491.

- Nussbaum, D., & Rogers, R. (1992). Screening Psychiatric Patients for Axis II Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 658-660.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos*. Ginebra: OMS.
- Otoni, G.L., Lorenzi, T.M., & Lara, D.R. (2011). Association of temperament with subjective sleep patterns. *Journal of Affective Disorders*, 128 (1-2), 120-127.
- Pacchiarotti, I., Nivoli, A., Mazzarini, L., Kotzalidis, G., Sani, G., Koukopoulos, A., Scott, J., Strejilevich, S., Sanchez-Moreno, J., Murru, A., Valenti, M., Girardi, P., Vieta, E., Colom, F (2013). The symptom structure of bipolar acute episodes: In search for the mixing link. *Journal of Affective Disorders*, 149 (1-3), 56-66.
- Pacchiarotti, I., Mazzarini, L., Kotzalidis, G.D., Valentí, M., Nivoli, A., Sani, G., Torrent, ... Colom, C. (2011). Mania and depression. Mixed, not stirred. *Journal of Affective Disorders*, 133 (1-2), 105-113.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. NY: Two Penn Plaza.
- Parker, G., Fletcher, K., Barrett, M., Synnott, H., Breakspear, M., Rees, A.M., & Blanch, B. (2011). The impact of detecting bipolar disorder in previously diagnosed unipolar patients at a specialist depression clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (6), 419-422.
- Paris, J. (2013). Borderline personality and bipolar disorder: The limits of phenomenology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128 (5), 384. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12084>
- Paris, J. (2010). Estimating prevalence of personality disorders in the community. *Journal of Personality Disorders*, 24 (4), 405-411.

- Paris, J. (2009). The bipolar spectrum: A critical perspective. *Harvard Review of Psychiatry, 17*, 206-213.
- Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 145– 154.
- Paris, J. (2004). Borderline or Bipolar? Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Spectrum Disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 12* (3), 140-145.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 482-487.
- Peat, J. (2001). *Health science research: A handbook of quantitative methods*. Sydney: Allen & Unwin.
- Perugi, G., Toni, C., Maremmani, I., Tusini, G., Ramacciotti, S., Madia, A., Fornaro, M. & Akiskal, H.S. (2012). The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: A study on bipolar I Italian National sample. *Journal of Affective Disorders, 136* (1-2), 41-49.
- Perugi, G., Angst, J., Azorin, J-M., Bowden, C., Vieta, E., & Young, A.H. (2013a). Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIDGE study. *Journal of Affective Disorders, 144* (1-2), 72-78.
- Perugi, G., Angst, J., Azorin, J-M., Bowden, C., Vieta, E., & Young, A.H. (2013b). The bipolar-borderline personality disorders connection in major depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128* (5), 376-383.

- Perugi, G., & Akiskal, H.S. (2002). The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatry Clinics of North America*, 25 (4), 713-37. En Hagop, S., & Akiskal, M.D. (2008). The Emergence of the Bipolar Spectrum: Validation Along Clinical-Epidemiologic and Familial-Genetic Lines. *Psychopharmacology Bulletin*, 40 (4), 99-115.
- Perugi, G., Toni, C., Traverso, M.C., & Akiskal, H.S. (1999). The role of cyclothymia in atypical depression: Toward a databased reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *Journal of Affective Disorders*, 73 (1-2), 87-98.
- Perugi, G., & Musetti, L. (1990). Gender-mediated clinical features of depressive illness. The importance of temperamental features. *British Journal of Psychiatry*, 157, 835-841.
- Phelps, J., & Ghaemi, S.N. (2012). The mistaken claim of bipolar 'overdiagnosis': solving the false positives problem for DSM-5/ICD-11. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126 (6), 395-401.
- Phillips, K.A., First, M.B., & Pincus, H.A. (2003). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G.B., & Wittchen, H-u. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 425-434.
- Placidi, G.F., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Maremmani, I., & Akiskal, H.S. (1998). The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year students. *Journal of Affective Disorders*, 47, 1-10.



- Plumed, J., & Novella, E.J. (2005). Fundamentos psicodinámicos del trastorno límite de la personalidad. En Cervera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Panamericana.
- Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H., Amore, M., Gonda, X., Innamorati, M., Lester, D., ... Girardi, P. (2012). Temperaments mediate suicide risk and psychopathology among patients with bipolar disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (3), 280-5.
- Preston, G.A., Marchant, B.K., Reimherr, F.W., Trong, R.E., & Hedges, D.W. (2004). Borderline personality disorder in patients with bipolar disorder and response to lamotrigine. *Journal of Affective Disorders*, 79 (1-3), 297-303.
- Reich, D. B., Zanarini, M.C., & Fitzmaurice, G. (2012). Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (3), 230-7.
- Renaud, S., Corbalan, F., & Beaulieu, S. (2012). Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (7), 952-61.
- Robins, L.N., & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York: The Free Press.
- Rosenberger, P.H., & Miller, G.A. (1983). Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 161-169.
- Rosso, G., Albert, U., Bogetto, F., & Maina, G. (2009). Axis II comorbidity in euthymic bipolar disorder patients: No between bipolar I and II subtypes. *Journal of Affective Disorders*, 115, 257-261.

- Röttig, D., Röttig, S., Brieger, P., & Marneros, A. (2007). Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes. *Journal of Affective Disorders, 104* (1-3), 97-102.
- Rounsaville, B.J., Alarcon, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R.E., & Kendler, K.S. (2002). *Basic nomenclature issues for DSM-V, in A Research Agenda for DSM-V*. pp 1-29. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Sachs, G. (2004a). *Managing Bipolar Affective Disorder*. London, UK: Science press Ltd.
- Sachs, G. (2004b). *Manejo del Trastorno Bipolar. Conductas Clínicas Basadas en Evidencia*. Brasil: Science Press, Latinoamérica-Glaxo Smith Kline, pp: 33.
- Sanderson, C., & Clarkin, J.F. (2002). Further use of the NEO-PI-R personality dimensions in differential treatment planning. En Philips, K.A., First, M.B., & Pincus, H.A. (2005). *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Masson.
- Sánchez-Moreno, J., Barrantes-Vidal, N., Vieta, E., Martínez-Aran, A., Saiz-Ruiz, J., Montes, J.M., Akiskal, K. & Akiskal, H.S. (2005). Process of adaptation to Spanish of the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Scale. Self applied versión (TEMPS-A). *Actas Españolas de Psiquiatría, 33*, 325-330.
- Sanislow, C.A., Grilo, C.M., & McGlashan, T.H. (1999). Factor analysis of the DSM-III borderline personality disorder criteria in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1629-1633.
- San Narciso, G.I., Gutiérrez, E., Saíz, P.A., González, M.P., Bascarán, M.T., & Bobes, J. (2000). Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes

- heroinómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Acciones*, 12 (1), 43-56.
- Sarisoy, G., Kaçar, Ö.F., Pazvantoglu, O., Öztürk, A., & Korkmaz, I.Z. (2012). Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with attempted suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (8), 1096-102.
- Savitz, J., van der Merwe, L., & Ramesar, R. (2008). Hypomanic, cyclothymic and hostile personality traits in bipolar spectrum illness: A family-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (11), 920-929.
- Savitz, J., van der Merwe, L., & Ramesar, R. (2008). Dysthymic and anxiety-related personality traits in bipolar spectrum illness. *Journal of Affective Disorders*, 109 (3), 305-311.
- Schneck, C.D., Miklowitz, D.J., Miyahara, S., Araga, M., Wisniewski, S., Gyulai, L., Allen, M., ... Sachs, G. (2008). Evolución prospectiva del trastorno bipolar con ciclos rápidos: resultados del STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 165 (3), 370-377.
- Schwartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- Scott, E.M., Hermens, D.F., Naismith, S.L., Guastella, A.J., De Regt, T., White, D., Lagopoulos, J., & Hickie, I.B. (2013). Distinguishing young people with emerging bipolar disorders from those with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 144 (3), 208-215.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonara, L.I., Keskiner, A., ... Dunbar, G.C. (1997). Reliability and Validity of the M.I.N.I.

- International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Selva, G., Bellver, F., & Cabral, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En Cervera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Panamericana.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., ... Dunbar, G.C. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); versión en español 5.0.0 DSM-IV*. Copyright de los autores 1992, 1994, 1998, 1999.
- Siegel, S., & Castellan, N. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd edn). NY: McGraw-Hill.
- Silk, K.R. (2010). The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *Journal of Personality Disorders*, 24 (1), 25-37.
- Skala, K., Kapusta, N.D., Schlaff, G., Unseld, M., Erfurth, A., Lesch, O.M., Walter, H., Akiskal, K.K., & Akiskal, H.S. (2012). Suicidal ideation and temperament: An investigation among college students. *Journal of Affective Disorders*, 141 (2-3), 399-405.
- Skodol, A.E., Shea, M.T., Yen, S., White, C.N., & Gunderson, J.G. (2010). Personality disorders and mood disorders: perspectives on diagnosis and classification from studies of longitudinal course and familial associations. *Journal of Personality Disorders*, 24 (1), 83-108.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Bender, D.S., ... Stout, R.L. (2005). The Collaborative Longitudinal

- Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19 (5), 487-504.
- Skodol, A.E., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C., ... Oldham, J.M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10 (4), 175-8.
- Skodol, A. Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., Siever, L.J. (2002). The Borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Skodol, A.E., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C., Zanarini, M.C., Dyck, I.R., & Oldham, J.M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10 (4), 175-8.
- Smith, D.J., & Craddock, N. (2011). Unipolar and bipolar depression: Different or the same? *The British Journal of Psychiatry*, 199 (4), 272-274.
- Smith, D.J., & Ghaemi, N.S. (2006). Hypomania in clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 110–120.
- Smith, D.J., Muir, W.J., & Blackwood, D.H. (2005). Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorders: a comparison of bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 87 (1), 17-23.
- Smith, D. J., Muir, W.J., & Blackwood, D. H. R. (2004). Is Borderline Personality Disorder Part of the Bipolar Spectrum? *Harvard Review of Psychiatry*, 12(3), 133-139.

- Spearing, M.K., Post, R.M., Leverich, G.S., Brandt, D., & Nolen, W. (1997). Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Research*, *73*, 159-71.
- Stanghellini, G., & Raballo, A. (2007). Exploring the margins of the bipolar spectrum: Temperamental features of the typus melancholicus. *Journal of Affective Disorders*, *100* (1-3), 13-21.
- Stone, M. (2006). Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *163* (7), 1126-1128.
- Strejilevich, S., & Retamal-Carrasco, P. (2003). Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centers in Argentine and Chile. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, *14* (54), 245-52.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J., & Chong, S.A. (2013). Prevalence, correlates, comorbidity and severity of bipolar disorder: Results from the Singapore Mental Health Study. *Journal of Affective Disorders*, *146* (2), 189-196.
- Swartz, W., Pilkonis, P., Frank, E., Proietti, J.M., & Scott, J. (2005). Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disorders*, *7* (2), 192-197.
- Tavormina, G. (2010). The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders. *Psychiatria Danubina*, *22*, Suppl 1, 15-17.
- Torgesen, S., Kringlen, E., & Cramer. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 590-5.
- Vázquez, G-H. (2007). *Trastornos del estado del ánimo. Depresión y bipolaridad*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Polemos.

- Vázquez, G.H., Kahn, C., Schiavo, C.E., Goldchluk, A., Herbst, L. Piccione, M., Saidman, N., ... Akiskal, H.S. (2008). Bipolar disorders and affective temperaments: A national family study testing the "endophenotype" and "sub affective" theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *Journal of Affective Disorders, 108* (1-2), 25-32.
- Vázquez, G.H., Nasetta, S., Mercado, B., Romero, E., Tifner, S., Ramón, M.L., Garelli, V., ... Akiskal, H.S. (2007). Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Spanish psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina. *Journal of Affective Disorders, 100* (1-3), 23-9.
- Vázquez, G.H., & Akiskal, H. (2005). The temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego autoquestionnaire, Argentine version (TEMPS-A Buenos Aires). *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 16* (60), 89-94.
- Vega, W.A., Kolody, B., & Aguilar-Gaxiola, S.A. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural mexican-americans in California. *Archives of General Psychiatry, 55*, 771-778.
- Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)M (ECP). *Revista Médica de Chile, 130*, 102-137.
- Vieta, E., & Valentí, M. (2013). Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education, and research. *Journal of Affective Disorders, 148* (1), 28-36.
- Vieta, E., & Suples, T. (2008). Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disorders, 10*, 163–178.
- Vieta, E., Torrent Font, C., Martínez-Arán, A., Colom Victoriano, F., Reinares Gabnepén, M., Benabarre Hernández, A., Comes Forastero, M., & Goikolea

- Alberdi, J.M. (2002). Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (5), 301-304.
- Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Benabarre, A., Reinares, M., & Gastó, C. (2000). Bipolar disorder II and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (5), 339-343.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P.R., ... Yeh, E.-K. (1996) Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *Journal of American Medical Association*, 276, 293-299.
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14, 109-126.
- Widiger, T.A., Frances, A.J., Pincus, H.A., Ross, R., First, M.B., Davis, W., & Kline, M. (1998). *DSM-IV, Sourcebook*. Washington DC: American Psychiatric Association. pp. 803-44.
- Wilkinson-Ryan, T., & Western, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 528-541.
- Yang, M., Coid, J., & Tyrer, P. (2010). Personality pathology recorded by severity: national survey. *British Journal of Psychiatry*, 197 (3), 193-9
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Wedig, M.M., & Fitzmaurice, G.M. (2013). Cognitive experiences reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 170 (6), 671-679.



- Zanarini, M.C., Laudate, C.S., Frankenburg, F.R., Wedig, M.M., & Fitzmaurice, G. (2013). Reasons for self-mutilation reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 27 (6), 783-794.
- Zanarini, M.C. (2012). Diagnostic specificity and long-term prospective course of borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 42 (2), 53-58.
- Zanarini, M. C. (2009). Formal rebuttal. The case for retaining borderline personality disorder as a psychiatric diagnosis. *Personality and Mental Health*, 3, 96-100.
- Zanarini, M. C. (1993). Borderline personality as an impulse spectrum disorder. En Paris, J. (1993). *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zaratiegui, R. (2009). *Estudio de Validación del cuestionario MDQ (Mood Disorder Questionnaire) en la Argentina*. III Jornadas Iberoamericanas de Trastorno Bipolar. Organizadas por ASATHU (Asociación Argentina de Trastornos del Humor). Córdoba, Argentina.
- Zelkowitz. P., Guzder, J., Paris, J., Feldman, R., Roy, C., & Schiavetto, A. (2004). Borderline Pathology of Childhood: Implications of Early Axis II Diagnoses. *Canadian Child Adolescence Psychiatry Review*, 13 (3), 58-61.
- Zimmerman, M., Martinez, J.H., Morgan, T.A., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2013). Distinguishing bipolar II depression from major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder: Demographic, clinical, and family history differences. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (9), 880-886.
- Zimmerman, M., Martinez, J.H., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2012). Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar depression

compared to major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 14 (8), 856-862.

Zimmerman, M., Galione, J.N., Ruggero, C.J., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & McGlinchey, J.B. (2010). Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (9), 1212-7.

Zimmerman, M., Ruggero, C.J., Chelminski, I., & Young, D. (2008). Is bipolar disorder overdiagnosed? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (6), 935-40.

## **XVI. ANEXOS**

## **ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN HETERO-APLICADOS**

## PLANILLA PARA EL PROFESIONAL

### Datos Socio-demográficos

- Sexo: F = 0; M = 1
- Estado civil: Soltero/a = 0; Casado/a- vive en pareja = 1; Separado/a- Divorciado/a = 3,
- Viudo/a = 4
- Años de estudio: Primario completo = 6; Secundario completo = 12;
- Años de carrera universitaria o terciaria \_\_\_\_
- Años de estudios en especialización, maestría o doctorado \_\_\_\_
- Trabajo: Trabaja tiempo completo = 1; Trabaja medio tiempo = 2; Estudia = 3; Trabaja y estudia = 4; Desocupado = 0
- CGI – BD Severidad:

<b>Impresión clínica global para trastorno bipolar modificada (CGI-BP-M)</b>							
	<i>Normal</i>	<i>Mínima</i>	<i>Ligera</i>	<i>Moderada</i>	<i>Marcada</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
<b>Depresión</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Manía</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>General</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Gravedad de la enfermedad.</b> Considerando su experiencia con pacientes bipolares ¿cuál es la gravedad de la enfermedad del paciente Para las subescalas de depresión y manía la evaluación de la gravedad de los síntomas refleja la semana anterior. Los estados mixtos se evalúan según la puntuación más alta entre las subescalas de manía y de depresión. Para la subescala general, la evaluación es longitudinal y refleja el periodo de tiempo en que el paciente sigue en tratamiento actual enfatizando los episodios más recientes, aunque también puede tomarse como referencia el año previo.							

### Datos Clínicos

- Edad de comienzo síntomas psiquiátricos:
- Edad de la primera consulta:
- Tipo del primer episodio:
- Tentativas suicidas
- Presenta intentos suicidas?: (NO) (SI);  
Numero: \_\_\_\_\_ Leves  Graves
- Presenta internaciones previas (NO) (SI) /  
Numero: \_\_\_\_\_
- Tratamientos recibidos:  
Psicoterapia (NO) (SI)  
Psicofarmacológico (NO) (SI)
- Conductas parasuicidas: (NO) (SI)  
(sobreingesta medicamentosa, golpes, cortes, pellizcos, quemaduras, raspones; autoinfligidos sin intencionalidad suicida):



## ÍNDICE DE BIPOLARIDAD - BIPOLARITY INDEX

**Instrucciones:** Para cada uno de los siguientes ítems, realice un círculo alrededor del score que corresponde a la característica que mejor describe al consultante. El score de cada característica varía de 0 ( sin evidencia de trastorno bipolar) a 20 ( más convincente acerca de trastorno bipolar).

### I. Características del episodio (268)

20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodio maniaco o mixto documentado con euforia, grandiosidad, o expansividad sin enfermedad médica significativa o etiología secundaria conocida.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodio mixto agudo o disfórico o manía irritable sin enfermedad médica significativa o etiología secundaria conocida.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipomanía sin enfermedad médica significativa o etiología secundaria conocida.</li> <li>• Ciclotimia sin enfermedad médica significativa o etiología secundaria conocida.</li> <li>• Manía secundaria al uso de antidepresivos.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipomanía secundaria al uso de antidepresivos.</li> <li>• Episodio con síntomas característicos de hipomanía, pero los síntomas, la duración, o la intensidad son subumbrales para hipomanía o ciclotimia.</li> <li>• Episodio depresivo mayor único con síntomas psicóticos o atípicos (<i>Síntomas atípicos: 2 de los siguientes: hipersomnia, hiperfagia, retraso psicomotor</i>).</li> <li>• Episodio depresivo post parto.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno depresivo mayor recurrente unipolar.</li> <li>• Antecedentes de síntomas psicóticos de cualquier tipo ( <i>delirio, alucinaciones, ideas de referencia, pensamiento mágico</i> )</li> </ul>
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin antecedentes de elevación significativa del estado de ánimo, depresión recurrente, o síntomas psicóticos.</li> </ul>

### II. Edad de inicio (*primer episodio o síndrome afectivo*). (269)

20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 a 19 años de edad</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de los 15 años o, entre los 20 y los 30 años de edad.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 30 y 45 años de edad.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luego de 45 años de edad.</li> </ul>
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin antecedentes de trastornos del estado de ánimo (<i>sin episodios, ciclotimia, distimia, o trastorno bipolar no especificado</i>).</li> </ul>

### III. Curso de la enfermedad/ Rasgos asociados. (270)

20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ep. maníacos distintivos recurrentes, separados por períodos de recuperación total.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ep. maníacos distintivos recurrentes, sin recuperación inter episódica total.</li> <li>• Ep. hipomaníacos distintivos recurrentes, separados por períodos de recuperación total.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso de sustancias comórbido.</li> <li>• Síntomas psicóticos presentes únicamente en el contexto de ep. afectivos.</li> <li>• Encarcelación o trasgresiones legales relacionadas con conductas maníacas ( Ej.: bancarrota, shoplifting, reckless driving)</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno depresivo mayor unipolar recurrente con 3 o más episodios depresivos.</li> <li>• Ep. hipomaníacos distintivos recurrentes, sin recuperación inter episódica total.</li> <li>• Falta de adherencia al plan de medicación en forma recurrente.</li> <li>• Trastorno límite de la personalidad, trastorno de ansiedad, o trastorno de la conducta alimentaria, o antecedentes de ADHD.</li> <li>• Conductas riesgosas que producen problemas para el consultante, su familia o sus amistades.</li> <li>• Evidencia conductual de exacerbación de trastornos afectivos durante el período premenstrual.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidad de base hipertímica (fuera de ep. maníacos o depresivos).</li> <li>• Tres o más matrimonios (incluyendo matrimonios repetidos con la misma persona).</li> <li>• En 2 o más años, ha comenzado un nuevo trabajo y ha cambiado de trabajo en menos de 1 año.</li> <li>• Posee dos o más títulos de grado.</li> </ul>

0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno de los anteriores.</li> </ul>
---	--

#### IV. Respuesta al tratamiento. (271)

20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recuperación total dentro de 4 semanas de tratamiento con mediación estabilizadora del ánimo.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recuperación total dentro de 12 semanas de tratamiento con mediación estabilizadora del ánimo, o recaída dentro de las 12 semanas luego de discontinuar tratamiento con estabilizadores del ánimo.</li> <li>Switch maníaco (pura o mixta) dentro de las 12 semanas posteriores al inicio de nuevo antidepresivo o incremento de dosis.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empeoramiento de síntomas disfóricos o mixtos subumbrales para ep. maníaco durante tratamiento con antidepresivos.</li> <li>Respuesta parcial a uno o más estabilizadores del ánimo dentro de las 12 semanas de tratamiento.</li> <li>Tratamiento con antidepresivos que genera o empeora ciclado rápido.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resistencia al tratamiento: ausencia de respuesta a 3 o más antidepresivos.</li> <li>Switch a manía o hipomanía con la suspensión de antidepresivos.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respuesta inmediata y casi completa a la suspensión de antidepresivos.</li> </ul>
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguna de las anteriores, o sin tratamiento.</li> </ul>

#### V. Antecedentes familiares. (272)

20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un familiar de primer grado con trastorno bipolar documentado.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un familiar de segundo grado con trastorno bipolar documentado.</li> <li>Al menos un familiar de primer grado con trastorno depresivo mayor unipolar recurrente y evidencia conductual que sugiera trastorno bipolar.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familiar de primer grado con trastorno depresivo mayor unipolar recurrente o trastorno esquizoafectivo.</li> <li>Familiar de cualquier grado con trastorno bipolar documentado o trastorno depresivo mayor unipolar recurrente y evidencia conductual que sugiera trastorno bipolar.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familiar de primer grado con abuso de sustancias.</li> <li>Familiar de cualquier grado con trastorno bipolar probable.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familiar de primer grado con trastorno depresivo mayor unipolar recurrente probable.</li> <li>Familiar de primer grado con alguno de los siguientes: trastorno de ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria, ADHD.</li> </ul>
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguna de las anteriores o sin antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico.</li> </ul>

	<b>Puntaje total (0 a 100 puntos) (273)</b>
--	---



**CRITERIOS DE ESPECTRO BIPOLAR**  
(Ghaemi-Goodwin)

<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

**MINI**

**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

**Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV**

**EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida, Tampa**

**FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris**

**Versión en español:  
L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert  
Instituto IAP – Madrid – España**

**M. Soto, O. Soto  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco**

Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

## A. Episodio depresivo mayor

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1 ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, NO SÍ 1 casi todos los días?

A2 ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado NO SÍ 2 menos de las cosas que usualmente le agradaban? →

¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? NO SÍ

A3 En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo NO SÍ 3 (p. ej., variaciones en el último mes de  $\pm 5\%$  de su peso corporal o  $\pm 8$  libras o  $\pm 3,5$  kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?  
CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, NO SÍ 4 se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto NO SÍ 5 o tenía dificultades para permanecer tranquilo?

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? NO SÍ 6

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? NO SÍ 7

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO SÍ 8

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? NO SÍ 9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

**NO SÍ**

### EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió NO SÍ 10 deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?

b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

**NO SÍ**

### EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR

LO SIGUIENTE:

A5 a ¿CODIFICÓ SÍ EN A2? NO SÍ

b ¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad NO SÍ 12 de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?

Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente? →

¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b? NO SÍ

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto? NO SÍ

b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas? NO SÍ

c ¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse? NO SÍ

d ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)? NO SÍ

e ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)? NO SÍ

f ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6? NO SÍ

**NO SÍ**

**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS  
ACTUAL**

## **B. Trastorno distímico**

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO →

B1 ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? NO → SÍ

B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien? NO SÍ →

B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:

a ¿Cambió su apetito notablemente? NO SÍ

b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? NO SÍ

c ¿Se sintió cansado o sin energía? NO SÍ

d ¿Perdió la confianza en sí mismo? NO SÍ

e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SÍ

f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? NO → SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? NO → SÍ

B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

**NO SÍ**

**TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL**

### **C. Riesgo de suicidio**

Durante este último mes: Puntos:

- C1 ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO SÍ (1 punto)
- C2 ¿Ha querido hacerse daño? NO SÍ (2 puntos)
- C3 ¿Ha pensado en el suicidio? NO SÍ (6 puntos)
- C4 ¿Ha planeado cómo suicidarse? NO SÍ (10 puntos)
- C5 ¿Ha intentado suicidarse? NO SÍ (10 puntos)

A lo largo de su vida:

- C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SÍ (4 puntos)

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

**NO SÍ**

**RIESGO DE SUICIDIO**

**1-5 puntos Leve**

**6-9 puntos Moderado**

**10 puntos Alto**

## D. Episodio (hipo)maníaco

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- D1 a ¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.) NO SÍ

SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.

SI SÍ:

- b ¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía? NO SÍ

- D2 a ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas? NO SÍ

SI SÍ:

- b ¿En este momento se siente excesivamente irritable? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a? NO → SÍ

- D3 SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL  
SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

- a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante? NO SÍ

- b ¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)? NO SÍ

- c ¿Hablaban sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle? NO SÍ

- d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos? NO SÍ

- e ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando? NO SÍ

- f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted? NO SÍ

- g ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 NO SÍ (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])? NO → SÍ

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

No

Sí

↓

↓

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:      () HIPOMANÍACO      () MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4? ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO      SÍ

**EPISODIO HIPOMANÍACO  
ACTUAL  
PASADO**

¿CODIFICÓ SÍ EN D4? ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO      SÍ

**EPISODIO MANÍACO  
ACTUAL  
PASADO**



## E. Trastorno de angustia

(→SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

- E1 a ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?  
b ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?  
NO→ SÍ
- E2 ¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación? NO→ SÍ
- E3 ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?  
NO SÍ
- E4 Durante la peor crisis que usted puede recordar:
- a ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido? NO SÍ  
b ¿Sudaba o tenía las manos húmedas? NO SÍ  
c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares? NO SÍ  
d ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar? NO SÍ  
e ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta? NO SÍ  
f ¿Notaba dolor o molestia en el pecho? NO SÍ  
g ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas? NO SÍ  
h ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse? NO SÍ  
i ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?  
NO SÍ  
j ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? NO SÍ  
k ¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo? NO SÍ  
l ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos? NO SÍ  
m ¿Tenía sofocaciones o escalofríos? NO SÍ
- E5 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4? NO SÍ  
**Trastorno de angustia de por vida**
- E6 SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? NO SÍ  
**Crisis actual con síntomas limitados**  
SI E6 = SÍ, PASAR A F1.
- E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?  
NO SÍ  
**Trastorno de angustia actual**

## F. Agorafobia

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? NO SÍ

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? NO SÍ  
**Agorafobia actual**

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO

SÍ

**TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO

SÍ

**TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO

SÍ

**AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia**

## G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(→SIGNIFICA:IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales. NO→SÍ

G2 ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional? NO→SÍ

G3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas? NO→SÍ

G4 ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?

NO

SÍ

**FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL**

## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(→SIGNIFICA:IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- H1 ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)  
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CONTRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS,PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERAQUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)

NO →H4 SÍ

- H2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos? NO →H4 SÍ

- H3 ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior? NO SÍ →*obsesiones*

- H4 ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?  
NO SÍ →*compulsiones*

¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4? NO→ SÍ

- H5 ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos? NO→ SÍ

- H6 ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?

NO SÍ

**TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL**

## I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(→SIGNIFICA:IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- I1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?  
EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL  
NO→SÍ
- I2 ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?  
NO→SÍ
- I3 En el último mes:
- a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? NO SÍ
  - b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? NO SÍ
  - c ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? NO SÍ
  - d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? NO SÍ
  - e ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? NO SÍ
  - f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas? NO SÍ
- ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3? NO→SÍ
- I4 Durante el último mes:
- a ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? NO SÍ
  - b ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? NO SÍ
  - c ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? NO SÍ
  - d ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? NO SÍ
  - e ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? NO SÍ
- ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3? NO→SÍ
- I5 ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?

NO SÍ

**ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL**

## **J. Abuso y dependencia de alcohol**

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1 ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones? NO SÍ

J2 En los últimos 12 meses:

a ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? NO SÍ

b ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? NO SÍ

**CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.**

c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? NO SÍ

e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? NO SÍ

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? NO SÍ

g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO SÍ  
**DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL**

J3 En los últimos 12 meses:

a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?

**CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.**

NO SÍ

b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)? NO SÍ

c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? NO SÍ

d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO SÍ  
**ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL**

## K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

**Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.**

- K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? NO → SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, Speedy, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, peace pill), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (laughing gas), amyl o butyl nitrate (poppers).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, reefer.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S:

---

b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER

EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA. ( )

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA. ( )

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE.

(FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.) ( )

- K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ

e ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? NO SÍ

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? NO SÍ

g ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

NO SÍ  
**DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL**

**Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

K3 a ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?  
(CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS) NO SÍ

b ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? NO SÍ

c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? NO SÍ

d ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

NO SÍ  
**ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL**

## L. Trastornos psicóticos

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener. EXTRAÑOS

- L1 a ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?  
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.  
NO SÍ SÍ-extraños
- b Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ SÍ-extraños → L6
- L2 a ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?  
b Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ SÍ, extraños → L6
- L3 a ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?  
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.  
NO SÍ SÍ-extraños
- b Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ SÍ-extraños → L6
- L4 a ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted? NO SÍ SÍ-extraños
- b Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ SÍ-extraños → L6
- L5 a ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?  
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.



NO SÍ SÍ-extraños

b Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas? NO SÍ SÍ 10

L6 a ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?  
NO SÍ

LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS»  
SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA

SÍ A LO SIGUIENTE:

Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, SÍ o escuchó dos o más voces conversando entre sí?

b Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes? NO SÍ SÍ-extraños → L8b

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?  
ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.  
NO SÍ

b Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? NO SÍ

**BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:**

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? NO SÍ

L9 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? NO SÍ

L10 b ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE NO LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)? NO SÍ

L11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?

o

¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?

NO SÍ

**TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL**

L12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?

o

¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?

VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO

o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?

NO SÍ

**TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA**

L13 a ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)

o

EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)? NO SÍ

b SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA:

Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable).

Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?

NO SÍ

**TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS  
ACTUAL**

M. Anorexia nerviosa

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- M1 a ¿Cuál es su estatura? ( ) pies ( ) pulgadas ( ) cm  
b ¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo? ( ) libras ( ) kg  
c ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE NO SÍ SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?  
NO → SÍ

En los últimos 3 meses:

- M2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar? NO → SÍ
- M3 ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a? NO → SÍ
- M4 a ¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? NO SÍ  
b ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo? NO SÍ  
c ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo? NO SÍ
- M5 ¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4? NO → SÍ
- M6 SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)? NO → SÍ

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6? NO SÍ

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5? NO SÍ

NO SÍ  
**ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL**

## **N. Bulimia nerviosa**

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- N1 ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?
- N2 ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana? NO → SÍ
- N3 ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo? NO → SÍ
- N4 ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos? NO → SÍ
- N5 ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo? NO → SÍ
- N6 ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA? NO → Ir a N8 SÍ
- N7 ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (\_\_\_\_ libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)  
NO SÍ
- N8 ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?  
NO SÍ  
**BULIMIA NERVIOSA ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?  
NO SÍ  
**ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL**

## O. Trastorno de ansiedad generalizada

(→SIGNIFICA:IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1 a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? NO→ SÍ

b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? NO→ SÍ

CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.

NO SÍ→

O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO→ SÍ

O3 CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? NO SÍ

b ¿Se sentía tenso? NO SÍ

c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? NO SÍ

d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?  
NO SÍ

e ¿Se sentía irritable? NO SÍ

f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO SÍ

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL**

## **P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)**

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

- a ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia? NO SÍ
- b ¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia? NO SÍ
- c ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba? NO SÍ
- d ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos? NO SÍ
- e ¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente? NO SÍ
- f ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1? NO → SÍ

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse? NO SÍ

b ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)? NO SÍ

c ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)? NO SÍ

d ¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse? NO SÍ

e ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara? NO SÍ

f ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros? NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO

SÍ

## **TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VID**

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

### **Referencias**

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.

- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, SheehanMF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

## **ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN AUTO-APLICADOS**



## SCID II

**Instrucciones:** estas preguntas son acerca del tipo de persona que es Ud. en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Marque con un círculo “SI” si la pregunta se adapta a Ud. completamente o en general, o bien marque “NO” si no se adapta a Ud.

Si no comprende alguna pregunta, o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco y pregunte al profesional a quién se la entregue.

1	¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que estar con mucha gente?	NO	SI
2	¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro que les caerá bien?	NO	SI
3	¿Le resulta difícil ser “abierto” incluso con las personas con las que mantiene estrecha relación?	NO	SI
4	¿Le preocupa con frecuencia ser rechazado o criticado en reuniones sociales?	NO	SI
5	¿Permanece generalmente callado cuando conoce gente nueva?	NO	SI
6	¿Cree Ud. Que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI
7	¿ Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SI
8	¿Necesita usted dejarse aconsejar y desangustiar mucho por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como por ejemplo qué ropa ponerse o qué comer en un restaurante?	NO	SI
9	¿ Depende Ud. De otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre cómo y dónde vivir?	NO	SI
10	¿ Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SI
11	¿ Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que lo ayude?	NO	SI
12	¿ Se he ofrecido con frecuencia como voluntario para realizar tareas desagradables?	NO	SI
13	¿ Se siente Ud. Generalmente incómodo cuando está solo?	NO	SI
14	Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente usted que tiene que encontrar inmediatamente otra persona que le cuide?	NO	SI
15	¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo?	NO	SI
16	¿Es usted la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SI
17	¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?	NO	SI
18	¿Le parece a usted u otras personas que están dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más o simplemente para divertirse?	NO	SI
19	¿Tiene usted unos valores muy estrictos sobre lo que está “bien” y lo que está “mal”?	NO	SI
20	¿Le cuesta a usted mucho tirar las cosas porque a alguien algún día podrían serles útiles?	NO	SI
21	¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como usted desea?	NO	SI
22	¿Le cuesta mucho gastar dinero en usted mismo o en otros incluso teniendo suficiente?	NO	SI
23	¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SI
24	¿Le han comentado otras personas que es usted tozudo o rígido?	NO	SI

25	Cuando alguien le pide que haga algo que usted no quiere hacer, ¿ dice que sí pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SI
26	Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente “olvidarse” de hacerlo?	NO	SI
27	¿Siente con frecuencia que los demás no lo comprenden o que no aprecian lo mucho que usted hace?	NO	SI
28	¿Está usted a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SI
29	¿Le ha parecido a usted o a la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?	NO	SI
30	¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI
31	¿Se queja usted a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SI
32	¿Rehúsa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás y luego se siente mal y pide disculpas?	NO	SI
33	¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SI
34	¿ Cree usted ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?	NO	SI
35	¿ Se descalifica a sí mismo con frecuencia?	NO	SI
36	¿ Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SI
37	¿ Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SI
38	¿ Cree Ud. Que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI
39	¿ Espera Ud. Casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SI
40	¿ Se siente Ud. A menudo culpable de las cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SI
41	¿ Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de Ud. o lo hieran?	NO	SI
42	¿ Pasa Ud. mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?	NO	SI
43	¿ Cree Ud. que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre Ud. porque podrían utilizar la información en su contra?	NO	SI
44	¿ Detecta a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI
45	¿ Es usted la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?	NO	SI
46	¿ Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI
47	¿ Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?	NO	SI
48	¿ Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?	NO	SI
49	Cuando está en público y ve personas hablando, ¿ a menudo le parece que están hablando de usted?	NO	SI
50	¿ Tiene con frecuencia la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente de hecho contienen en realidad un mensaje especial para usted?	NO	SI
51	Cuando está entre gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente?	NO	SI
52	¿ Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando en deseo o pensando en ellas?	NO	SI
53	¿Ha tenido experiencias personales de tipo sobrenatural?	NO	SI
54	¿Cree tener un “sexto sentido” que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?	NO	SI
55	¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces?	NO	SI
56	¿ Ha tenido sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de Ud. aunque no podía ver a nadie?	NO	SI
57	¿ Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI

58	¿ Hay muy pocas personas a las que se sienta cómodo además de su familia inmediata?	NO	SI
59	¿ Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI
60	¿ Es poco importante para Ud. si tiene o no relaciones personales?	NO	SI
61	¿ Prefiere Ud. hacer las cosas siempre solo y no con otras personas?	NO	SI
62	¿ Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SI
63	¿ Hay realmente muy pocas cosas que le proporcionen placer?	NO	SI
64	¿ Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de Ud.?	NO	SI
65	¿ Cree que no hay nada que lo ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SI
66	¿ Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI
67	¿ Coquetea mucho?	NO	SI
68	¿ Se da cuenta a menudo que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SI
69	¿ Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su aspecto físico?	NO	SI
70	¿ Se muestra a menudo como persona dramática y pintoresca?	NO	SI
71	¿ Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SI
72	¿ Tiene usted muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SI
73	¿ Considera que a menudo los demás no saben apreciar su talento o cualidades?	NO	SI
74	¿ Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SI
75	¿ Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SI
76	¿ Pasa Ud. mucho tiempo pensando en que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SI
77	Cuando tiene un problema, ¿insiste siempre en ver al máximo responsable?	NO	SI
78	¿ Considera Ud. que es importante dedicar tiempo a personas influyentes o importantes?	NO	SI
79	¿ Es muy importante para Ud. que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	SI
80	¿ Cree Ud. que no es necesario respetar ciertas reglas o convenciones sociales si suponen un obstáculo en su camino?	NO	SI
81	¿ Considera Ud. que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI
82	¿ A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	SI
83	¿ Tiende con frecuencia anteponer sus necesidades a la de otras personas?	NO	SI
84	¿ Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar por ser Ud. quien es?	NO	SI
85	¿ A Ud. realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	SI
86	¿ Se han quejado algunas personas de que Ud. no les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	SI
87	¿ Tiene a menudo envidia de otras personas?	NO	SI
88	¿ Cree Ud. que los demás a menudo lo envidian a Ud.?	NO	SI
89	¿ Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que Ud. les dedique su tiempo y atención?	NO	SI
90	¿ Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	NO	SI
91	Las relaciones con las personas que Ud. realmente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?	NO	SI
92	¿ Cambia a veces de repente su sentido de quien es Ud. o hacia donde va?	NO	SI
93	¿ Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?	NO	SI

94	¿ Es Ud. diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones de tal manera que a veces no sabe quién es Ud. en realidad?	NO	SI
95	¿ Se han producido mucho cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	NO	SI
96	¿ Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	SI
97	¿ Alguna vez ha tratado de hacerse daño o matarse o ha amenazado con hacerlo?	NO	SI
98	¿ Alguna vez se ha cortado, quemado, o herido a si mismo a propósito?	NO	SI
99	¿ Experimenta Ud. muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI
100	¿ Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SI
101	¿ Tiene Ud. a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SI
102	Cuando se enfada, ¿golpea a las personas o arroja objetos?	NO	SI
103	¿ Se pone furioso incluso por cosas sin importancia?	NO	SI
104	Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	NO	SI
105	Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SI
106	Antes de los 15 años, ¿provocaba Ud. peleas?	NO	SI
107	Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma como por ejemplo un palo, una piedra, una botella rota, una navaja, o una pistola?	NO	SI
108	Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor o sufrimiento físico?	NO	SI
109	Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió animales a propósito?	NO	SI
110	Antes de los 15 años, ¿robó, atracó, o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?	NO	SI
111	Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con Ud., a desvestirse delante de Ud. o tocarle sexualmente?	NO	SI
112	Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?	NO	SI
113	Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI
114	Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, otros edificios o coches de personas?	NO	SI
115	Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SI
116	Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?	NO	SI
117	Antes de los 15 años, ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?	NO	SI
118	Antes de los 13 años, ¿permanecía mucho tiempo fuera de cas y llegaba mucho más tarde de la hora permitida?	NO	SI
119	Antes de los 13 años, ¿faltaba muy a menudo a clase?	NO	SI

## QUESTIONARIO DE LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO - MDQ

*Por favor, marque la respuesta correcta.*

<b>I.</b>	<b>¿Alguna vez ha pasado por un período de tiempo en el que se sentía que no era la misma persona de siempre, y...</b>		
1	<i>...se sentía tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?</i>	SI	NO
2	<i>...estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?</i>	SI	NO
3	<i>...se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?</i>	SI	NO
4	<i>...dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?</i>	SI	NO
5	<i>...era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?</i>	SI	NO
6	<i>...le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera despacio?</i>	SI	NO
7	<i>...se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?</i>	SI	NO
8	<i>...tenía mucha más energía que de costumbre?</i>	SI	NO
9	<i>...era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?</i>	SI	NO
10	<i>...era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?</i>	SI	NO
11	<i>...estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?</i>	SI	NO
12	<i>...hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas, o arriesgadas?</i>	SI	NO
13	<i>...el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?</i>	SI	NO
<b>II.</b>	<b>Si usted marcó "SI" en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo período de tiempo?. Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta.</b>	SI	NO
<b>III.</b>	<b>¿Hasta qué punto alguna de éstas situaciones le causó problemas ( como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicarse en discusiones o peleas)? Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta.</b> A. Ningún problema <input type="checkbox"/> B. Pequeños problemas <input type="checkbox"/> C. Problemas moderados <input type="checkbox"/> D. Problemas graves <input type="checkbox"/>		

## ESCALA DEL ESPECTRO DEL TRASTORNO BIPOLAR – BSDS

**Instrucciones:** por favor leer todo el párrafo atentamente antes de marcar los espacios en blanco (\_\_\_).

---

1- De vez en cuando algunos individuos notan que su humor y/o su nivel de energía cambian drásticamente \_\_\_\_. 2- También notan que a veces su energía es muy baja y otras es muy alta \_\_\_\_. 3- Durante su fase “baja” estos individuos sienten a menudo falta de energía, necesidad de quedarse en la cama o de dormir de más, y poca o ninguna motivación para realizar las cosas que tiene que hacer \_\_\_\_. 4- A menudo suben de peso durante estos periodos \_\_\_\_. 5- Durante esta fase se sienten “bajoneados”, tristes todo el tiempo o deprimidos \_\_\_\_. 6- A veces durante estas etapas se sienten desesperanzados y hasta con pensamientos suicidas \_\_\_\_. 7- Tienen dificultades laborales y sociales \_\_\_\_. 8- Habitualmente estas etapas duran semanas, aunque a veces pueden durar sólo unos pocos días \_\_\_\_. 9- Los individuos con estas características pueden experimentar un periodo con estado de ánimo “normal” entre los cambios de humor, durante estas fases su nivel de energía y su humor no son adecuados y sus capacidades no se ven alteradas \_\_\_\_. 10- Luego pueden sentir un marcado cambio en la manera en que se sienten \_\_\_\_. 11- Su energía aumenta por encima de lo que es habitual para ellos, y con frecuencia realizan más actividades de las que harían normalmente \_\_\_\_. 12- A veces, durante estos periodos en “alta” los individuos sienten que tienen demasiada energía y hasta se sienten “excelentemente bien” \_\_\_\_. 13- Algunos individuos en estas etapas pueden sentirse irritables, intolerantes o más agresivos \_\_\_\_. 14- Algunos realizan muchas actividades al mismo tiempo durante estas fases \_\_\_\_. 15- Durante estos periodos también algunos individuos pueden meterse en problemas por gastar más dinero \_\_\_\_. 16- También pueden estar más conversadores, más extrovertidos o tener más interés en la actividad sexual \_\_\_\_. 17- A veces durante esta fase su comportamiento puede ser extraño e incluso molesto para las demás personas \_\_\_\_. 18- A veces se meten en problemas con sus compañeros de trabajo o hasta en la policía en estos periodos \_\_\_\_. 19- A menudo aumentan su consumo de alcohol o de drogas no recetadas por un médico durante estos periodos \_\_\_\_.

---

Ahora que ha leído este párrafo, por favor marque alguna de las siguientes cuatro opciones:

- ( ) Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente.
- ( ) Esta historia me describe bastante bien.
- ( ) Esta historia me describe hasta cierto punto pero no en todos los aspectos.
- ( ) Esta historia no me describe en lo absoluto.

En este momento relea la historia y marque con una cruz al final de cada oración que lo describa perfectamente.

**EVALUACIÓN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA  
PERSONALIDAD  
MÓDULO DSM-IV (IPDE)**

1. El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1	Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2	Confío en la gente que conozco	V	F
3	No soy minucioso con los detalles pequeños	V	F
4	No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5	Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6	Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7	Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8	Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9	Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
11	Nunca me han detenido	V	F
12	La gente cree que soy frío y distante	V	F
13	Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14	La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15	La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
16	Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17	Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18	Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19	Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F
20	A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21	Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22	Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23	Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24	A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas	V	F
25	Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26	Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27	Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28	Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29	Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30	Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31	Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32	La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33	Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34	No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35	No me gusta ser el centro de atención	V	F
36	Creo que mi cónyuge ( amante ) me puede ser infiel	V	F
37	La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38	Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39	Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40	A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41	Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F

42	Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43	Tengo ataques de ira o enfado	V	F
44	Tengo fama de que me gusta “flirtear	V	F
45	Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46	Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47	Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48	La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49	Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50	Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51	Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52	A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53	Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54	Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55	Sueño con ser famoso	V	F
56	Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57	Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz	V	F
58	Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59	Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60	Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61	Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62	Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63	Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
65	Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66	He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V	F
67	No suelo mostrar emoción	V	F
68	Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69	Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70	La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71	Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72	Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73	Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F
74	Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75	Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76	Cuándo conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77	Tengo amigos íntimos	V	F



## ESCALA DE TEMPERAMENTO – AUTOAPLICADA (TEMPS- A)

Marque la V (verdadero) en aquellas frases que sean aplicables a usted durante la mayor parte de su vida.

Marque la F (falso) en aquellas frases que no sean aplicables a usted durante la mayor parte de su vida.

1	Soy una persona infeliz, triste.	V	F
2	La gente me dice que soy incapaz de ver el lado positivo de las cosas.	V	F
3	He sufrido mucho en la vida.	V	F
4	Pienso que a menudo las cosas me salen, peor.	V	F
5	Abandono fácilmente.	V	F
6	Desde siempre me he sentido un fracasado.	V	F
7	Siempre me he sentido culpable por cosas que los demás consideran poco importantes.	V	F
8	No tengo tanta energía como otras personas.	V	F
9	Soy la clase de persona a quién no le gustan demasiado los cambios	V	F
10	Cuando estoy en grupo prefiero escuchar a los demás.	V	F
11	A menudo cedo ante los demás.	V	F
12	Me siento muy inseguro al conocer gente nueva.	V	F
13	Me siento fácilmente herido por las críticas o el rechazo.	V	F
14	Soy el tipo de persona con la que siempre se puede contar.	V	F
15	Ponga las necesidades de los demás por encima de las mías.	V	F
16	Soy una persona muy trabajadora.	V	F
17	Preferiría trabajar para otra persona que ser el jefe.	V	F
18	Es natural en mi ser pulcro y organizado.	V	F
19	Soy el tipo de persona que duda de todo.	V	F
20	Mi deseo sexual ha sido siempre bajo.	V	F
21	Normalmente necesito dormir más de 9 horas.	V	F
22	A menudo me siento cansado sin motivo.	V	F
23	Tengo cambios repentinos de humor y de energía.	V	F
24	Mi ánimo y energía son altos o bajos, raramente normales.	V	F
25	Mi habilidad para pensar varía mucho, pasando de ser aguda o torpe sin ningún motivo aparente.	V	F
26	Puedo pasar de que alguien me guste mucho, a perder totalmente el interés en esa persona.	V	F
27	A menudo exploto con la gente y luego me siento culpable.	V	F
28	A menudo comienzo cosas perdiendo el interés antes de acabarlas.	V	F
29	Mi estado de ánimo cambia a menudo sin ningún motivo.	V	F
30	Paso constantemente de ser vital a ser inactivo.	V	F
31	A veces voy a la cama triste pero me levanto por la mañana sintiéndome fantástico.	V	F
32	A veces me voy a la cama sintiéndome fenomenal y me levanto por la mañana sintiendo que no vale la pena vivir.	V	F
33	Me dicen que a menudo me pongo pesimista y que olvido los tiempos felices del pasado.	V	F
34	Paso de tener mucha confianza en mi mismo a sentirme inseguro.	V	F
35	Paso de ser abierto a ser retraído con los demás.	V	F
36	Siento que las emociones intensamente.	V	F
37	Mi necesidad de dormir cambia mucho, pasando de necesitar unas pocas horas de sueño a más de 9 horas	V	F
38	La manera en que veo las cosas a veces es intensa, pero otras veces es apagada	V	F

	(anodina).		
39	Soy el tipo de persona que puede estar triste y contento a la vez.	V	F
40	Muy a menudo sueño despierto cosas que otras personas consideran imposibles de conseguir.	V	F
41	A menudo tengo un fuerte impulso por hacer cosas escandalosas.	V	F
42	Soy el tipo de persona que se enamora y desenamora fácilmente.	V	F
43	Mi estado de ánimo es generalmente optimista y alegre.	V	F
44	La vida es una fiesta que disfruto al máximo.	V	F
45	Me gusta contar chistes, la gente me dice que soy divertido.	V	F
46	Soy el tipo de persona que cree que finalmente todo saldrá bien.	V	F
47	Tengo gran confianza en mi mismo.	V	F
48	A menudo tengo grandes ideas.	V	F
49	Estoy siempre de acá para allá.	V	F
50	Puedo hacer muchas cosas sin cansarme.	V	F
51	Tengo un don para el habla, convengo e inspiro a los demás.	V	F
52	Me gusta emprender nuevos proyectos, aunque sean arriesgados.	V	F
53	Una vez que decido hacer algo, nada puede detenerme.	V	F
54	Me siento totalmente cómodo, incluso estando con personas que apenas conozco.	V	F
55	Me encanta estar con mucha gente.	V	F
56	La gente me dice que a menudo meto la nariz en los asuntos de los demás.	V	F
57	La gente me considera una persona generosa, que gasta mucho dinero en los demás.	V	F
58	Tengo habilidades y conocimientos en muchas áreas.	V	F
59	Siento que tengo el derecho y el privilegio de hacer lo que quiera.	V	F
60	Soy el tipo de persona a quién le gusta ser el jefe.	V	F
61	Cuando no estoy de acuerdo con alguien puedo meterme en una discusión acalorada.	V	F
62	Mi deseo sexual es siempre alto.	V	F
63	Normalmente puedo pasar con menos de 6 horas de sueño.	V	F
64	Soy una persona malhumorada (irritable).	V	F
65	Soy una persona insatisfecha por naturaleza.	V	F
66	Me quejo mucho.	V	F
67	Soy muy crítico con los demás.	V	F
68	A menudo me siento en el límite.	V	F
69	A menudo me siento muy nervioso.	V	F
70	Me siento impulsado por una inquietud desagradable que no comprendo.	V	F
71	A menudo me enfado tanto que lo destruiría todo.	V	F
72	Cuando estoy de mal humor podría enzarzarme en una pelea.	V	F
73	La gente me dice que exploto por nada.	V	F
74	Cuando me enfado, contesto mal.	V	F
75	Me gusta tomar el pelo a la gente, incluso a la que apenas conozco.	V	F
76	Mi humor corrosivo me ha metido en problemas.	V	F
77	Puedo ponerme tan furioso que podría herir a alguien.	V	F
78	Soy tan celoso que mi pareja no puede soportarlo.	V	F
79	La gente dice que digo muchos chistes.	V	F
80	Me han dicho que me pongo violento con solo algunas copas.	V	F
81	Soy una persona muy escéptica.	V	F
82	Podría ser un revolucionario.	V	F
83	Mi deseo sexual es a menudo tan intenso que llega a ser desagradable.	V	F
84	(Mujeres solo): Tengo ataques incontrolables de ira antes de la menstruación.	V	F
85	Que yo recuerde siempre he sido una persona aprensiva.	V	F
86	Me preocupo siempre por una cosa u otra.	V	F
87	Me siguen preocupando cosas cotidianas que los demás consideran poco	V	F

	importantes.		
88	No puedo hacer nada para dejar de preocuparme.	V	F
89	Mucha gente me ha dicho que no me preocupe tanto.	V	F
90	Cuando estoy estresado, a menudo mi mente se queda en blanco.	V	F
91	Soy incapaz de relajarme.	V	F
92	A menudo me siento muy inquieto por dentro.	V	F
93	Cuando estoy estresado, a menudo me tiemblan las manos.	V	F
94	A menudo tengo molestias en el estómago.	V	F
95	Cuando estoy nervioso, puedo tener diarrea.	V	F
96	Cuando estoy nervioso a menudo tengo náuseas.	V	F
97	Cuando estoy nervioso tengo que ir con frecuencia al baño.	V	F
98	Cuando alguien tarda en volver a casa temo que halla tenido un accidente.	V	F
99	A menudo temo que alguien de mi familia contraiga una enfermedad grave.	V	F
100	Siempre estoy pensando que alguien pueda darme malas noticias sobre un miembro de mi familia.	V	F
101	Mi sueño no es descansado.	V	F
102	Frecuentemente tengo dificultad para dormirme.	V	F
103	Soy, por naturaleza, una persona muy cautelosa.	V	F
104	A menudo me despierto por la noche preocupado por si hay ladrones en casa.	V	F
105	Cuando estoy estresado fácilmente sufro dolores de cabeza.	V	F
106	Cuando estoy estresado siento una sensación desagradable en el pecho.	V	F
107	Soy una persona insegura.	V	F
108	Incluso pequeños cambios en la rutina me estresan mucho.	V	F
109	Cuando conduzco, incluso aunque no he hecho anda incorrecto, temo que la policía pueda pararme.	V	F
110	Los ruidos inesperados me sobresaltan fácilmente.	V	F

## ESCALA DEL ESPECTRO DEL ÁNIMO

### MOOD SPECTRUM SELF-REPORT (MOODS-SR)

#### Versión en castellano.

A continuación se le harán distintas preguntas. Por favor, responda a cada una de ellas siguiendo las instrucciones que se le indican en cada momento. No existen respuestas correctas o incorrectas. Se trata de que responda de acuerdo a lo que usted hace, piensa o siente de forma particular. Por favor, procure responder a TODAS las preguntas. La información que aporte será tratada CONFIDENCIALMENTE y, en todo caso, de forma ANÓNIMA (su nombre no debe figurar en ningún lugar). GRACIAS.

Las siguientes preguntas se refieren a situaciones que pueden haberle ocurrido en el pasado o que le pueden estar sucediendo en la actualidad. Por favor, responda a todas las preguntas marcando "SI" o "NO". Por favor, tenga en cuenta que no todas se refieren a síntomas de una enfermedad.

**Las siguientes preguntas se refieren a su estado de ánimo.**

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

1	...se sentía frustrado o derrotado, aunque no lograra encontrar una razón para ello?	SI	NO
2	... sentía una gran nostalgia?	SI	NO
3	... se sentía muy solo? Nota: siempre y cuando no hubiese una falta real de amigos o de personas queridas	SI	NO
4	... se mostraba serio, introvertido o melancólico?	SI	NO
5	... tenía una intensa sensación de aburrimiento?	SI	NO
6	... se molestaba fácilmente por cualquier cosa?	SI	NO
7	... se sentía triste ante sucesos insignificantes?	SI	NO
8	... perdía la capacidad para sonreír, divertirse y apreciar la vida?	SI	NO
9	... le resultaba muy difícil aceptar que los demás le rechazaran, sobre todo si se trataba de una pareja sentimental o de un amigo/a?	SI	NO
10	... se sentía continuamente triste, vacío, deprimido, abatido?	SI	NO
11	... lloraba con gran facilidad?	SI	NO
12	... se lamentaba continuamente?	SI	NO
13	... se sentía como si nada tuviera sentido?	SI	NO
14	... no tenía interés por su aspecto físico?	SI	NO
15	... nada de lo que se ponía le gustaba?		NO
16	... se deprimía cuando sufría alguna enfermedad física (como una gripe o un resfriado)?	SI	NO
17	se deprimía cuando tomaba medicamentos (que no habían sido prescritos para modificar su estado de ánimo) como, por ejemplo, antibióticos, contraceptivos o esteroides?  ( ) Nunca he tomado este tipo de medicamentos	SI	NO
18	... se deprimía cuando tomaba grandes cantidades de alcohol, fármacos para dormir, ansiolíticos, marihuana o sustancias similares?  ( ) Nunca he tomado este tipo de sustancias	SI	NO
19	se deprimía cuando dejaba de tomar las sustancias indicadas en la pregunta anterior?  ( ) Nunca he tomado este tipo de sustancias	SI	NO
20	... se deprimía cuando tomaba alcohol, fármacos para dormir, ansiolíticos, nicotina, cafeína, estimulantes o sustancias similares, aunque las tomara para sentirse mejor?	SI	NO

( ) Nunca he tomado este tipo de sustancias			
21	.. no sentía interés ni disfrutaba estando con los demás y prefería pasar la mayor parte del tiempo a solas, aislado de sus familiares y amigos/as?	SI	NO
22	.. no sentía interés en, o le resultaba difícil, hacer nuevos amigos?	SI	NO
23	... no tenía interés en las relaciones sentimentales?	SI	NO
24	¿Es usted una persona que ha tenido siempre una vida sentimental muy reducida?	SI	NO
25	... perdía el interés por sus aficiones, juegos o deportes preferidos?	SI	NO
26	... se sentía indiferente hacia cualquier suceso, positivo o negativo, que le ocurriese a usted mismo o a su familia?	SI	NO
27	... perdía el interés en, o la capacidad de disfrutar con, todas o casi todas las cosas que anteriormente le interesaban?	SI	NO
28	... si ha respondido "SÍ" a alguna de las preguntas anteriores (de la 1 a la 27), ¿estaba gravemente perturbado, preocupado o impedido por lo que le sucedía? ( ) No he respondido SÍ a alguna de las preguntas anteriores	SI	NO

*Las siguientes preguntas exploran ciertas experiencias que puede haber tenido en el curso de su vida.*

**En el curso de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

29	... se sentía como en un estado de continuo bienestar y buen humor?	SI	NO
30	... usted (u otras personas) notaba/n que su sentido del humor y/o sus ironías eran muy agudas y cortantes?	SI	NO
31	... se entusiasmaba ante sucesos o cosas insignificantes?	SI	NO
32	... tenía muchas ocurrencias o salidas graciosas, o hacía muchos juegos de palabras?	SI	NO
33	.. se divertía gastando bromas a los demás, incluso inoportunas o fuera de lugar?	SI	NO
34	... sentía (o los demás decían) que era entrometido, que no tenía tacto o que era ofensivo con los demás?	SI	NO
35	... le resultaba muy fácil y placentero comprar cosas, incluso cosas inútiles o que no necesitara?	SI	NO
36	... hacía muchos regalos, incluso cuando no se los podía permitir?	SI	NO
37	... era amable, extrovertido y sociable y le resultaba muy fácil presentarse a los demás o hacer nuevos amigos?	SI	NO
38	... le resultaba muy atractivo a los demás debido a su desenvoltura, a su entusiasmo y a su energía?	SI	NO
39	... invitaba a muchas personas, a casa o a bares/restaurantes?	SI	NO
40	... disfrutaba siendo el centro de atención o era particularmente seductor/a o coqueto/a, como si estuviera representando un papel?	SI	NO
41	... tenía una vida sentimental mucho más intensa que de costumbre?	SI	NO
42	¿Es usted una persona que siempre ha tenido una vida sentimental intensa?	SI	NO
43	... se vestía y/o se peinaba de forma llamativa, extravagante, claramente moderna o muy inusual?	SI	NO
44	... hacía muchos planes o se empeñaba en un gran número de proyectos, saltando de una actividad a la otra?	SI	NO
45	.. tenía dificultades para renunciar a negocios u oportunidades sociales, incluso cuando no disponía de tiempo suficiente para ello?	SI	NO

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

46	... cambiaba frecuentemente (es decir, más frecuentemente que lo que es común para sus amigos o conocidos): de trabajo, de casa, de amistades, de deporte o aficiones preferidas?	SI	NO
----	---	----	----

47	... le resultaba muy placentero y excitante realizar actividades peligrosas, arriesgadas o intensas emocionalmente?	SI	NO
48	... tendía, constantemente, a llevar la contraria a los demás o a hacer de “abogado del diablo”?	SI	NO
49	... su estado de ánimo cambiaba rápidamente de la tristeza a la euforia y al contrario?	SI	NO
50	... sentía como si llorara y riera al mismo tiempo?	SI	NO
51	... estaba muy irritable? Por ejemplo, a) podía ponerle muy nervioso el suceso o la cosa más insignificante? b) notaba que era particularmente crítico o sarcástico? c) tenía grandes dificultades para aceptar el punto de vista de los demás? d) era inusualmente polémico o agresivo?	SI	NO
52	... tenía dificultades para controlarse? Por ejemplo, a) sentía continuamente la necesidad de “ajustar cuentas” con los demás? b) a menudo se encontraba alzando la voz a los demás, discutiendo o riñendo por motivos incluso insignificantes?	SI	NO
53	... se sentía eufórico o irritable cuando sufría alguna enfermedad física (por ejemplo, una gripe o un resfriado)?	SI	NO
54	. se sentía eufórico o irritable cuando tomaba medicamentos (que no le habían prescritos para modificar su estado de ánimo) como, por ejemplo, antibióticos, contraceptivos o esteroides? ( ) Nunca he tomado este tipo de medicamentos	SI	NO
55	... se sentía eufórico o irritable cuando tomaba alcohol, sedantes, somníferos, ansiolíticos y/u otras sustancias similares, o durante el mes siguiente a dejar de tomarlas? ( ) Nunca he tomado este tipo de medicamentos	SI	NO
56	... cuando su estado de ánimo era elevado o cuando estaba irritable, ¿se ponía más eufórico o irritable todavía si incrementaba la ingesta de alcohol, sedantes, nicotina, cafeína, estimulantes o sustancias similares?	SI	NO
57	... si ha respondido “SÍ” a alguna de las preguntas anteriores (de la 29 a la 56), ¿estaba gravemente perturbado, preocupado o impedido por lo que le sucedía? ( ) No he respondido SÍ a alguna de las preguntas anteriores	SI	NO

**El siguiente bloque de preguntas se refiere a su nivel de actividad y energía.**

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

58	... tenía dificultades para comenzar a hacer cualquier cosa?	SI	NO
59	... se sentía físicamente “enlentecido”, como si sus movimientos se produjeran a “cámara lenta”?	SI	NO
60	... sus ideas y/o su discurso parecía enlentecido?	SI	NO
61	... sentía que el tiempo pasaba muy lentamente y que las horas transcurrían a duras penas?	SI	NO
62	... se notaba perezoso, pasivo, incapaz de llevar a cabo sus tareas y responsabilidades habituales?	SI	NO
63	... tenía grandes dificultades para levantarse de la cama por las mañanas?	SI	NO
64	. tenía dificultades para cuidar su aspecto; por ejemplo, para lavarse, vestirse, pintarse/afeitarse?	SI	NO
65	... se sentía fatigado, débil o cansado, como si la tarea más pequeña (por ejemplo, lavarse la cara o rellenar un azucarero) requiriese un gran esfuerzo y una gran cantidad de energía?	SI	NO
66	... incluso sin tener energía, sentía una desagradable sensación de “falta de descanso”; le resultaba difícil permanecer sentado o acostado, o necesitaba andar de un lado a otro o moverse continuamente?	SI	NO
67	... si ha respondido “SÍ” a alguna de las preguntas anteriores (de la 58 a la 66),	SI	NO

	¿estaba gravemente perturbado, preocupado, o impedido por lo que le sucedía? ( ) No he respondido SÍ a alguna de las preguntas anteriores		
--	--	--	--

*Las siguientes preguntas se refieren a ocasiones en las que puede haber tenido más energía que de costumbre.*

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

68	... sentía una necesidad irresistible de ponerse en contacto con los demás (por teléfono, carta, fax o correo electrónico)?	SI	NO
69	... sentía un fuerte deseo de ponerse en contacto con personas a las que hacía mucho tiempo que no había visto o con las que no había hablado?	SI	NO
70	... hablaba excesivamente, con un volumen de voz alto, de forma rápida o sin dejar a los demás la posibilidad de interrumpirle o de responderle?	SI	NO
71	... era tan ruidoso que suscitaba las protestas de los demás (por ejemplo, ponía el volumen de la radio o de la televisión muy alto)?	SI	NO
72	... tenía la impresión de que sus ideas iban y venían aceleradamente, como si sus pensamientos corrieran velozmente?	SI	NO
73	... tenía tantas ideas y pensamientos al mismo tiempo que le resultaba difícil expresarlos?	SI	NO
74	... notaba que su atención pasaba continuamente de una cosa a la otra y que se distraía tan fácilmente que, por ejemplo, le costaba trabajo leer un periódico o una revista o ver un programa de televisión desde el comienzo hasta el final?	SI	NO
75	... dedicaba mucho tiempo a actividades políticas, religiosas o de voluntariado?	SI	NO
76	... era muy asertivo, se comportaba como si fuera una persona muy segura de sí misma?	SI	NO
77	... se sentía fuerte, vital y lleno de energía?	SI	NO
78	... se sentía impaciente?	SI	NO
79	... estaba en constante actividad, sentía una agradable sensación de no cansarse nunca y tenía tanta energía que cansaba o molestaba a los demás?	SI	NO
80	... si ha respondido "SÍ" a alguna de las preguntas anteriores (de la 68 a la 79), ¿estaba gravemente perturbado, preocupado o impedido por lo que le sucedía? ( ) No he respondido SÍ a alguna de las preguntas anteriores	SI	NO

*Las siguientes preguntas se refieren a sus pensamientos.*

**En el curso de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

81	... se mostraba excesivamente crítico o escéptico sobre cuestiones que, normalmente, los demás consideraban importantes en la vida?	SI	NO
82	... se preocupaba excesivamente de sí mismo, de sus propios problemas, pensamientos y sentimientos?	SI	NO
83	... se sentía muy vulnerable o tenía miedo constantemente de cometer algún error?	SI	NO
84	... estaba descontento consigo mismo, se sentía inútil, como si no tuviese ninguna cualidad positiva o no pudiese hacer nada bien?	SI	NO
85	... sentía como si su cuerpo estuviese enfermo o hubiese cambiado?	SI	NO
86	... pensaba que estaba arruinado económicamente o se preocupaba excesivamente por el dinero aunque no tuviera problemas económicos reales?	SI	NO
87	... sentía una fuerte necesidad de refugiarse en la religión o en la oración?	SI	NO
88	... tenía problemas de memoria como, por ejemplo, dificultades para encontrar la palabra justa o para recordar cosas simples? <i>Nota: siempre y cuando no se deba a medicación o enfermedad física.</i>	SI	NO
89	... descuidaba las tareas de la casa, el cuidado de sus hijos, sus tareas escolares, laborales o deportivas?	SI	NO
90	... .. tenía dificultad a la hora de tomar decisiones, incluso las más simples (por	SI	NO

	ejemplo, qué ropa ponerse, qué cosa hacer primero)?		
91	... tenía grandes dificultades para pensar o para concentrarse (por ejemplo, le costaba trabajo participar en una discusión, leer, escribir, hacer cálculos matemáticos, seguir un programa de TV o la lectura de un artículo de periódico o de una revista? <b>Nota: siempre y cuando no se deba a medicación o enfermedad física</b>	SI	NO
92	... se sentía aturdido o confuso mentalmente?	SI	NO
93	... ¿tenía sentimientos de culpa o remordimientos? Por ejemplo, a) pensaba que era responsable de los problemas de los demás? b) sentía que no hacía todo lo que debía por la familia, compañeros de trabajo, amigos, etc.? c) pensaba constantemente en cosas pasadas que hubiese querido hacer de otra forma? d) pensaba que debía ser castigado por todos los errores que había cometido?	SI	NO
94	... tenía la impresión de que los demás eran los responsables de todos sus problemas?	SI	NO
95	... se sentía rodeado de hostilidad, como si todo el mundo estuviese en contra de usted? Por ejemplo, a) pensaba que todo el mundo le acusaba y le despreciaba? b) sentía como si todo el mundo le mirara? c) pensaba que le perseguían o que le buscaba la policía?	SI	NO
96	... tenía la impresión de que todo el mundo hablaba de usted?	SI	NO
97	... escuchaba voces que le insultaban, le amenazaban o le denigraban?	SI	NO
98	... ¿escuchaba esas voces claramente? ( ) No escuchaba voces	SI	NO

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

99	... sentía una necesidad irresistible de ponerse en contacto con los demás (por teléfono, carta, fax o correo electrónico)?	SI	NO
100	... se sentía como si quisiera huir de su vida (por ejemplo, se habría metido en el primer avión o autobús que hubiese cogido y se habría ido a cualquier sitio)?	SI	NO
101	... dormía para huir de su vida?	SI	NO
102	... pensaba que no merecía la pena vivir?	SI	NO
103	... deseaba no despertarse por la mañana, morir en un accidente, sufrir alguna enfermedad o un infarto para alejarse de este mundo?	SI	NO
104	... deseaba morir o hacerse daño?  Nota: si la respuesta a esta pregunta es NO, pasar a la pregunta 108	SI	NO
105	Si la respuesta a la pregunta anterior es SÍ, ¿tenía un plan específico para hacerse daño o para matarse?	SI	NO
106	¿Alguna vez ha intentado realmente hacerse daño o quitarse la vida?	SI	NO
107	Si la respuesta a la pregunta anterior es SI, ¿fue necesario recurrir a un médico?	SI	NO
108	... si ha respondido "SÍ" a alguna de las preguntas anteriores (de la 81 a la 107), ¿estaba gravemente perturbado, preocupado o impedido por lo que le sucedía? ( ) No he respondido SÍ a alguna de las preguntas anteriores	SI	NO

*Las siguientes preguntas se refieren a aquellas ocasiones en las que sus pensamientos eran más positivos.*

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

109	... pensaba que tenía (o los demás pensaban que usted tenía) una personalidad	SI	NO
-----	---	----	----



	artística y creativa?		
110	... tenía momentos de intensa inspiración y creatividad artística (por ejemplo, escribía –en prosa o en verso- con mucha facilidad y rapidez, componía música, pintaba, esculpía)?	SI	NO
111	... se sentía particularmente sensible a la armonía y a las formas de la naturaleza?	SI	NO
112	... era excesivamente curioso y se interesaba por todo y por todos?	SI	NO
113	...notó que las tareas que tenía bajo su responsabilidad (sus tareas de casa, escolares o laborales, el cuidado de los hijos, su rendimiento deportivo) mejoraron considerablemente?	SI	NO
114	... se sentía verdaderamente satisfecho con su aspecto físico?	SI	NO
115	... sentía que era muy agudo, brillante e inteligente?	SI	NO
116	... se sentía muy seguro de sí mismo, dotado de un gran carisma o con tendencia a asumir el papel de líder?	SI	NO
117	... estaba convencido de tener siempre la razón y de que nunca se equivocaba, o se sentía indiferente ante las críticas?	SI	NO
118	... pensaba que podía decidir por los demás porque usted conocía sus pensamientos, intenciones o deseos?	SI	NO
119	... se sentía incomprendido porque los demás no entendían o no compartían sus ideas llenas de optimismo y de genialidad?	SI	NO
120	... tenía una gran estima de sí mismo, sentimientos de superioridad, o creía poseer una extraordinaria capacidad, talento, conocimiento o poder?	SI	NO
121	... se sentía especialmente fuerte e invulnerable, resistente a las enfermedades, los traumas o los accidentes?	SI	NO
122	... se quedaba inusualmente absorto en meditaciones místicas?	SI	NO
123	... sentía que estaba en posesión de la verdad, de tener claro cada aspecto de la realidad, de haber comprendido el significado de la existencia?	SI	NO
124	... escuchaba voces que le inspiraban y le exaltaban?	SI	NO
125	... tenía un comportamiento irresponsable (o los demás le juzgaban como tal)?	SI	NO
126	... tomaba decisiones importantes (por ejemplo, sobre vender o comprar una casa, un coche o cambiar de trabajo) demasiado rápidamente?	SI	NO
127	... hacía cosas tales como: gastar demasiado dinero, conducir de forma peligrosa o meterse en negocios o hacer inversiones de forma imprudente?	SI	NO
128	... tenía tendencia a ignorar o a no respetar las normas sociales o a llevar a cabo actividades ilegales?	SI	NO
129	... tenía experiencias o visiones místicas?	SI	NO
130	... tenía experiencias extra-sensoriales?	SI	NO
131	... si ha respondido “SÍ” a alguna de las preguntas anteriores (de la 109 a la 130), ¿estabagravemente perturbado o preocupado o impedido por lo que le sucedía?  ( ) No he respondido SÍ alguna de las preguntas anteriores	SI	NO

*Muchas personas sufren cambios en el estado de ánimo, en el nivel de energía, en los intereses o el grado de eficiencia, a lo largo del año o incluso en el período de un día*

**En el curso de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

132	.. le resultaba difícil (es decir, más difícil que lo que es común para sus amigos o conocidos) trabajar o ser productivo en las primeras horas de la mañana?	SI	NO
133	... le resultaba difícil (es decir, más difícil que lo que es común para sus amigos o conocidos)trabajar o ser productivo por la tarde o por la noche?	SI	NO
134	... se volvía irritable o tenía dificultades de funcionamiento cuando se alteraba su rutina cotidiana (por ejemplo, si tenía que levantarse, comer o comenzar a trabajar en un horario diferente al habitual)?	SI	NO
135	... notaba que su estado de ánimo, su energía, sus intereses y su eficiencia	SI	NO

	mejoraban considerablemente cuando se respetaban sus rutinas cotidianas?		
136	... si por algún motivo dormía menos de lo usual, notaba que realmente tenía más energía, en lugar de menos, al día siguiente? <i>Nota: siempre y cuando no sea debido a viajes a zonas horarias diferentes.</i>	SI	NO
137	¿Es usted el tipo de persona que sufre cambios en el estado de ánimo, el nivel de energía o de bienestar físico: a) según el tiempo (por ejemplo, dependiendo del sol, la lluvia, la humedad o el frío)? b) según la estación del año o con los cambios de estación? c) después de viajes con variaciones en el huso horario superiores a 4 horas? ( ) Nunca he realizado un viaje con variaciones en huso horario superiores a 4 horas d) Si es mujer: en función de su ciclo menstrual? ( ) Nunca he tenido la menstruación	SI	NO

*Las siguientes preguntas se refieren a cambios en el sueño y su rutina. Por favor, NO tenga en cuenta, a la hora de responder, aquellos cambios que se hayan producido en momentos en los que estaba enfermo físicamente, cuando tomaba fármacos que tuvieran un efecto sobre el sueño o, si es usted mujer, durante el embarazo.*

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

138	... se sentía continuamente somnoliento? <i>Nota: siempre y cuando no se deba a los horarios laborales</i>	SI	NO
139	... tenía dificultades para dormirse? <i>Nota: siempre y cuando no se deba a los horarios laborales</i>	SI	NO
140	... se despertaba repetidamente durante la noche y tenía dificultades para volverse a quedar dormido? <i>Nota: siempre y cuando no se deba a los horarios laborales</i>	SI	NO
141	se despertaba por la mañana antes de lo que le hubiese gustado y no lograba conciliar el sueño de nuevo? <i>Nota: siempre y cuando no se deba a los horarios laborales.</i>	SI	NO
142	... necesitaba dormir (por la noche o durante el día) más que de costumbre? <i>Nota: siempre y cuando no se deba a los horarios laborales</i>	SI	NO
143	... estaba días sin dormir, o dormía menos que de costumbre, y no se sentía cansado?	SI	NO
144	... en alguna ocasión ha tenido grandes dificultades para quedarse dormido antes o después de llevar a cabo algún tipo de actividad física social o laboral estimulante (por ejemplo un viaje, las vacaciones, el comienzo de un nuevo año escolar o de un nuevo puesto laboral)?	SI	NO

*Algunas personas notan que su sueño cambia considerablemente en determinadas estaciones del año, cuando se producen cambios de estación, cuando realizan viajes a zonas con distinto uso horario o, si son mujeres, en momentos relacionados con su ciclo menstrual.*

145	¿Cambia la calidad de su sueño o aumenta su necesidad de dormir en determinada/s estación/es del año o durante los cambios de estación?	SI	NO
146	¿Cambia la calidad de su sueño o aumenta su necesidad de dormir cuando viaja a una zona con un huso horario de al menos 4 horas de diferencia? ( ) Nunca he realizado un viaje con variaciones en huso horario superiores a 4 horas.	SI	NO
147	¿Cambia la calidad de su sueño o disminuye su necesidad de dormir cuando viaja a una zona con un huso horario de al menos 4 horas de diferencia? ( ) Nunca he realizado un viaje con variaciones en huso horario superiores a 4 horas.	SI	NO
148	¿Cambia la calidad de su sueño o aumenta su necesidad de dormir en algún	SI	NO

	momento de su ciclo menstrual? ( ) Nunca he tenido menstruación		
149	¿Cambia la calidad de su sueño o disminuye su necesidad de dormir en algún momento de su ciclo menstrual? ( ) Nunca he tenido menstruación	SI	NO

*Las siguientes preguntas se refieren a cambios en el apetito, en el deseo o actividad sexual, y a ciertos síntomas físicos que puede haber experimentado. Estamos interesados solamente en aquellos cambios que pueda haber experimentado en momentos en los que no estaba enfermo, no estaba embarazada, o no tomaba fármacos que pudieran afectar a su apetito o actividad sexual.*

**A lo largo de su vida, incluyendo cuando era un niño, ¿recuerda haber tenido (o le han dicho que tuviera) períodos, de al menos 3-5 días, durante los cuales:**

150	... no le apetecía o no le gustaba ningún alimento?	SI	NO
151	... necesitaba, constantemente, ingerir grandes cantidades de dulces o carbohidratos?	SI	NO
152	... incrementó considerablemente su apetito o su peso?	SI	NO
153	... disminuyó considerablemente su apetito o su peso?	SI	NO
154	... era menos activo sexualmente que de costumbre?	SI	NO
155	... tenía dificultades para excitarse sexualmente?	SI	NO
156	... tenía dificultad para llegar al orgasmo?	SI	NO
157	... se sentía más interesado en el sexo que de costumbre?	SI	NO
158	... cambiaba frecuentemente de pareja sexual?	SI	NO
159	... sentía, con frecuencia, molestias físicas (no debidas a la ingesta de fármacos) como, por ejemplo: a) dolor de cabeza? b) boca seca? c) estreñimiento? d) náuseas u otros problemas gástricos o intestinales?	SI	NO
160	... era más sensible, o menos sensible, que de costumbre al calor, al frío o al dolor?	SI	NO
161	... si ha respondido "SÍ" a alguna de las preguntas anteriores (de la 132 a la 160), ¿estaba gravemente perturbado o preocupado o impedido por lo que le sucedía? ( ) No he respondido SÍ a alguna de las preguntas anteriores	SI	NO

### **ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## Consentimiento Informado

La investigación en la que se lo invita a participar tiene por objetivo el evaluar varios instrumentos de detección y diagnósticos de diferentes desórdenes del ánimo.

El estudio consiste en completar una serie de formularios, encuestas y entrevistas clínicas con profesionales especialmente entrenados en el uso de los instrumentos antes mencionados. Esta investigación es clínica, y no involucra ningún método experimental en el abordaje terapéutico, el que será brindado en base a la mejor práctica independientemente de la participación en este estudio.

Los datos recogidos del modo antes citado serán utilizados con diversos fines:

1. Aumentará la información clínica de sus terapeutas para mejorar y adaptar los abordajes terapéuticos de manera más precisa según las evidencias actuales en el campo de la especialidad.

2. Se utilizarán los datos, en forma **anónima**, con fines estadísticos para una mayor comprensión de la utilidad de los instrumentos utilizados y un conocimiento más detallado de los diferentes desórdenes del ánimo investigados.

3. Los resultados del análisis estadístico serán presentados en congresos científicos o publicados en revistas de la especialidad con el objetivo de difundir los conocimientos generados por la presente investigación.

La participación en este estudio consiste básicamente en:

A. Completar varios formularios siguiendo las indicaciones escritas y las brindadas por el profesional que entrega las mismas.

B. Participar de una o dos entrevistas con un profesional (psicólogo o psiquiatra) especialmente entrenado en los métodos de investigación.

C. En una segunda etapa (más adelante en el tiempo), completar una serie de evaluaciones y fichas de seguimiento con el propósito de confirmar los resultados y conocer la evolución del cuadro clínico objeto de tratamiento.

*Por la presente autorizo a utilizar los datos obtenidos de esta investigación, en forma anónima, con fines estadísticos y para la publicación de los resultados obtenidos en congresos o publicaciones especializadas, a sabiendas que si así lo deseo en alguna instancia, puedo solicitar se reboque el presente consentimiento y por tanto se me*

*excluya de la presente investigación, no teniendo en tal caso que explicitar otras razones más que mi deseo de así hacerlo.*

---

Firma y aclaración del participante

---

Nº y tipo de documento del  
participante

---

Firma del profesional

---

Sello y aclaración del profesional

## ANEXO 4: LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

Capítulo	Tablas, Figuras y gráficos	Página
III	Tabla 3.1. Grupos de trastornos de la personalidad del eje II – DSM-IV-TR y DSM-V	29
III	Tabla 3.2. Tendencias en cambios taxonómicos del Trastorno Límite de la Personalidad del DSM-IV-TR al DSM-V.	37
IV	Tabla 4.1. Criterios de diagnóstico del Trastorno Bipolar, según el DSM-IV-TR.	55
IV	Tabla 4.2. Claves de criterios diagnósticos para diferenciar Trastorno Bipolar I y II.	57
VI	Tabla 6.1. Grupos y tipos de trastornos de la personalidad.	88
VI	Figura 6.1. Espectro Bipolar de Akiskal.	92
VI	Tabla 6.2. Criterios del Espectro Bipolar de Ghaemi.	93
VII	Tabla 7.1. Conceptualización histórica del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad.	104
X	Tabla 10.1. Variables independientes y dependientes del estudio.	116
X	Tabla 10.2. Criterios de inclusión y exclusión en la muestra de evaluación.	119
X	Tabla 10.3. Instrumentos de evaluación auto-aplicados previo a evaluación diagnóstica.	124
X	Tabla 10.4. Instrumentos de evaluación hetero-aplicados previo y durante evaluación diagnóstica.	124
X	Tabla 10.5. Instrumentos de evaluación y variables de análisis.	126
XII	Tabla 12.1 Variables demográficas.	143
XII	Tabla 12.2. Distribución de grupos de diagnóstico.	145
XII	Tabla 12.3. Estadísticos descriptivos de evaluaciones.	148
XII	Tabla 12.4. Matriz de correlaciones de Pearson entre el temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, ánimo y bipolaridad.	150
XII	Tabla 12.5. Correlaciones de Pearson entre los factores de gravedad y el temperamento afectivo.	154
XII	Tabla 12.6. Diferencias en el temperamento afectivo entre grupos diagnósticos. Pruebas no paramétricas.	158
XII	Tabla 12.7. Diferencias en el temperamento afectivo entre grupos diagnósticos. Pruebas paramétricas.	160
XII	Gráfico 12.1. Diferencias en el temperamento afectivo entre grupos de diagnóstico.	161
XII	Tabla 12.8. Diferencias entre grupos diagnósticos en rasgos de la personalidad. Prueba no paramétrica.	163

XII	Tabla 12.9. Diferencias entre grupos diagnósticos en rasgos de la personalidad. Prueba no paramétrica.	165
XII	Tabla 12.10. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas de bipolaridad. Pruebas no paramétricas.	167
XII	Tabla 12.11. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas de bipolaridad. Pruebas paramétricas.	168
XII	Gráfico 12.2. Diferencias significativas en aspectos bipolares entre grupos diagnósticos.	169
XII	Tabla 12.12. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas del espectro del ánimo. Pruebas no paramétricas.	170
XII	Tabla 12.13. Diferencias entre grupos diagnósticos en función de síntomas del espectro del ánimo. Pruebas paramétricas.	172
XII	Tabla 12.14. Diferencias entre grupos en base a factores de gravedad. Análisis no paramétrico.	174
XII	Tabla 12.15. Diferencias entre grupos en base a factores de gravedad. Análisis paramétrico.	175
XII	Tabla 12.16. Diferencias en temperamento afectivo, rasgos de la personalidad, ánimo y factores de riesgo en función del sexo.	177
XII	Tabla. 12.17. Factores de predicción para la comorbilidad TB + TLP.	183
XII	Tabla 12.18. Factores de predicción para el Trastorno Bipolar.	185
XII	Tabla 12.19. Factores de predicción para el Trastorno de Depresión Mayor.	187
XII	Tabla 12.20. Factores de predicción para el Trastorno Límite de la Personalidad.	189
XIII	Gráfica 13.1. Elementos diferenciales entre el Trastorno Bipolar (TB), Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y su comorbilidad TB+TLP.	194