

# Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad

## Clinical severity in bipolar disorder and borderline personality disorder and its comorbidity

Glauco Valdivieso-Jiménez<sup>1</sup>

**Introduction:** Bipolar disorder and borderline personality disorder are diagnoses that have a wide variety of symptoms, however, it is described that the comorbidity of both intensifies the clinical severity as the appearance of a greater number of suicide attempts or self-harm. The objective of the study was to determine and compare the sociodemographic characteristics, clinical severity and symptoms in patients within these 3 groups. **Method:** The type of study was descriptive and qualitative, observational and transversal design. A sample of 92 clinical records of patients treated at the National Hospital Víctor Larco Herrera during the periods of January 2010 to May 2018 was used. Sociodemographic variables (age, sex, marital status, religion, level of education and occupation) and clinical severity (number of hospitalizations, suicide attempts, refusal of medication, response to treatment, substance abuse, current hospitalization and severity symptoms) using a data collection form. **Results:** The sociodemographic variables with statistical significance and higher frequency were female sex ( $p = 0.049$ ), single marital status ( $p = 0.003$ ), catholic religion ( $p = 0.009$ ), as well as the variables of clinical severity with statistical significance were the number of hospitalizations ( $p = 0.015$ ), psychotic symptoms ( $p = 0.009$ ), irritability ( $p = 0.038$ ), impairment ( $p = 0.000$ ) and number of symptoms of severity ( $p = 0.030$ ) in TB, BPD and their comorbidity. **Conclusions:** The clinical severity is associated with the number of hospitalizations, the presence of psychotic symptoms, irritability, dysfunctionality and the number of severe symptoms in patients with only TB diagnosis, BPD and their comorbidity.

**Key words:** Bipolar disorder; borderline personality disorder; comorbidity; severity (source: MeSH).

*Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2019; 57 (2):

Recibido: 27/06/2018

Aceptado: 02/07/2019

\*Estudio realizado en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera durante el periodo de Residencia Médica en Psiquiatría del autor.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado. Conflicto de intereses: El autor declara que no hubo conflicto de intereses.

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra, Psicoterapeuta. Centro para la Investigación, Docencia y Atención Integral en Salud Mental (CENTIDOS). Programa de Tratamiento para Trastorno Límite de la Personalidad. Lima-Perú.

## Introducción

El trastorno bipolar (TB) es una patología caracterizada por inestabilidad del ánimo en la que coexisten períodos de exaltación y de depresión de diversa intensidad, y que tradicionalmente se agrupaban bajo el epígrafe de «psicosis maníaco-depresiva». Han aparecido diversas teorías en relación a la nosología del mismo, llegando a determinarse que se trata de un espectro anímico (o bipolar) con una fuerte susceptibilidad biológica y que se manifiesta con determinadas presentaciones clínicas en su evolución dimensional<sup>1-3</sup>. La prevalencia radica entre un 0,2 y un 1,2% de la población general; se ha venido afirmando que por término medio la prevalencia vital está en torno al 1% de la población general y que la prevalencia de 6 meses es de aproximadamente el 0,5% de la población. La edad de comienzo estaría alrededor de los 20-25 años, y en un 25% de los casos se diagnostica antes de los 17<sup>4-6</sup>.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) posiblemente es la perturbación psiquiátrica más temible, porque da lugar a sintomatología alternante como histriónica, obsesiva, antisocial y psicótica, a una velocidad que hace inoperantes los tratamientos. Se cree que está presente en aproximadamente 1 a 2% de la población y es dos veces más común en mujeres que en hombres. Son jóvenes menores de 20 años, en su mayoría mujeres, que a veces presentan comportamientos absurdos de tipo antisocial o psicótico, o mecanismos histriónicos muy llamativos, o estados disfóricos incomprensibles, o rigideces de pensamiento de apariencia obsesiva, o intentos de suicidio. No toleran la soledad, son hipersensibles al rechazo y carecen de recursos personales para vivir consigo mismos sin angustia<sup>7-9</sup>.

La comorbilidad entre TB y TLP es una condición que amenaza la vida. Ambos trastornos están asociados con tasas elevadas de suicidio, conductas autolesivas y otros rasgos de severidad como mayor estancia hospitalaria, menor respuesta a tratamiento, mayores tasas de abandono y uso mayor de medicamentos<sup>10-18</sup>. Aproximadamente el 20% de los pacientes con diagnóstico de TB o TLP se diagnostican con la otra. La prevalencia de TB

en los sujetos con TLP varía de 5,1 a 78,9%, siendo mucho mayores en cuanto al TB-I que el TB-II<sup>19-23</sup>.

Estudios como el de Apfelbaum et al. (2013) hallaron que los pacientes con comorbilidad TB y TP tipo B presentaron una aparición más temprana y mayor severidad en síntomas, intentos de suicidio, internaciones y autolesiones a comparación de la comorbilidad de TB y depresión mayor<sup>24</sup>. Así también, Gunderson et al. (2006), obtuvieron que los pacientes con TLP tenían una elevada co-ocurrencia significativa de TB siendo un 19,4% a comparación de otros TP y que esto no parece afectar el curso subsecuente del TLP, concluyendo que hay una asociación moderada que llega a involucrar un riesgoso curso clínico<sup>25</sup>.

El objetivo del presente estudio fue determinar y comparar las características sociodemográficas, de severidad clínica y síntomas de gravedad en pacientes con TB, TLP y su comorbilidad.

Debido a que los trastornos del ánimo dentro de la salud mental, en especial, de psiquiatría son un campo de alta prevalencia poco estudiado y comprendido, es de nuestro interés el contribuir al estudio de factores que nos lleven a prevenir y a estimar la severidad clínica, que será de suma importancia durante la evolución y tratamiento de la enfermedad en diagnósticos que por mucho tiempo tienden a confundirse en la práctica clínica y cuya co-ocurrencia podría empeorar su curso.

## Materiales y Métodos

El tipo de estudio fue descriptivo y su diseño fue cualitativo, observacional y de corte transversal. Se empleó una muestra de 92 historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera de Lima-Perú, dentro de los periodos de enero de 2010 hasta mayo de 2018. En las historias clínicas se identificaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, religión, grado de instrucción y ocupación) y de severidad clínica (número de hospitalizaciones, intentos suicidas, rechazo a medicación, respuesta al tratamiento, abuso de sustancias, hospitalización actual y síntomas de gravedad) recogidas en una

ficha de recolección de datos elaborada por el autor. Los criterios de inclusión fueron: pacientes que hayan sido diagnosticados de trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad y la comorbilidad de ambos en los servicios de emergencia, consulta externa y hospitalización de psiquiatría de agudos, que tengan entre 15 a 65 años de edad y que el diagnóstico haya sido registrado como mínimo 02 veces seguida en la historia clínica incluyendo la última consulta, según criterios del CIE-10. Se excluyeron aquellas historias clínicas de pacientes con patología médica o neurológica grave, aquellas con comorbilidad psiquiátrica distinta a las mencionadas y con letra ilegible o información incompleta. Inicialmente se presentó el anteproyecto a la Oficina de Docencia e Investigación y solicitó autorización a la Dirección General de la institución para su aprobación. Previa a la ejecución, se realizó una prueba piloto con la finalidad de añadir observaciones, mejorar el instrumento y verificar la viabilidad en el análisis estadístico. El procesamiento de datos se realizó en el software SPSS 24.0, utilizando la prueba estadística  $\chi^2$  para variables categóricas y pruebas de frecuencia.

## Resultados

Se estudiaron los hallazgos en 3 grupos, uno de trastorno bipolar ( $n = 57$ ), otro de trastorno límite de personalidad ( $n = 14$ ) y de la comorbilidad entre ambos ( $n = 21$ ).

En relación a los datos sociodemográficos, el sexo femenino predominó en todos los grupos, con 63,5% para la fase maniaca, 66,7% depresiva, 92,9% para TLP y 90,5% la comorbilidad. Para edad, el rango de 20-39 años fue más frecuente con 57,7% para fase maniaca, 71,4% TLP y 52,4% comorbilidad. En estado civil, el ser soltero fue más frecuente con 69,2% en fase maniaca, 66,7% depresiva, 92,9% TLP y 52,4% comorbilidad. La religión católica también predominó en los grupos con 73,1% fase maniaca, 66,7% depresiva, 57,1% TLP y 66,7% comorbilidad. El grado de instrucción superior fue mayor en 53,8% de maniacos y 66,7% fase depresiva, además, de grado secundaria que

lo fue en 35,7% de TLP y 52,4% en comorbilidad. Para la ocupación, fueron desempleados en 63,5% en fase maniaca, 35,7% estudiantes con TLP y 57,1% con empleo con comorbilidad. De estas subvariables, el sexo resultó ser más significativo ( $p = 0,049$ ) (Tabla 1).

Para las variables de severidad clínica, el número de hospitalizaciones fue predominante en 46,2% para 2 o más en fase maniaca. Esta variable fue significativa ( $p = 0,015$ ) en los 3 grupos a pesar de no ser frecuente en todos. Los intentos suicidas no fueron predominantes en ningún grupo. El rechazo a la medicación estuvo presente en su mayoría para el 51,9% en fase maniaca, 57,1% en TLP y 52,4% en comorbilidad. La respuesta al tratamiento a su vez fue más frecuente en todos los grupos. El abuso de sustancias tuvo su mayoría en pacientes con TLP en 57,1%. La hospitalización actual menor a 45 días a su vez fue determinante en un 69,2% en pacientes bipolares con fase maniaca (Tabla 2).

En cuanto a los síntomas de gravedad, la agitación psicomotriz fue mayor en el 59,6% de pacientes maniacos, el insomnio a su vez fue mayor en el 75% de estos pacientes, 66,7% en fase depresiva y 57,1 de comorbilidad; la ansiedad fue frecuente en los 3 grupos, mientras que la desinhibición sexual no lo fue, los síntomas psicóticos fueron más frecuentes en el 57,7% de maniacos siendo una variable significativa ( $p = 0,009$ ), la conducta suicida fue predominante en el 66,7% de pacientes en fase depresiva, la irritabilidad en el 86,5% de maniacos, 64,3% de TLP y 61,9% de la comorbilidad de ambos; la agresividad también lo fue en el 77,8% de maniacos, 64,3% en TLP y 52,4% de casos comórbidos; los síntomas disociativos no fue frecuente en ningún grupo, la disfuncionalidad (laboral, académica, interpersonal) fue mayor en el 84,6% de maniacos, obteniendo significancia estadística ( $p = 0,000$ ). En cuanto al número de síntomas de gravedad, de 6 a 10 fueron más frecuentes en 55,8% de maniacos y el 50% de TLP, mientras que de 1 a 5 fue mayor en fase depresiva y comorbilidad. Finalmente, esta variable también obtuvo significancia estadística ( $p = 0,030$ ) (Tabla 3).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con diagnóstico único y comorbilidad TB y TLP

Datos sociodemográficos	Dx único										Comorbilidad TB+TLP (CIE-10) (n = 21)	χ <sup>2</sup>	p	
	Trastorno bipolar (CIE-10)					TLP (CIE-10)								
	Maniaco (n = 52)		Depresivo (n = 3)		Míxto (n = 2)		TLP (CIE-10) (n = 14)		TB+TLP (CIE-10) (n = 21)					
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo														
Masculino	19	36,5	1	33,3	0	0	1	7,1	2	9,5	2	9,5	9,534	<b>0,049+</b>
Femenino	33	63,5	2	66,7	2	100	13	92,9	19	90,5	19	90,5		
Edad														
0-19	1	1,9	0	0	0	0	3	21,4	1	4,8	1	4,8	15,808	0,200
20-39	30	57,7	1	33,3	1	50	10	71,4	11	52,4	11	52,4		
40-59	13	25	1	33,3	0	0	1	7,1	5	23,8	5	23,8		
60 a más	8	15,4	1	33,3	1	50	0	0	4	19	4	19		
Estado civil														
Soltero	36	69,2	2	66,7	0	0	13	92,9	11	52,4	11	52,4	35,782	<b>0,003+</b>
Casado	6	11,5	0	0	1	50	0	0	4	19	4	19		
Conviviente	5	9,6	0	0	0	0	0	0	3	14,3	3	14,3		
Divorciado	5	9,6	0	0	0	0	1	7,1	2	9,5	2	9,5		
Viudo	0	0	1	33,3	1	50	0	0	1	4,8	1	4,8		
Religión														
Católico	38	73,1	2	66,7	0	0	8	57,1	14	66,7	14	66,7	26,459	0,009+
Evangélico	1	1,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Otros (Testigos de Jehová)	12	23,1	1	33,3	1	50	6	42,9	7	33,3	7	33,3		
No consigna	1	1,9	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0		
Grado de instrucción														
Analfabeto													12,304	0,422
Primaria	4	7,7	1	33,3	0	0	1	7,1	0	47,6	0	47,6		
Secundaria	20	38,5	0	0	1	50	5	35,7	10	52,4	10	52,4		
Superior	28	53,8	2	66,7	1	50	7	50	11	52,4	11	52,4		
No consigna	0	0	0	0	0	0	1	7,1	0	14,3	0	14,3		
Ocupación														
Empleado	11	21,2	1	33,3	0	0	3	21,4	3	14,3	3	14,3	22,530	0,127
Desempleado	33	63,5	1	33,3	2	100	4	28,6	12	57,1	12	57,1		
Estudiante	3	5,8	0	0	0	0	5	35,7	2	9,5	2	9,5		
Hogar	5	9,6	1	33,3	0	0	1	7,1	4	18,2	4	18,2		
Pensionado	0	0	0	0	0	0	1	7,1	0	0	0	0		

\*p &lt; 0,05, significancia estadística.

Tabla 2. Comparación de datos de severidad clínica de pacientes con diagnóstico único y comorbilidad TB y TLP

Severidad clínica	Dx único										Comorbilidad	$\chi^2$	P
	Trastorno bipolar (CIE-10)												
	Maníaco (n = 52)		Depresivo (n = 3)		Míxto (n = 2)		TLP (CIE-10) (n = 14)		TB+TLP (CIE-10) (n = 21)				
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Número de hospitalizaciones	Ninguna	9	17,3	2	66,7	1	50	10	71,4	7	33,3	19,020	<b>0,015</b>
	Una	19	36,5	0	0	0	0	3	21,4	7	33,3		
	2 o más	24	46,2	1	33,3	1	50	1	7,1	7	33,3		
Intentos suicidas previos	Ninguno	35	67,3	2	66,7	1	50	8	57,1	12	57,1	6,507	0,591
	Uno	9	17,3	0	0	1	50	1	7,1	5	23,8		
	2 o más	8	15,4	1	33,3	0	0	5	35,7	4	19,0		
Rechazo a medicación	Sí	27	51,9	0	0	2	100	6	42,9	10	47,6	5,369	0,251
	No	25	48,1	3	100	0	0	8	57,1	11	52,4		
Respuesta al tratamiento	Sí	13	25,0	1	33,3	0	0	1	7,1	7	33,3	3,997	0,406
	No	39	75,0	2	66,7	2	100	13	92,9	14	66,7		
Abuso de sustancias	Sí	22	42,3	0	0	0	0	8	57,1	8	38,1	5,078	0,279
	No	30	57,7	3	100	2	100	6	42,9	13	61,9		
Hospitalización actual	No	14	26,9	2	66,7	0	0	8	57,1	14	66,7	14,457	0,071
	< 45 días	36	69,2	1	33,3	2	100	6	42,9	7	33,3		
	> 45 días	2	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0		

\*p &lt; 0,05, significancia estadística.

Tabla 3. Comparación de síntomas de gravedad de pacientes con diagnóstico único y comorbilidad TB y TLP

Síntomas de gravedad	Dx único												Comorbilidad	χ <sup>2</sup>	p
	Trastorno bipolar (CIE-10)						TB+TLP (CIE-10)								
	Maníaco (n = 52)		Depresivo (n = 3)		Mixto (n = 2)		TLP (CIE-10) (n = 14)		TB+TLP (CIE-10) (n = 21)						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Agitación psicomotriz	Sí	31	59,6	1	33,3	2	100	6	42,9	6	28,6	8,399	0,078		
	No	21	40,4	2	66,7	0	0	8	57,1	15	71,4				
Insomnio	Sí	39	75,0	2	66,7	2	100	6	42,9	12	57,1	7,010	0,135		
	No	13	25,0	1	33,3	0	0	8	57,1	9	42,9				
Ansiedad	Sí	41	78,8	3	100	1	50	11	78,6	20	95,2	5,115	0,276		
	No	11	21,2	0	0	1	50	3	21,4	1	4,8				
Desinhibición sexual	Sí	25	48,1	0	0	1	50	2	14,3	7	33,3	7,735	0,102		
	No	27	51,9	3	100	1	50	12	85,7	14	66,7				
Síntomas psicóticos	Sí	30	57,7	1	33,3	2	100	2	14,3	6	28,6	13,638	<b>0,009</b>		
	No	22	42,3	2	66,7	0	0	12	85,7	15	71,4				
Conducta suicida	Sí	8	15,4	2	66,7	1	50	6	42,9	4	19,0	9,104	0,059		
	No	44	84,6	1	33,3	1	50	8	57,1	17	81,0				
Irritabilidad	Sí	45	86,5	1	33,3	2	100	9	64,3	13	61,9	10,157	<b>0,038</b>		
	No	7	13,5	2	66,7	0	0	5	35,7	8	38,1				
Agresividad	Sí	41	78,8	1	33,3	2	100	9	64,3	11	52,4	7,964	0,093		
	No	11	21,2	2	66,7	0	0	5	35,7	10	47,6				
Síntomas disociativos	Sí	4	7,7	0	0	0	0	5	35,7	5	23,8	8,940	0,063		
	No	48	92,3	3	100	2	100	9	64,3	16	76,2				
Disfuncionalidad (ocupacional, académica, interpersonal)	Sí	44	84,6	3	100	2	100	7	50,0	7	33,3	22,806	<b>0,000</b>		
	No	8	15,4	0	0	0	0	7	50,0	14	66,7				
Número de síntomas de gravedad	1-5	23	44,2	2	66,7	0	0	7	50,0	17	81,0	10,728	<b>0,030</b>		
	6-10	29	55,8	1	33,3	2	100	7	50,0	4	19,0				

\*p &lt; 0,05, significancia estadística.

## Discusión

La comorbilidad entre el TB y TLP es frecuente en nuestro medio. Revisiones sistemáticas como el de Fornaro et al. (2016) confirman que la comorbilidad está latente en uno de cada 5 pacientes que experimentan síntomas combinados de ambos diagnósticos<sup>26</sup>.

De las características sociodemográficas, el sexo femenino, la religión católica y estado civil soltero son predominantes en los grupos de estudio. Estos hallazgos concuerdan con los trabajos antecesores. Son aspectos que no necesariamente juegan un papel determinante en la severidad clínica debido a la heterogeneidad de las muestras, pero nos dan una visión general del paciente en la práctica psiquiátrica habitual.

En cuanto a las características de severidad clínica que resultaron significativas, como el número de hospitalizaciones previas más de 2 en aquellos con trastorno bipolar fase maniaca, concuerda con los hallazgos de Mazzarini et al. (2018), en el que concluyen que 2,6 hospitalizaciones en promedio han tenido aquellos pacientes que cumplían con criterios de alta recurrencia de sintomatología bipolar, en una muestra de pacientes depresivos que en el tiempo viraron a este diagnóstico tomándolos como pacientes de riesgo. Por otro lado, los intentos suicidas, no resultaron ser un criterio de gravedad y frecuencia en nuestra muestra y así también lo reporta Mazzarini en donde los pacientes, incluidos con más de 3 características de gravedad sintomatológica bipolar, presentaban menor número de intentos suicidas. Aun así, no fue significativo en nuestros hallazgos<sup>27</sup>.

El rechazo a la medicación estuvo presente en su mayoría para los pacientes con trastorno bipolar predominantemente con fase maniaca, y la falta de respuesta al tratamiento en aquellos con trastorno bipolar fase maniaca y comórbidos con trastorno límite de personalidad.

El abuso de sustancias no fue un patrón predominante en la muestra de pacientes, tanto con diagnóstico único de TB y comórbido, sin embargo, sí se evidenció en aquellos con diagnóstico de TLP en un poco más de la mitad de la muestra

dentro de esta categoría. Esto se contradice a lo evidenciado por McDermid et al. (2015) cuya muestra altamente representativa y con resultados significativos para los grupos de trastorno bipolar I y II comórbidos con TLP, tuvieron antecedentes de consumo de sustancias, incluyendo abuso de alcohol<sup>28</sup>.

La hospitalización actual como un ítem de severidad se presenta en la mayoría de los casos únicos de trastorno bipolar fase maniaca con un tiempo menor a 45 días en el momento de la toma de datos. Este hallazgo no se da en la mayoría de los pacientes con comorbilidad y con diagnóstico único de trastorno límite de personalidad. Esto podría deberse a la confusión habitual en el criterio diagnóstico de considerar un diagnóstico único o comórbido lo cual afecta la prevalencia real de los mismos. Otra hipótesis radica en la naturaleza breve de las crisis en TLP y que incluso predominan en situaciones de emergencia en los casos comórbidos, mientras que en el trastorno bipolar el estado anímico domina la sintomatología general tornándose más florida requiriendo más rápida intervención.

En cuanto a los síntomas de gravedad, obtuvimos que la impulsividad puede ser manifestada objetivamente mediante conductas deliberadas como en la suicidabilidad y agresividad, sin embargo, contrariamente a los estudios antecesores, la conducta suicida no fue una característica importante en frecuencia ni significativa para los 3 grupos de pacientes, no siendo así para la agresividad que, a pesar de presentarse en los mismos, tampoco alcanzó la significancia estadística. Estos datos son comparables a los de Di Giacomo et al. (2017), quienes encontraron en su muestra de pacientes con TB una predominancia de agresividad e irritabilidad, mientras que en su muestra de pacientes con TLP la conducta parasuicida fue significativa<sup>28</sup>. De la misma manera, Bayes et al. (2016) determinaron que la conducta suicida y la agresividad representan síntomas representativos en grupos de pacientes con comorbilidad TB + TLP y que en estos últimos las conductas autolesivas y suicidabilidad resultaron ser un factor predictor de severidad clínica<sup>29</sup>. Moor et al. (2012), también concluyeron

que las conductas suicidas predominan a manera de sinergismo cuando existe comorbilidad<sup>30</sup>.

Los síntomas psicóticos se presentan más frecuentemente en pacientes con trastorno bipolar fase maníaca y que podría deberse a que la mayor parte de la muestra fue captada en los Servicios de Hospitalización de Agudos por lo que de por sí ya es un criterio de gravedad en este tipo de pacientes. No es frecuente en estudios donde se evalúe la comorbilidad de TB y TLP se incluyan estos síntomas, sin embargo, Mazarini (2018) en una muestra de TB encontró que los síntomas psicóticos se dan mayormente en fases depresivas. La agitación psicomotriz en este mismo estudio no fue significativa para TB, lo cual concuerda con los resultados presentados.

Ansiedad e insomnio fueron dos síntomas que estuvieron presentes con frecuencia incrementada en los 3 grupos de pacientes sin alcanzar significancia. Estos hallazgos también fueron evidenciados por Shen (2017) en un grupo de pacientes con TB y TLP que tuvieron mayor co-ocurrencia de trastornos del sueño y de ansiedad, comparado con pacientes con trastorno depresivo y TLP comórbido con las mismas características<sup>31</sup>.

Aparentemente, los síntomas disociativos como la despersonalización y desrealización, son características que solo se evalúan en individuos dentro de una muestra de TLP en los estudios habituales, así como también la desinhibición sexual e insomnio. Los resultados actuales nos demuestran que estos dos primeros no son comunes en los 3 grupos de pacientes, caso contrario al insomnio que se encontró principalmente en TB. Ninguno de estos síntomas fue significativo. DiGiacomo et al. (2017) reportaron que los síntomas disociativos fueron más frecuentes en pacientes TLP y el mayor interés sexual e insomnio en aquellos con TB.

La disfuncionalidad fue una variante clínica que se encontró con mayor frecuencia en pacientes con TB, en la mitad de TLP y sin efecto en el grupo de comorbilidad. A pesar de los resultados, resultó ser una variable significativa, que tuvo concordancia

con las conclusiones de Zheng (2015) y Goodman (2012), que asociaron los hallazgos de mayores intentos suicidas e impulsividad en pacientes comórbidos como una consecuencia de la alta disfuncionalidad interpersonal y pobre soporte social<sup>32,33</sup>. Así mismo, Zimmerman (2015), encontró diferencias comparativas en pacientes con TB y TLP como diagnóstico único, determinando mayor disfuncionalidad laboral actual en el primer grupo<sup>34</sup>. Frías, Baltasar y Birmaher (2016) concluyeron que el impacto en la afectividad negativa del TLP sobre el TB en la comorbilidad implica empeoramiento de la funcionalidad<sup>35</sup>.

## Conclusiones

- El ser de sexo femenino, soltero y de religión católica son características frecuentes en los pacientes con diagnóstico único de TB, TLP y su comorbilidad.
- La severidad clínica está asociada a número de hospitalizaciones, la presencia de síntomas psicóticos, irritabilidad, disfuncionalidad y el número de síntomas de gravedad en los pacientes con diagnóstico único de TB, TLP y su comorbilidad.

## Limitaciones

Existen varias limitaciones en el presente estudio. La principal debilidad es la naturaleza retrospectiva y descriptiva, aunque con análisis comparativo. Otra limitación fue la heterogeneidad en la toma de muestra puesto que provenían de distintos servicios de psiquiatría, el tamaño muestral y el hecho de tomar datos mediante revisión de historias clínicas. Este último aspecto es importante de resaltar ya que al hacer esto se pierde objetividad en el diagnóstico proveniente de diferentes médicos sin aplicación de escalas psicométricas y solamente guiados bajo criterios diagnósticos del CIE-10.

## Resumen

**Introducción:** El trastorno bipolar y trastorno límite de personalidad son diagnósticos que poseen gran variedad de síntomas, sin embargo, se describe que la comorbilidad de ambos intensifica la severidad clínica como la aparición de mayor número de intentos suicidas o autolesiones. El objetivo del estudio fue determinar y comparar las características sociodemográficas, severidad clínica y síntomas de gravedad en pacientes dentro de estos 3 grupos. **Método:** El tipo de estudio fue descriptivo y diseño cualitativo, observacional y transversal. Se empleó una muestra de 92 historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera durante los periodos de enero de 2010 hasta mayo de 2018. Se identificaron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, religión, grado de instrucción y ocupación) y de severidad clínica (número de hospitalizaciones, intentos suicidas, rechazo a medicación, respuesta al tratamiento, abuso de sustancias, hospitalización actual y síntomas de gravedad) utilizando una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Las variables sociodemográficas con significancia estadística y mayor frecuencia fueron el sexo femenino ( $p = 0,049$ ), estado civil soltero ( $p = 0,003$ ), religión católica ( $p = 0,009$ ), así como también las variables de severidad clínica con significancia estadística fueron el número de hospitalizaciones ( $p = 0,015$ ), síntomas psicóticos ( $p = 0,009$ ), irritabilidad ( $p = 0,038$ ), disfuncionalidad ( $p = 0,000$ ) y número de síntomas de gravedad ( $p = 0,030$ ) en TB, TLP y su comorbilidad. **Conclusiones:** La severidad clínica está asociada a número de hospitalizaciones, la presencia de síntomas psicóticos, irritabilidad, disfuncionalidad y el número de síntomas de gravedad en los pacientes con diagnóstico único de TB, TLP y su comorbilidad.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar; trastorno límite de personalidad; comorbilidad; severidad (fuente: DeCS BIREME).

## Referencias bibliográficas

1. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11ª edición. Wolters Kluwers (2014).
2. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Edición Revisada. Mc Graw-Hill Interamericana (2009).
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014.
4. Bolton S, Gunderson JG. Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (9): 1202-7.
5. Akiskal H. The Emergence of the Bipolar Spectrum: Validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacol Bull* 2008; 40 (4): 99-115.
6. Zimmerman M, Galione JN, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, et al. Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (9): 1212-7.
7. Stone M. Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (7): 1126-8.
8. Eftekhari M, Shabani A. Borderline personality disorder is not a subtype of bipolar disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 15 (2): 147-58.
9. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord* 2005; 19 (5): 487-504.
10. Galione J, Zimmerman M. A comparison of

- depressed patients with and without borderline personality disorder: Implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *J Pers Disord* 2010; 24 (6): 763-72.
11. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Personality and Personality Disorders. American Psychiatric Association. Versión actualizada el 21 de junio de 2011.
  12. Deltito J, Martin L, Riefkohl J, Austria B, Kissilenko A. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord* 2001; 67 (1-3): 221-8.
  13. Berrocal C, Ruiz Moreno MA, Rando MA, Benvenuti A, Cassano GB. Borderline personality disorder and mood spectrum. *Psychiatry Res* 2008; 159 (3): 300-7.
  14. Benazzi F. Borderline personality-bipolar spectrum relationship. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30 (1): 68-74.
  15. Paris J, Gunderson J, Weinberg, I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 145-54.
  16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
  17. Vohringer et al. The International Mood Network (IMN) Nosology Project: differentiating borderline personality from bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 1-7.
  18. Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord* 1999; 52 (1-3): 135-44.
  19. Strejilevich S, Retamal-Carrasco P. Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centers in Argentina and Chile. *Vertex* 2003; 14 (54): 245-52.
  20. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Treatment-latency and previous episodes: relationships to pretreatment morbidity and response to maintenance treatment in bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5 (3): 169-79.
  21. Smith DJ, Ghaemi NS. Hypomania in clinical practice. *Adv Psychiatr Treat* 2006; 12: 110-20.
  22. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25 (4): 713-37.
  23. Paris J. Borderline or Bipolar? Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Spectrum Disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12 (3): 140-5.
  24. Apfelbaum S, Regalado P. La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41 (5): 269-78.
  25. Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kuepenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, et al. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (7): 1173-8.
  26. Fornaro M, Orsolini L, Marini S, De Berardis D, Perna G, Valchera A, et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 195: 105-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040>.
  27. Mazzarini L, Kotzalidis GD, Piacentino D, Rizzato S, Angst J, Azorin JM, et al. Is recurrence in major depressive disorder related to bipolarity and mixed features? Results from the BRIDGE-II-Mix study. *J Affect Disord* 2018; 229: 164-70. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.062.
  28. di Giacomo E, Aspesi F, Fotiadou M, Arntz A, Aguglia E, Barone L, et al. Unblending Borderline Personality and Bipolar Disorders. *J Psychiatr Res* 2017; 91:90-97. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.03.006.
  29. Bayes AJ, Parker GB. Clinical vs. DSM diagnosis of bipolar disorder, borderline personality disorder and their co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 1-7. DOI: 10.1111/acps.12678.
  30. Moor S, Crowe M, Luty S, Carter J, Joyce PR. Effects of comorbidity and early age of onset in young people with Bipolar Disorder on self-harming behaviour and suicide attempts. *J Affect Disord* 2012; 136 (3): 1212-5. DOI: 10.1016/j.

- jad.2011.10.018.
31. Cheng-Che Shen, Li-Yu Hu, Ya-Han Hu. Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Med Inform Decis Mak* 2017; 17: 8. DOI 10.1186/s12911-016-0405-1.
  32. Zeng R, Cohen L, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen Z, et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res* 2015; 226: 361-7.
  33. Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J. Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14 (1): 79-85. DOI: 10.1007/s11920-011-0249-4.
  34. Zimmerman M, Ellison W, Morgan T, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Psychosocial morbidity associated with bipolar disorder and borderline personality disorder in psychiatric out-patients: comparative study. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 1-5. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.153569.
  35. Frías A, Baltasar I, Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord* 2016; 202: 210-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048>.

---

Correspondencia:

Glauco Valdivieso Jiménez  
 Jirón Arequipa 133, Dpto. 505, Magdalena del  
 Mar, Lima, Perú.  
 Teléfono: +51944000518  
 Email: [glauco.valdivieso@unmsm.edu.pe](mailto:glauco.valdivieso@unmsm.edu.pe)