

Trastornos de personalidad en pacientes bipolares tipo II

E. Vieta
F. Colom
A. Martínez-Arán
A. Benabarre
C. Gastó

El trastorno bipolar tipo II (TBII), definido como la alternancia de episodios de depresión mayor e hipomanía, es, según indica la revisión de Dunner (1993) completamente distinto de otros trastornos afectivos en lo que respecta a aspectos genéticos, biológicos, clínicos y farmacológicos. Las diferencias clínicas podrían incluir una mayor presencia de comorbidad (Coryell y cols., 1985), sobre todo con trastornos de personalidad (TP).

La relación entre TP y trastorno bipolar ha sido menos estudiada que la relación entre TP y depresión unipolar, quizás debido a la posibilidad de confundir aspectos relativos al estado y al rasgo. Varios autores refieren una estrecha relación entre TP y trastornos bipolares (Flick y cols., 1993; O'Connell y cols., 1991; Peselow y cols., 1995). Algunos estudios hallan cifras de comorbidad que oscilan entre el 9 y el 23% (Carpenter y cols., 1995; Fabrega y cols., 1986; Koenigsberg y cols., 1985), pero otros, usando criterios diferentes hallan un mayor porcentaje (42%; Pica y cols., 1990). El diagnóstico de TP en pacientes bipolares puede tener relevancia en el curso del trastorno afectivo, bien sea como factor de riesgo para múltiples episodios (Alnaes y Torgersen, 1997) bien como predictor de mala respuesta a los antidepresivos (Calabrese y cols., 1993), o como variable asociada al riesgo suicida (Wetzler y cols., 1997).

Sin embargo, muchos de los estudios citados se realizaron con muestras que no diferenciaban subtipos del trastorno bipolar, incluyendo bipolares tipo I, tipo II e incluso esquizoafectivos. Los estudios realizados exclusivamente con pacientes bipolares II ofrecen, hasta la fecha, datos no concluyentes.

Con la intención de conocer la influencia del diagnóstico comórbido de TP en el curso y clínica del TP II, estudiamos una muestra de pacientes TP II con comorbidad con TP y los comparamos con pacientes sin comorbidad.

Método

Cuarenta pacientes consecutivos que cumplían criterios RDC de TBII fueron reclutados de entre todos aquellos que acudieron al Centre de Salut Mental de l'Esquerra de l'Eixample, en Barcelona. Una vez descrito el estudio, se obtuvo el consentimiento informado -por escrito- para la obtención de los datos referentes a la clínica y la personalidad de estos pacientes. Todos los pacientes fueron evaluados mediante la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS-L; Endicott y Spitzer, 1978), por dos evaluadores independientes. Sólo fueron incluidos aquellos casos en que hubo acuerdo diagnóstico entre ambos evaluadores. El índice de Kappa fue de 0,89, ya que cinco pacientes fueron excluidos al no darse un completo acuerdo diagnóstico. Una vez confirmado el diagnóstico de TBII, los pacientes fueron evaluados mediante la versión en castellano de la SCID-II (Spitzer y cols., 1990; Gómez-Beneyto y cols., 1994) para lograr un diagnóstico lo más sensible posible de los TP. Además, para evitar la influencia del estado clínico en la evaluación de los TP, sólo se administraba el SCID-II cuando los pacientes cumplían criterios RDC de eutimia. Todos los evaluadores habían recibido entrenamiento sistemático en el uso de SADS y SCID-II. Los diagnósticos de TP obtenidos mediante los RDC no se consideraron.

Se obtuvo una completa lista de variables clínicas mediante entrevistas con el paciente y, al menos, un familiar de primer grado. La muestra se dividió en función de la presencia o ausencia de TP, formándose un grupo de 27 pacientes sin TP y otro de 13 pacientes con TP, que fueron comparados. La estadística utilizada consistió en la prueba de χ^2 con la corrección de Yates o el test exacto de Fisher para la comparación de variables cualitativas y la prueba *t* de Student para datos cuantitativos. Se establecieron como significativos los valores de *p* inferiores a 0,05.

Correspondencia:
Eduard Vieta Pascual
Ronda San Antonio, 58, 6º 1ª
08001 Barcelona

Resultados

Trece de los cuarenta pacientes TBII (32,5%) cumplían criterios DSM-III-R para, al menos, un TP. Un paciente recibió dos diagnósticos de TP (trastorno histriónico y trastorno límite). El trastorno límite (N=5, 12,5%) fue el más frecuente en nuestra muestra, seguido por el trastorno obsesivo de la personalidad (N=3, 7,5%), el histriónico (N=3, 7,5%), el narcicista (N=2, 5%) y el esquizoide (N=1, 2,5%).

Cuando se compararon los pacientes TBII con y sin TP (Tabla 1), no se hallaron diferencias significativas respecto a variables demográficas. Sin embargo, los pacientes con TP mostraban una edad de debut significativamente más joven que los TBII sin TP y un mayor porcentaje de ideación suicida. Otras variables clínicas tales como número de episodios, síntomas psicóticos, ciclación rápida, estacionalidad o antecedentes familiares de patología psiquiátrica no ofrecían ninguna diferencia significativa.

Tabla 1.
Características
cuantitativas y
cualitativas de los
pacientes bipolares II
con y sin TP

	Con TP		Sin TP		t	p
	Media	DS	Media	DS		
Edad	41,3	13,5	49,5	18,7	-1,39	NS
Edad de inicio	24,0	11,0	35,7	16,5	-2,22	0,03
E. hipomaniacos	2,8	3,2	3,7	6,0	-0,48	NS
E. depresivos	4,7	4,3	5,1	7,8	0,18	NS
Nº de ingresos	0,5	0,9	0,4	0,8	0,20	NS
	N	%	N	%		
Sexo					0,12	NS
Hombre	5	38,5	12	44,4		
Mujer	8	61,5	15	55,6		
Estado civil					2,12	NS
Soltero	8	61,5	10	37		
No soltero	5	38,5	17	63		
Primer episodio					4,56	0,06
Depresivo	12	92,3	16	59,3		
Hipomaniaco	1	7,7	11	40,7		
Ciclación rápida					1,39	NS
Presente	4	30,8	4	14,8		
Ausente	9	69,2	23	85,2		
Patrón estacional					0,00	NS
Presente	5	38,5	10	37		
Ausente	8	61,5	17	63		
Síntomas psicóticos					1,18	NS
Sí	3	23,1	8	29,6		
No	10	76,9	19	70,4		
Tentativas autolíticas					8,54	0,006
Sí	7	53,8	3	11,1		
No	6	46,2	24	88,9		
Ideación suicida					12,50	0,004
Sí	11	91,7	7	29,2		
No	1	8,3	17	70,8		
Historia familiar de suicidio					0,11	NS
Sí	2	15,4	3	11,5		
No	11	84,6	23	88,5		
Trastorno afectivo en familiares de primer grado					1,32	NS
Sí	7	53,8	9	34,6		
No	6	46,2	17	65,4		

NS=No Significativo.

Discusión

El TBII puede ser una fuente de confusión diagnóstica para muchos clínicos (Akiskal, 1997). Algunos autores se refieren al TBII como una categoría cuestionable, debido a la baja fiabilidad del diagnóstico de hipomanía y a sus altas ratios de comorbilidad (Cooke y cols., 1995), especialmente con TP. Akiskal (1997) ha cuestionado la validez del diagnóstico de TP en este tipo de pacientes, basándose en la dificultad para diferenciar la sintomatología afectiva subsindrómica y los rasgos patológicos de personalidad. De forma similar, algunos autores no consideran la coexistencia de trastornos afectivos y de la personalidad en un mismo paciente, interpretando toda la clínica del paciente como consecuencia de una base temperamental (Cassano y cols., 1992).

Nuestros porcentajes de TP, si bien no son del todo comparables debido a las técnicas de evaluación y los criterios diagnósticos utilizados, no confirman los resultados de otros estudios; Pica y cols. (1990) hallaron una mayor prevalencia de trastorno histriónico (50%), antisocial (50%) y límite (23%) en una muestra formada por pacientes esquizoafectivos y bipolares tipo I y II. El trastorno límite de la personalidad fue, precisamente, el más prevalente en nuestra muestra (12%), coincidiendo con varios estudios anteriores (Peselow y cols., 1995), aunque no con todos. Kupfer y cols. (1988), por ejemplo, refieren una alta prevalencia de rasgos dependientes y evitativos en su muestra. En nuestro estudio, ningún paciente cumplió criterios DSM-III-R de trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno de la personalidad por evitación o trastorno esquizotípico de la personalidad, aun cuando Coryell y cols. (1985) y Kupfer y cols. (1988) hallan rasgos esquizotípicos en un 18 y un 7%, respectivamente, de pacientes TBII. En nuestra muestra tampoco hallamos ningún TP antisocial. Es posible que la interacción entre rasgo y estado podría ser la responsable de los altos porcentajes de TP antisocial en pacientes bipolares que aparecen en algunos estudios (Black y cols., 1988). Por otra parte, el TP antisocial podría ser más prevalente entre los pacientes bipolares tipo I. La validez del diagnóstico de TP límite en una muestra de trastornos bipolares ha sido cuestionada por varios autores, argumentando que podría tratarse de una forma de diagnosticar erróneamente algo que, en realidad sería un estado mixto (Akiskal y cols., 1989). Un punto interesante de nuestro estudio es, precisamente, que nuestra muestra se obtuvo a partir de pacientes bipolares II que, por definición, no padecen episodios mixtos. Pero, incluso si consideramos una futura inclusión en las nosotaxias oficiales de la posibilidad de que en el TBII se den estados mixtos, este hecho

no sería incompatible con el diagnóstico de TP límite en este tipo de pacientes; en nuestra opinión, la evaluación longitudinal de los TP debería ayudar a resolver esta fuente de error diagnóstico. Nuestros resultados contrastan con los de otros estudios que hallan altos porcentajes de TP obsesivo compulsivo (Matussek y Feil, 1983) en muestras que no distinguen entre trastornos bipolares I y II. Nuestro estudio halla un porcentaje total de TP mayor que el de Charney y colaboradores (1981), que refieren tan sólo un 23% de prevalencia de TP. El estudio de Koenigsberg y cols. (1985) sólo halla un 9% de TP. Esta espectacular variabilidad entre estudios parece estar más relacionada con aspectos metodológicos que con diferencias reales entre poblaciones. Alnaes y Torgersen (1991) refieren importantes diferencias en la prevalencia de TP cuando se evalúa la misma muestra usando el Millon Clinical Multiaxial Inventory o el SCID-II. Dado que muchos estudios no distinguen entre bipolares I y II, ésta podría ser otra importante fuente de variabilidad.

El objetivo del presente estudio no era únicamente determinar la prevalencia de TP en los pacientes con TBII, que estaría claramente limitado por el tamaño muestral, sino -y sobre todo- que aspirábamos a analizar las implicaciones clínicas de dicha comorbilidad. Así, comparamos los subgrupos con y sin TP. Esperábamos encontrar diferencias más espectaculares y significativas, pero las diferencias halladas fueron, de hecho, escasas. Este hallazgo apoya, indirectamente, la validez del TBII como categoría diagnóstica y no apoya la hipótesis de que las diferencias entre el TBII y otros trastornos afectivos serían únicamente debidas a la comorbilidad (Cooke y cols., 1995). Sin embargo, los pacientes TBII con TP parecen iniciar el trastorno afectivo más precozmente, lo cual es consistente con hallazgos similares en muestras de pacientes unipolares (Farmer y Nelson-Gray, 1990). Algunos estudios vinculan inicio precoz y mala evolución en pacientes bipolares tipo I (Keller y cols., 1986; Strober y cols., 1988). La asociación de inicio precoz y TP podría explicarse de dos formas: el TP podría crear una mayor vulnerabilidad a la depresión (en nuestro estudio, un 92% de pacientes bipolares II presentaron un debut depresivo) o, por el contrario, el inicio precoz del trastorno afectivo podría alterar los rasgos de personalidad. Una hipótesis complementaria incluiría un mal manejo del estrés, el abuso de tóxicos o una mayor presencia de acontecimientos vitales entre los pacientes con TP, que explicaría esta diferencia en la edad de inicio.

Aparte de su influencia en la edad de inicio, debemos destacar la relevancia del TP respecto a la con-

ducta suicida de los pacientes con TBII, como señalan otros estudios que refieren un mayor número de intentos autolíticos en los pacientes que presentan de forma concomitante un TP y un trastorno unipolar (Vieta y cols., 1992) o bipolar (Brent y cols., 1988; Lewinsohn y cols., 1995), hecho que puede tener influencia en los altos porcentajes de ideación suicida (Stallone y cols., 1990), intentos autolíticos (Dunner y cols., 1976) y suicidio consumado (Rihmer y cols., 1995) hallados en pacientes bipolares II en distintos estudios. En un estudio reciente, no hallamos ninguna diferencia entre pacientes bipolares tipo I y tipo II respecto a distintas medidas clínicas de suicidio no consumado, pero en este estudio no teníamos en cuenta la comorbilidad (Vieta y cols., 1997). Indirectamente, esto excluye la influencia de otras variables en la asociación entre conducta suicida y TBII, ensalzando la importancia de la comorbilidad con TP.

Esperábamos hallar un peor curso en pacientes con TP, tal y como sugieren algunos autores (Carpenter y cols., 1995) pero, sorprendentemente, ni el número de episodios ni el de hospitalizaciones fue significativamente mayor. Por lo tanto, la influencia en el incremento del riesgo suicida asociada al diagnóstico concomitante de TBII no pasa por un empeoramiento efectivo del curso del trastorno afectivo sino que podría estar debida, por ejemplo, a otros factores como una mayor impulsividad. De todas formas, sería necesario un estudio prospectivo para obtener datos concluyentes sobre el particular.

La limitación más importante de nuestro estudio es el tamaño de la muestra y poder estadístico limitado. Otra limitación es la evaluación de los TP a través, en parte de autoinformes: muchos pacientes no describen adecuadamente su personalidad debido a su escaso insight respecto a su propia conducta y al modo en cómo ésta afecta a los demás (Zimmerman y cols., 1986). Hubiera sido útil obtener información adicional acerca del paciente a través de una entrevista con un informador fiable, como la pareja o los padres del paciente. Sin embargo, los parientes ofrecen a menudo sesgos de confusión estado-rasgo, y el grado de acuerdo entre pacientes e informadores suele ser muy bajo (Peselow y cols., 1995). Una tercera limitación es que el eje II del DSM-III-R incluye un grupo limitado de rasgos de personalidad que no tiene porqué ser representativo de todos los tipos de conducta desadaptativa. En un futuro, los estudios de este tipo deberán incluir la evaluación del temperamento para clarificar si existe una base temperamental específica del TBII que aumente la vulnerabilidad a los TP de este subgrupo. La cuarta limitación se refiere a la fiabilidad de algunos datos,

tales como el número de episodios hipomaniacos. Estos episodios son a menudo "olvidados" en los registros retrospectivos y pueden ser fácilmente confundidos con trastornos caracteriales en pacientes con TP. Por esta razón, hicimos un gran esfuerzo para distinguir ambos síndromes a través de las entrevistas estructuradas.

En resumen, si bien la presencia de TP no parece modificar significativamente el curso del TBII en el sentido de un mayor número de episodios, puede tener una influencia negativa en lo que respecta a conducta suicida y edad de inicio.

Bibliografía

- Akiskal HS. El espectro clínico predominante de los trastornos bipolares. In: Vieta E, Gastó C, eds. *Trastornos Bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag, 1997:194-212.
- Akiskal HS, Cassano GB, Muzetti L, Perugi G, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, Temperament, and Past Course in Primary Major Depressions. I Review of Evidence for a Bipolar Spectrum. *Psychopathology* 1989;22:268-77.
- Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders among patients with various affective disorders. *J Person Disord* 1991;5:107-21.
- Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:336-42.
- Black DW, Winokur G, Bell S, Nasrallah A, Hulbert J. Complicated mania: comorbidity and immediate outcome in the treatment of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:232-6.
- Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581-8.
- Calabrese JR, Rappaport DJ, Kimmel SE, Reece B, Woysville MJ. Rapid cycling bipolar disorder and its treatment with valproate. *Can J Psychiatry* 1993;38(Suppl 2):57-61.
- Carpenter D, Clarkin JF, Glick ID, Wilner PJ. Personality pathology among married adults with bipolar disorder. *J Affect Disord* 1995;34:269-74.
- Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, Muzetti L, Perugi G. Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: With hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *J Affect Disord* 1992;26:127-40.
- Cooke RG, Young T, Levitt AJ, Pearce MM, Joffe RT. Bipolar II: not so different when comorbidity excluded. *Depression* 1995;3:154-6.

- Coryell W, Endicott J, Andreasen N, Keller M. Bipolar I, bipolar II, and nonbipolar major depression among the relatives of affectively ill probands. *Am J Psychiatry* 1985;142:817-21.
- Charney DS, Nelson JC, Quinlan DM. Personality traits and disorder in depression. *Am J Psychiatry* 1981;138:1601-4.
- Dunner DL. A review of the diagnostic status of "bipolar II" for the DSM-IV work group on mood disorders. *Depression* 1993;1:2-10.
- Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry* 1976;11:31-42.
- Endicott J, Spitzer R. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-44.
- Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC, Coffman GA. Descriptive validity of DSM-III depressions. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:573-84.
- Farmer R, Nelson-Gray RO. Personality Disorders and Depression: Hypothetical Relations, Empirical Findings, and Methodological Considerations. *Clin Psychol Rev* 1990;10:453-76.
- Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, Shores MM, Dunner DL. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J Affect Disord* 1993;27:71-9.
- Gómez-Beneyto M, Villar M, Renovell M, Pérez F, Hernández M, Leal C, Cuquerella M, Slock C, Asencio A. The diagnosis of personality disorders with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *J Person Disord* 1994;8:104-10.
- Keller MB, Lavori PW, Coryell W, Andreasen NC, Endicott J, Clayton PJ, Klerman GL, Hirschfeld RMA. Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *JAMA* 1986;255:3318-342.
- Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, Cooper AM. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2462 patients. *Am J Psychiatry* 1985;142:207-12.
- Kupfer DJ, Carpenter LL, Frank E. Is bipolar II a Unique Disorder? *Compr Psychiatry* 1988;29:228-36.
- Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:454-63.
- Matussek P, Feil WB. Personality attributes of depressive patients: results of group comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:783-90.
- O'Connell RA, Mayo JA, Sciutto MS. PDQ-R Personality disorders in bipolar patients. *J Affect Disord* 1991;23:217-21.
- Peselow ED, Sanfilippo MP, Fieve RR. Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *Am J Psychiatry* 1995;152:232-8.
- Pica S, Edwards J, Jackson HJ, Bell RC, Bates GW, Rudd RP. Personality disorders in recent-onset bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 1990;31:499-510.
- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgrew H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995;35:147-52.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB, eds. *Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.
- Stallone F, Dunner DL, Ahearn J, Fieve RR. Statistical predictions of suicide in depressives. *Compr Psychiatry* 1980;21:381-7.
- Strober M, Morrell W, Burroughs J, Lampert C, Danforth H, Freeman R. A family study of bipolar I in adolescence: Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *J Affect Disord* 1988;15:255-68.
- Vieta E, Benabarre A, Gastó C, Nieto E, Colom F, Otero A, Vallejo J. Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:407-9.
- Vieta E, Nieto E, Gastó C, Cirera E. Serious suicide attempts in affective patients. *J Affect Disord* 1992;24:147-52.
- Wetzler S, Sanderson WC, Velting DM, Beck AT. Comorbidity and suicidality. In: Wetzler S, Sanderson WC, eds. *Treatment strategies for patients with psychiatric comorbidity*. New York: Wiley, 1997:295-306.
- Zimmerman M, Pfohl B, Stangl D, Corenthal C. Assessment of DSM-III personality disorders: the importance of interviewing an informant. *J Clin Psychiatry* 1986;47:261-3.